Правительство Российской Федерации

ФИНАНСОВЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Финансовый университет)

УДК 339.9

№ госрегистрации
АААА-А17-117060110117-4

Регистрационный № ИКРБС

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе
д-р эконом. наук, профессор

_____В.В. Масленников

« »_____ 2018 г.

ОТЧЕТ
О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

по теме:

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Руководитель НИР,
проректор по стратегическому развитию
и практико-ориентированному образованию,
д-р эконом. наук, доцент

_____А.Н. Зубец

«___» _____ 2018 г.

Москва 2018

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель НИР проректор по стратегическому развитию и практико-ориентированному образованию, д-р эконом. наук, доцент	_____ (подпись, дата)	А.Н. Зубец (разделы 1,2,3,4, список использованных источников)
Исполнители:		
Помощник проректора по стратегическому развитию и практико-ориентированному образованию	_____ (подпись, дата)	Е.И. Шарафутдинова (подраздел 1.3, введение, список использованных источников)
Профессор Департамента социологии, истории и философии, д-р социол. наук, профессор	_____ (подпись, дата)	А.В. Новиков (реферат, введение раздел 5, заключение)
Главный специалист учебно-научной социологической лаборатории Департамента социологии, истории и философии	_____ (подпись, дата)	Л.А. Селезнева (подразделы 2.1, 2.3, 4.2)
Главный специалист Группы по работе с выпускниками и партнерами	_____ (подпись, дата)	К.А. Трофимова (раздел 2)
Аспирант Департамента социологии, истории и философии	_____ (подпись, дата)	М.Г. Месропян (подраздел 3.3)
Магистрант Департамента социологии, истории и философии	_____ (подпись, дата)	В.В. Гриневич (подразделы 2.2, 2.1, 2.3, 2.4)

РЕФЕРАТ

Отчет 184 с., 6 рис., 19 табл., 99 источников, 5 прил.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ, СТОИМОСТЬ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ (ЧС), ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Объектом исследования является феномен качества жизни российского населения.

Цель работы - определение потребительской оценки качества медицинского обслуживания в России, а также его влияния на повышение качества жизни населения России.

Методология исследования основана на системно-информационном подходе, позволившим осуществить оценку взаимовлияния основных целевых установок жизнедеятельности и интересов российского населения (на примере населения российских городов), связанных с качеством оказываемых медицинских услуг как аспекта повышения качества жизни российских граждан в современных условиях социально-экономических преобразований.

Результаты работы и их новизна:

- анализ современных российских и международных подходов к оценке качества жизни населения;
- анализ современных российских и мировых подходов к оценке качества медицинского обслуживания населения как важнейшей составляющей качества жизни;
- система объективных и субъективных показателей и методика для оценки качества жизни населения в России;
- оценки качества жизни населения России;

- система объективных и субъективных показателей, а также методика для оценки качества медицинского обслуживания населения России как составной части качества жизни людей;

- оценки качества медицинского обслуживания населения России;

- оценка ожиданий населения по повышению качества медицинской помощи, оценка чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям населения в части повышения качества медицинского обслуживания;

- предложения по совершенствованию системы медицинского обслуживания населения России и повышению чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям граждан с использованием современных методов организации медицинского обслуживания;

- анализ влияния уровня медицинского обслуживания на восприятие населением качества своей жизни в России и за рубежом;

- анализ влияния полноты и качества медицинского обслуживания на среднюю ожидаемую продолжительность жизни;

- численная оценка «стоимости» человеческой жизни, сделанная с учетом данных по средней ожидаемой продолжительности жизни в России и за рубежом;

- прогноз динамики средней ожидаемой продолжительности жизни россиян с учетом повышения качества медицинского обслуживания населения и повышения готовности россиян следовать рекомендациям ЗОЖ;

- подготовленные проекты аналитических записок.

Область применения результатов. Результаты исследования целесообразно применять при организации мониторинга качества медицинских услуг, оказываемых российскому населению, в качестве составляющих мониторинга качества жизни, проводимых на основании единой системы критериев, по единой методике с применением единой системы объективных субъективных индикативных показателей.

Мониторинг качества медицинских услуг, оказываемых российскому населению, как средства контроля за повышением качества жизни целесообразно проводить в российских городах с населением более 500 тыс. человек, так как именно в крупных и средних городах России сосредоточены крупные группы российского населения, сильно влияющие на формирование российского ВВП.

Экономическая эффективность работы заключается в том, что при оценке качества оказания медицинских услуг российскому населению в современных условиях социально-экономических преобразований возможно получить данные, которые позволили бы более точно обосновать и определить в качественном и количественном выражении социально значимые объемы расходов федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов муниципальных образований, трансфертов, которые планируется направить в сферу здравоохранения для повышения качества оказываемых медицинских услуг российскому населению в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с изменениями и дополнениями от 1 марта 2018 г.

Практическая значимость результатов работы заключается в их востребованности российскими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также муниципальными органам власти и российскими бизнес-структурами:

- для разработки мер обеспечения безопасности человека, при планировании правоохранительной деятельности, деятельности служб МЧС, служб системы здравоохранения, аварийных служб и другое;
- для определения справедливой и объективной величины компенсационных выплат при возмещении ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших, и их семьям при ЧС различного происхождения в рамках общей системы возмещения ущерба от ЧС;

- для определения страховых сумм, страховых премий и выплат при страховании жизни и здоровья российских граждан;
- при оценке качества жизни и качества медицинского обслуживания населения России, а также при планировании и разработке мер по повышению качества жизни, качества оказания медицинской помощи и ее доступности для населения, отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения.

Работа выполнена авторским коллективом Департамента социологии, истории и философии ФГОБУВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации» в течение апреля-ноября 2018 года.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ..... 12

1 Оценка качества медицинского обслуживания населения как важнейшей составляющей жизни 27

1.1 Анализ современных российских и мировых подходов к оценке качества медицинского обслуживания населения как важнейшей составляющей качества жизни..... 27

1.2 Динамика потребительского восприятия качества медицинского обслуживания в России 40

1.3 Оценки качества медицинского обслуживания населения России……45

1.4 Оценка ожиданий населения по повышению качества медицинской помощи, оценка чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям населения в части повышения качества медицинского обслуживания 48

2 Оценки качества жизни в городах России..... 53

2.1 Составляющие качества жизни населения..... 53

2.2 Анализ современных российских и международных подходов к оценке качества жизни населения 56

2.3 Оценка качества жизни в городах..... 74

2.4 Система объективных и субъективных показателей и методика для оценки качества жизни населения в России..... 89

2.5 Оценка качества жизни населения России..... 93

3 Анализ влияния уровня медицинского обслуживания на восприятие населением качества своей жизни в России и за рубежом 97

3.1 Области применения оценок «стоимости» жизни человека 97

3.2 Основные подходы к оценке «стоимости» человеческой жизни, используемые в мире и в России 100

3.3 Оценка материальных потерь для общества или домохозяйства из-за преждевременной гибели человека..... 102

3.4 Судебные решения, страховые суммы, законодательство и подзаконные акты как основа для оценки «стоимости» человеческой жизни……106

3.5 Оценка готовности общества компенсировать моральный и материальный ущерб семьям погибших..... 110

3.6 Оценка «стоимости» человеческой жизни с учетом морального и материального ущерба по странам мира 111

3.7 Оценка «стоимости» человеческой жизни с учетом морального и материального ущерба в России 116
4 Анализ влияния качества медицинского обслуживания на среднюю ожидаемую продолжительность жизни 119
4.1 Факторы, определяющие продолжительность жизни 119
4.2 Влияние вредных привычек и нездорового образа жизни на продолжительность жизни населения 122
4.3 Отношение россиян к «достойной», «справедливой» продолжительности жизни и борьбе с вредными привычками 126
4.4 Прогноз динамики средней ожидаемой продолжительности жизни россиян с учетом повышения качества медицинского обслуживания населения и повышения готовности россиян следовать рекомендациям ЗОЖ 135
5 Предложения по совершенствованию системы медицинского обслуживания населения и повышению чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям граждан с использованием современных методов организации медицинского обслуживания 138
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 143
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 154
ПРИЛОЖЕНИЕ А 164
ПРИЛОЖЕНИЕ Б 171
ПРИЛОЖЕНИЕ В 174
ПРИЛОЖЕНИЕ Г 176
ПРИЛОЖЕНИЕ Д 178

ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем отчете о НИР применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Качество жизни	совокупность политических, социально-экономических, демографических и т.п. условий жизни и уровень их развития; субъективное восприятие и оценка своей жизни индивидом, включающее в себя уровень демократизации, степень личной безопасности, состояние здоровья населения, состояние окружающей среды, степень социальной защищенности и т.д.
Индекс человеческого развития (Human Development Index)	комбинированный показатель, характеризующий развитие человека в странах и регионах мира, который составляется Программой развития Организации Объединённых Наций (ПРООН) и используется в рамках специальной серии докладов Организации Объединённых Наций (ООН) о развитии человека
Критерии оценки качества жизни	совокупность признаков, посредством которых дается оценка достигнутого уровня и динамики социально-экономического развития с использованием интегрального похода, предполагающего проведение двух типов оценок: объективной - на основе официальных статистических данных, и субъективной - на основе общественного мнения с привлечением обобщающей информации, основанной на результатах социологических опросов населения
Здоровый образ жизни	структурный комплекс различных форм жизнедеятельности личности, объединенных в целесообразных процессах ее саморазвития и самоорганизации, направляемых ею на

	полноценную реализацию своих сил для обеспечения своей жизнедеятельности
Здоровье	состояние человеческого организма, как живой системы, характеризующееся полной ее уравновешенностью с внешней средой и отсутствием каких-либо выраженных изменений, связанных с болезнью (в соответствии с п.1 ст.2 Федерального закона от 21.11. 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма)
Здравоохранение	система социально-экономических и медицинских мероприятий, а также социальных институтов, деятельность которых направлена на сохранение и повышение уровня здоровья населения
Качество оказания медицинской помощи	оценочная категория, определяемая системой объективных и субъективных индикативных показателей жизнедеятельности человека и/или социума, по отношению к объективному и/или субъективному эталону имеющихся у человека и/или социума потребностей, интересов, ценностей и целей в оценке качества оказываемых медицинских услуг в системе здравоохранения страны
Ожидаемая продолжительность жизни	важнейший интегральный демографический показатель, характеризующий уровень смертности населения, обозначающий среднее количество лет предстоящей жизни человека, достигшего данного возраста, и являющийся

	объективным показателем качества жизни населения
Стоимость жизни человека	является условной расчетной экономической величиной, основанной на общей подверженности населения риску ЧС без определения конкретных индивидуумов, на долю которых может выпасть смерть, для определения которой применяются различные методики и индикативные показатели
Чрезвычайная ситуация	обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей (в редакции абзаца 1 ст.1 Федерального закона от 21 декабря 1994 года № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» (с изменениями на 2 мая 2015 года).

В настоящем отчете применяют следующие обозначения и сокращения:

ССЖ	стоимость среднестатистической жизни
ЧС	чрезвычайная ситуация

ВВЕДЕНИЕ

Оценка современного состояния решаемой научной проблемы.

Эксперты ВОЗ следующим образом определяют понятие качества оказания медицинской помощи: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакция на выбранное лечение и другое. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи, максимальными должны быть и взаимодействие пациента с системой медицинской помощи, а также полученные результаты».

Таким образом, критериями качества оказания медицинской помощи пациенту является ее доступность, безопасность для пациента, оптимальность, удовлетворенность пациента результатами лечения, а также финансовая доступность.

В принятой в 2002 г. на 52-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ резолюции WHA 55/18 была признана необходимость в качестве фундаментального принципа организации работы всех национальных систем здравоохранения обеспечить безопасность пациентов, при этом отмечалась необходимость разработки глобальных норм и стандартов для определения, измерения и отчетности в отношении неблагоприятных последствий и ошибок при оказании медицинской помощи.

В 2011году страны-члены Евросоюза приняли «Системную концепцию контроля на основе индикаторов качества и медицинских ошибок в соответствии с клиническими рекомендациями», при этом была отмечена

необходимость перехода от эпизодического контроля качества оказания медицинской помощи к постоянной работе по обеспечению ее мониторинга.

В современной научно-исследовательской практике качество оказания медицинской помощи определяется системой объективных и субъективных индикативных показателей жизнедеятельности человека и/или социума по отношению к объективному и/или субъективному эталону имеющихся у человека и/или социума потребностей, интересов, ценностей и целей в оценке качества оказываемых медицинских услуг в действующей национальной системе здравоохранения страны.

Согласно п. 71 Указа Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 года № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации», развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности, для реализации которого проводится долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан.

Стратегическими целями такой политики являются:

- увеличение продолжительности жизни, снижение уровня инвалидности и смертности населения, увеличение численности населения;
- повышение доступности и качества медицинской помощи;
- совершенствование вертикальной системы контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств;
- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», для достижения к 2024 году повышения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет (к 2030 году- до 80 лет) предписывается Правительству Российской Федерации совместно с органами государственной власти разработать (скорректировать) национальные проекты (программы) по направлениям здравоохранения, демографии и др.

В соответствии частью 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации, каждый гражданин Российской Федерации имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях системы российского здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений на основании положений ряда правовых актов Российской Федерации, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья каждого гражданина, формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры, обеспечение каждому гражданину медицинской помощи в случае утраты здоровья.

В статье 18 Федерального закона от 29 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» реализуется конституционное право гражданина Российской Федерации на охрану своего здоровья, в которой указывается, что каждый имеет право на охрану здоровья, и это право обеспечивается оказанием доступной и качественной медицинской помощи, при этом, в соответствии ст.19 данного закона, каждый гражданин России в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеет право на бесплатное оказание медицинской помощи в гарантированном объеме, а также имеет право на получение платных медицинских услуг.

В последние годы в Российской Федерации последовательно реализуются меры по обеспечению качественного медицинского обслуживания населения в системе здравоохранения страны с организацией доступности для населения медицинской помощи и отзывчивости самой системы здравоохранения к ожиданиям пациентов.

Однако, позитивные изменения в сфере здравоохранения оказались недостаточными для решения ряда проблем в системе здравоохранения страны, которые касаются обеспечения доступности для населения к оказанию медицинской помощи, оказанию качественной первичной медико-санитарной помощи, сокращения дефицита в обеспечении профессионально

подготовленными кадрами в амбулаторных и поликлинических учреждениях и т.д.

Россия объективно не является лидером в части показателей национальной системы здравоохранения среди развитых стран мира, о чем говорят места, занимаемые Россией в различных рейтингах качества медицинского обслуживания.

Например, при соотнесении показателей России с показателями стран ЕС, ОЭСР и средними мировыми показателями по основным индикаторам качества медицинского обслуживания населения, становится очевидным отставание России по большинству показателей.

Однако, по данным исследований Финансового университета при Правительстве РФ, за последние годы потребительское восприятие населением качества медицинского обслуживания начинает постепенно улучшатся. Отмечен рост доли жителей страны, полностью или в основном довольных качеством медицинского обслуживания, которое они получают лично, при этом доля довольных качеством медицинского обслуживания поднялась до 70% против 65% годом ранее. В наибольшей степени россияне довольны услугами страховой медицины, которые они получают по полисам, приобретенным за счет работодателя или за собственный счет.

Наиболее эффективным способом повышения средней ожидаемой продолжительности жизни в России, обеспечения доступности получения гражданами качественных медицинских услуг является наличие соответствующей инфраструктуры в национальной системе здравоохранения, дающей широкий и быстрый доступ населения к базовым, основным медицинским услугам по всей территории страны. Такая инфраструктура должна обеспечивающим выживание человека, включая экстренную медицинскую помощь, а также борьбу с наиболее распространенными заболеваниями.

Необходимо отметить, что влияние вредных привычек россиян в виде излишнего потребления алкоголя, табакокурения, употребления

наркотикосодержащих веществ и т.д., а также ведение нездорового образа жизни с организацией неправильного питания, приводящего к излишнему весу и ожирению, оказывают отрицательное влияние на ожидаемую продолжительность жизни населения.

Сведения о метрологическом обеспечении НИР.

Методики выполнения измерений, применяемые при проведении эмпирических полевых исследований рамках НИР, не противоречат требованиям Федерального закона от 26 июня 2008 г. № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений», а также нормативным правовым актам Российской Федерации, информационным базам данных, международным документам, международным договорам Российской Федерации в области обеспечения единства измерений, сведениям об аттестованных методиках (методах) измерений, единому перечню измерений, относящихся к сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, сведениям о государственных эталонах единиц величин, применяемых в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, сведениям об утвержденных типах стандартных образцов или типах средств измерений, сведениям о результатах поверки средств измерений, которые образуют Федеральный информационный фонд по обеспечению единства измерений.

Основание и исходные данные для разработки темы, а также обоснование необходимости проведения НИР указаны в утвержденном техническом задании данной НИР (приложение Д).

Актуальность и новизна темы исследования обусловлены следующим.

В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 1 марта 2018 г. отмечено, что в настоящее время ранее существовавшие в России негативные демографические тенденции переломлены путем роста рождаемости и снижения смертности населения, продления программы материнского капитала с адресными выплатами при рождении первенца, второго и третьего ребёнка, программы

обновления детских поликлиник и детских поликлинических отделений в больницах.

Президентом Российской Федерации поставлены следующие задачи в сфере здравоохранения:

- к концу следующего десятилетия Россия должна войти в клуб стран «80 плюс», где продолжительность жизни превышает 80 лет;

- в населённых пунктах с численностью от 100 до 2000 человек в течение 2018–2020 годов создать фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории, а для населённых пунктов, где проживает менее 100 человек, организовать мобильные медицинские комплексы со всем необходимым диагностическим оборудованием;

- обеспечить всем гражданам реальную возможность не менее одного раза в год пройти качественный профилактический осмотр;

- снизить смертность в трудоспособном возрасте, закрепить позитивную динамику в борьбе с болезнями сердечно-сосудистой системы, как онкологическими заболеваниями;

- реализовать специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, активно привлечь к решению этой задачи науку, отечественную фарминдустрию, провести модернизацию онкологических центров, выстроить современную комплексную систему, от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения.

Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2017 году разработано девять федеральных законов, более 50 постановлений Правительства Российской Федерации и более 170 нормативных правовых ведомственных актов[1].

[1] Федеральные законы. Внесены изменения и дополнения в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья, а также предусматривающие создание Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (от 29.07.2017 № 242-ФЗ). Внесены изменения и дополнения в Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (от 28.12.2017 № 425-ФЗ). Внесены изменения и дополнения в Федеральный закон от 20.07.2017 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» (от 29.12.2017 № 457-ФЗ). Внесены изменения и дополнения Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» в части изменения порядка установления норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (срок реализации – 2018 - 2025 годы), разработанная в соответствии с Правилами разработки, реализации и оценки эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 12 октября 2017 г. № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации» (далее – Госпрограмма).

В Госпрограмме утверждены следующие цели в соответствии с приоритетами стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение» на период до 2025 года, определенными протоколом заседания Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 21 марта 2017г. № 1:

- увеличение к 2025 году ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 76,0 лет;

- снижение к 2025 году смертности населения в трудоспособном возрасте до 380 чел. на 100 тыс. населения;

- снижение к 2025 году смертности от болезней системы кровообращения до 500 чел. на 100 тыс. населения;

услуги по обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов (от 20.12.2017 № 407-ФЗ). Федеральный закон от 29.12.2017 № 439-ФЗ «О ратификации Конвенции Совета Европы о борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения») и др. Постановления Правительства Российской Федерации. «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом» (от 08.04.2017 № 426). «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (от 08.12.2017 № 1492). «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (от 26.12.2017 № 1640) и др. Распоряжения Правительства Российской Федерации. «Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности в Российской Федерации на период до 2030 года» (от 25.09.2017 № 2045-р). «План мероприятий по реализации государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» (от 20.04.2017 № 754-р) и др.

- снижение к 2025 году смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 185 чел. на 100 тыс. населения;

- повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи не менее чем до 54 %.

Указанная Госпрограмма реализуется по 9 направлениям (подпрограммам), при этом в состав Госпрограммы в виде приложений включены Правила распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и сводная информация по опережающему развитию приоритетных территорий Российской Федерации.

Необходимо отметить, что высокое качество оказания населению медицинской помощи является главной целью функционирования каждой национальной системы здравоохранения, в том числе российской. В настоящее время качество оказания российскому населению медицинской помощи нельзя признать соответствующим мировым стандартам.

Основными причинами сложившегося положения являются проблематика теоретико-методологического характера оценки качества оказания населению медицинской помощи и связанных с этим организационных вопросов, недостаточное бюджетное финансирование российской системы здравоохранения (в соответствии с рекомендациями ВОЗ - в размере не менее 7% от ВВП) и связанные с этим проблемы материально-технического обеспечения, а также отсутствие единых, унифицированных с общемировыми, подходов к структуре качества медицинской помощи и управлению качеством медицинской помощи, что определяет направление научного поиска в данной научно-исследовательской работы. В условиях сложившейся сложной социально-экономической реальности необходима выработка действенных социальных механизмов и способов управленческого воздействия на качество жизни населения в стране, в том числе на качество оказываемых населению медицинских услуг и рост ожидаемой продолжительности жизни, что обуславливает необходимость проведения

исследования качества медицинских услуг в рамках категории «качество жизни».

В редакции п. 21 ст.2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Необходимо отметить, что до настоящего времени понятия «качество медицинской помощи» и «качество медицинских услуг» нередко отождествляются между собой, однако набор характеристик этих понятий различен.

Качество медицинской услуги, в отличие от качества медицинской помощи, включает:

- получение пациентом в доступной форме информации о результатах обследования, вариантах и результатах лечения, возможных рисках;
- выполнение требований к профессиональной компетенции врача, его знаний, умений, навыков;
- профессиональные качества врача, его умение выбрать необходимые методологии и методики лечения;
- профессиональное оказание медицинской услуги - обоснованность, адекватность определения объема лечения, соблюдение технологии диагностики и лечения, получение положительного результата оказанной медицинской помощи в отношении состояния здоровья пациента;
- качественные показатели процесса оказания услуг;
- удовлетворенность больного результатами лечения.

Несмотря на то, что Минздравом России в настоящее время проводится значительная правовая нормотворческая работа по повышению качества медицинской помощи, по оценке экспертов, в правовых документах, регулирующих правоотношения в сфере здравоохранения страны, до сих

недостаточно полно отражены методические и методологические основы формирования и функционирования государственного и общественного контроля и надзора за качеством медицинской помощи, что оказывает отрицательное влияние на создание в отрасли единой системы управления качеством медицинской помощи.

Например, во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 26 сентября 1992 года № 1137, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 октября 1992 г. № 277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации» утверждено Временное положение о медицинских стандартах (нормативах) Министерства здравоохранения Российской Федерации и введена официальная практика подготовки и применения стандартов в здравоохранении. Выделяют стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, стандарты скорой медицинской помощи и стандарты паллиативной медицинской помощи.

Стандарты медицинской помощи разрабатываются Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии Международной классификацией болезней МКБ – 10 и насчитывают более 200 документов.

Основной целью социально-экономического развития и критерием эффективности преобразований в обществе является повышение качества жизни населения, в том числе повышение качества медицинской помощи населению, оказывающее непосредственное влияние на процесс жизнедеятельности российского общества и рост ожидаемой продолжительности жизни его граждан.

В настоящее время Минздравом России эффективна осуществляется борьба угрозами массового распространения в России онкологических, эндокринологических, сердечно-сосудистых заболеваний, ВИЧ-инфекций, туберкулеза, наркомании, алкоголизма и курения, увеличением случаев травм и отравлений.

Основными факторами, негативно влияющими на качество медицинской помощи, оказываемой российскому населению, и снижающими качество жизни, являются:

- отсутствие в нормативно-правовой базе системы здравоохранения единых систем критериев и показателей и единой методики для оценки качества медицинской помощи населению страны;
- наличие недостатков в оценке качества и организации оказания медицинской помощи российскому населению в сельской местности и труднодоступных местностях;
- недостаточное финансирование российской системы здравоохранения;
- недостаточный государственный и общественный контроль за качеством работы медицинских организаций;
- недостаточный уровень квалификации медицинских работников;
- несовершенство действующей системы обязательного медицинского страхования (ОМС);
- отсутствие достаточных мощностей в системе здравоохранении для эффективного обеспечения лечения и профилактики социально значимых заболеваний.

Необходимо отметить, что международное сообщество признает качественное функционирование национальной системы здравоохранения, обеспечивающее доступность медицинской помощи для населения, основой каждой национальной стратегии, призванной обеспечить борьбу с нищетой и содействовать развитию человеческого потенциала.

В условиях социально-экономических преобразований и реформы системы здравоохранения для эффективного развития российской системы здравоохранениями и обеспечения эффективной системы контроля за качеством медицинской помощи российскому населению необходимо разработать и принять единые системы критериев, системы индикативных показателей и единую методику для оценки качества медицинской помощи населению, при помощи которых систематическое проведение измерений качества

медицинской помощи населению позволит федеральным органам власти Российской Федерации, органам власти субъектов Российской Федерации и органам власти муниципальных образований принимать эффективные управленческие решения вопросов в границах своей ответственности.

Научная новизна результатов исследования заключается в разработке:

- усовершенствованной системы критериев, системы показателей и индикативных показателей для оценки качества медицинского обслуживания населения российских городов;
- усовершенствованной авторской (2015 г.) методики оценки качества медицинского обслуживания населения российских городов;
- результатов оценки качества медицинского обслуживания населения России, определение ожиданий населения в части качества медицинского обслуживания, а также оценка чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям населения в части качества оказания медицинской помощи в современных условиях социально-экономического развития;
- результатов оценки влияния уровня медицинского обслуживания на восприятие населением качества собственной жизни;
- результатов оценки «стоимости» жизни человека в современных условиях;
- результатов оценки готовности россиян заботиться о собственном здоровье с целью повышения продолжительности жизни, методы стимулирования склонности россиян к здоровому образу жизни (ЗОЖ);
- результатов оценки динамики средней ожидаемой продолжительности жизни россиян с учетом повышения качества медицинского обслуживания населения;
- научно-практических рекомендаций по улучшению качества медицинского обслуживания с учетом современных технологий организации медицинского обслуживания, а также мер по повышению чувствительности

российской системы здравоохранения к ожиданиям населения в части повышения качества оказания медицинской помощи.

Связь данной работы с другими научно-исследовательскими работами.

Проблематика обеспечения «качества жизни» населения впервые стала обсуждаться в науке и в социальных исследованиях в 60-х годах XX века в связи возникшей необходимостью исследования ряда вопросов жизнедеятельности общества связанных с обеспечением национальной и общественной безопасности, охраны состояния окружающей среды, охраны здоровья людей, с последующим изучением взаимосвязанных вопросов обеспечения прав и свобод человека, демократии, равенства людей, их степени ответственности и т.д. (Р. Арон, Д. Белл, Э. Берджес, Л. Берри, З. Бжезинский, Л. Вирт, М. Вебер, К. Исикава, Г. Кайдзена, М. Кане, Й. Конда, Ф. Кросби, М. Сирги, Г. Самли, Г. Таггути, А. Мидоу, Л. Джефферс, Дж. Доббс, Э. Деминг, Дж. Гэлбрейт, А. Кэмпбелл, М. Нуссбаум, А. Тойнби, У. Шухарта, Д. Эванс).

Результаты указанных исследований выявили сложные взаимосвязи качества жизни общества с состоянием здоровья населения, проблемами оказания населению медицинской помощи, девиантным поведением населения в зависимости от динамических изменений качества жизни, которое выражается в распространении проституции, алкоголизма, табакокурения, наркомании, склонность населения к суициду, совершению уголовных преступлений и т.д.

В рамках теории социальной стратификации общества исследовали методологические основы качества жизни отечественные ученые Абалкин Л.И., Осипов Г.В., Алексеева В.Г., Бобков В.Н., Верховин В.И., Голенкова З.Т., Заславская Т.И., Радаев В.В., Римашевская Н.М., Рывкина Р.В., Тощенко Ж.Т., Федоренко Н.П. и др.

Изменения зависимости качества жизни человека от его адаптации в условиях изменения экономической среды исследуются в трудах Аганбегяна А.Г., Айвазяна С.А., Горшкова М.К., Заславской Т.И., Левашова В.К., Львова

Д.С., Шабановой М.А., Радаева В.В., Орлова Л.Ф., Фролова Е.Б., Мухановой О.А., Патрушева В.Д., Леонтьева А.Н., Ядова В.А. и др.

Основам управления качеством медицинской помощи и стандартизации оказания медицинских услуг населению посвятили свои труды авторы Адлер Ю.Л., Вялков А.Н., Ефименко С.А., Ильенкова С.Д., Ломакин В.Б., Кузнецов Л.А., Морозов П.Н., Савицкая Г.В., Пушкарев О.В. и др.

Вопросами эффективности управления деятельностью медицинских учреждений посвящены труды Кадырова Ф.Н, Кучеренко В.З., Коваленко Т.К., Кузнецова О.И., Мошновой В.А., Расторгуева Т.Н., Сафроновой Ж.О., Старовойтовой И.Н., Столбова А.П., Шабровой А.В. и др.

Однако, необходимо отметить, что в современной российской экономической и социологической литературе недостаточно разработаны теоретическо-методологические подходы к проведению комплексного исследования качества оказываемой населению медицинской помощи в контексте изменений в качестве жизни, не разработаны адаптационные стратегии для различных социальных групп населения к изменениям качества медицинских услуг, оказываемых населению, а также механизмы оценки и корректировки неэффективных управленческих решений, ранее принятых властными структурами в социально-экономической сфере и оказывающих негативное влияние на качество медицинских услуг.

В рамках данного научного исследования авторами концептуально рассматривается достижение человеком состояния «счастья» как результат избавления человека от внешних воздействий, которые человек считает неблагоприятными, и как отсутствие искусственных ограничений в достижении целей, которые индивид для себя выбирает, что обеспечивает достаточный уровень свободы для самореализации человека.

Оказание качественной медицинской помощи населению в системе здравоохранения страны является важнейшей составляющей высокого качества жизни населения, которое состоит в достижении высшего блага как

завершенного, самоценного, самодостаточного состояния жизни, общепризнанной конечной субъективной цели деятельности человека, при этом феномен счастья оказывает влияние на состояние здоровой человеческой жизни и ее продолжительность.

1 Оценка качества медицинского обслуживания населения как важнейшая составляющая жизни

1.1 Анализ современных российских и мировых подходов к оценке качества медицинского обслуживания населения как важнейшей составляющей качества жизни

В настоящее время при рассмотрении вопросов о системах здравоохранения в различных странах основной акцент переместился от проблем заболеваемости и смертности к задачам улучшения состояния здоровья. По данной причине необходимо большее значение уделять субъективным показателям благосостояния населения, в том числе уровню удовлетворенности населения качеством оказываемых медицинских услуг.

В настоящий момент в рамках оценки качества медицинского обслуживания применяются международные и российские подходы.

PSQ - 18 и PSQ - III (Patient Satisfaction Questionnaire - Анкета удовлетворенности пациента)

В 1970 - 1980 - х годах в США исследователями Б. Халка, С. Зюзански, Д. Касселем, Д. Томпсоном, в работе «Шкала для измерения отношения к врачам и первичной медицинской помощи» [1], а также исследователями Д. Варом, М. Снайдером, В. Райтом в работе «Разработка и валидация шкал для оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью» [2] предприняли ряд действий в рамках измерения уровня удовлетворенности пациентов полученной ими медицинской помощью. Так Д. Варом, М. Снайдером, В. Райтом были разработаны анкеты PSQ - 18 и PSQ - III (Patient Satisfaction Questionnaire - Анкета удовлетворенности пациента), которые соответственно включают 18 и 51 вопрос к пациенту и изучают следующие аспекты:

- общее удовлетворение оказанной помощи;
- наличие и состояние технического медицинского оборудования;

- межличностные отношения между пациентом и врачами, медсестрами, другим персоналом;

- финансовый аспект;

- время, затраченное на посещение врача;

- удобство и доступность медицинской помощи.

CSQ – 8(Client Satisfaction Questionnaire - Анкета удовлетворенности клиента)

В 1979 году в США Д. Ларсеном, С. Атткиссоном, А. Харгривзом, Т. Нгуеном в работе «Оценки клиентов/удовлетворение пациента: Разработка общей шкалы. Оценка и планирование программ» была разработана анкета CSQ – 8 (Client Satisfaction Questionnaire - Анкета удовлетворенности клиента) [3], которая состоит из 8 вопросов и используется для анализа удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами, а именно:

- удовлетворенность медицинской помощью в целом;

- соответствие услуг ожиданиям пациента;

- готовность рекомендовать то или иное медицинское учреждение друзьям и знакомым;

- готовность повторно обратиться в медицинское учреждение.

HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems - Потребительская оценка больниц поставщиков и систем здравоохранения)

В рамках национального стандартизированного опроса удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью в медицинском учреждении в США с 2002 года организуются социологические исследования по анкете HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems - Потребительская оценка больниц поставщиков и систем здравоохранения) [4]. Анкета создана федеральным агентством CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) совместно с агентством AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality - Агентство по исследованию и

качеству в здравоохранении). CMS курирует национальную программу медицинского страхования «Medicare» и государственную программу медицинской помощи людям, доход которых ниже официальной черты бедности, «Medicaid». AHRQ реализует государственный мониторинг и контроль в сфере здравоохранения.

Инструментарий опроса включает 24 вопроса пациентам, на которые они отвечают после выписки. Методика проведения и результаты опроса предоставляются в публичном доступе в СМИ. Посредством анкетных вопросов оцениваются:

- медицинское обслуживание, предоставляемое медсестрами;
- медицинское обслуживание, предоставляемое врачами;
- больничные условия (чистота, тишина);
- отзывчивость персонала медицинского учреждения;
- полнота информация о получаемых лекарственных средствах;
- качество медицинского ухода;
- понимание пациентом процесса медицинского ухода после выписки из больницы;
- общий рейтинг больницы;
- готовность рекомендовать больницу знакомым.

PPE-15 (Picker patient experience - Опыт пациента Picker)

В некоторых европейских странах (Великобритания, Швейцария и др.) с 2002 года применяется анкета PPE-15 (Picker patient experience - Опыт пациента Picker) [5]. Она состоит из 15 вопросов, которые задаются пациентам стационарного лечения через месяц после выписки. Вопросы анкеты затрагивают следующие темы:

- полнота, корректность, не противоречивость, своевременность информации о процессе лечения от врачей, медсестер и другого персонала;
- возможность активного участия в принятии решений о своем лечении;
- уважительное отношение к пациенту и эмоциональная поддержка со стороны сотрудников медицинского учреждения;

- постоянная возможность обратиться к врачам, медсестрам и другим сотрудникам по поводу возникающих проблем и с вопросами о лечении;

- физический комфорт пациента;

- привлечение к процессу лечения семьи и друзей;

- рекомендации от врача по дальнейшим действиям пациента после выписки;

- общее впечатление от полученного медицинского ухода.

SWOPS (Satisfaction with Outpatient Services - Удовлетворение амбулаторными услугами)

В Ирландии с 2003 года используется анкета SWOPS (Satisfaction with Outpatient Services - Удовлетворение амбулаторными услугами) [6], включающая 37 вопросов к пациенту амбулаторного лечения по следующим аспектам:

- процесс организации приема и регистрации в медицинском учреждении (простота и скорость регистрации пациента, отношение административного персонала, конфиденциальность информации, удобство зоны ожидания, время ожидания, качество обслуживания точек питания при наличии);

- уход за больными со стороны медицинской сестры (качество ухода со стороны медсестры, ее профессионализм, вежливость, готовность помочь, качество предоставляемой ею информации);

- уход за больными со стороны врачей (количество времени, затрачиваемого доктором на пациента, качество инструкций по принимаемым медикаментам, проводимых процедур и советов о путях оздоровления пациента, отношение врача к пациенту, результат полученной медицинской помощи, рекомендации врача по постлечению);

- предоставляемая информация (удовлетворенность информацией со стороны медицинского персонала);

- качество медицинского технического оборудования.

PJHQ (Patient Judgments of Hospital Quality - Суждение пациента о качестве больницы)

В 1990 году американскими учеными была разработана анкета PJHQ (Patient Judgments of Hospital Quality - Суждение пациента о качестве больницы) [7], целью которой выступает оценка пациентами предоставленной им стационарной медицинской помощи. Анкета включает 106 вопросов, их них 46 являются основными и разделены на восемь блоков:

- процесс госпитализации;
- ежедневный уход за больным;
- взаимодействие с врачами, медсестрами и другими сотрудниками;
- палатные условия;
- полнота получаемой информации о процессе лечения;
- рекомендации от врача при выписке пациента;
- стоимость медицинских услуг;
- качество полученной помощи в целом.

QPP (Quality from the Patients`s Perspective - Качество с точки зрения пациента)

Шведские ученые в 1998 году создали анкету QPP (Quality from the Patients`s Perspective - Качество с точки зрения пациента) [8 - 9], целью которой является оценка пациентами качества медицинского ухода в терапевтическом и хирургическом отделениях шведских больниц. Анкета состоит из 68 вопросов, которые распределены на четыре блока:

- медико-технические компетенции (например, физическая помощь, медицинское обслуживание, методы облегчения боли);
- материально-техническое обеспечение (например, доступ к медицинскому оборудованию, обеспечение продуктами питания);
- индивидуальный подход к пациентам (например, полнота и качество информации, полученной от сотрудников медицинского учреждения);
- социокультурная атмосфера (например, возможность личного общения с врачами и медсестрами, отношение персонала к родственникам пациента).

NHSIS (NHS Inpatient Survey)

С 2002 года в Великобритании реализуется социологическое исследование качества медицинских услуг на основе анкеты NHSIS (NHS Inpatient Survey) [10]. Исследование проводится институтом Picker Institute Europe в рамках национальной программы обследования пациентов под наблюдением Комиссии здравоохранения. Целью опроса выступает сбор информации о восприятии пациентами медицинского ухода в следующих областях:

- процесс приема пациента в больницу;
- условия в больнице и палате;
- оценка работы врачей и медсестер;
- качество ухода и лечения пациента;
- методы контролирования боли;
- оценка проводимых медицинских процедур;
- организация процесса выписки из больницы.

IPQ (Improving Practice Questionnaire - Анкета по совершенствованию практики) и GPAQ (General Practice Assessment Questionnaire - Анкета оценки общей практики)

В Великобритании были предприняты крупные инициативы по улучшению качества медицинской помощи оказания помощи посредством внедрения посредством внедрения QoF (Quality and Outcomes Framework - Структура качества и результатов) с 2004 года. Для этого разработаны две анкеты: IPQ (Improving Practice Questionnaire - Анкета по совершенствованию практики) и GPAQ (General Practice Assessment Questionnaire - Анкета оценки общей практики) [11]. IPQ - это короткая анкета, которая включает:

- 27 вопросов, касающихся доступности медицинских услуг;
- возможности профилактического ухода и укрепления здоровья; непрерывности ухода;
- межличностного общения между персоналом больницы и пациентом; ухода, предоставляемого медицинским персоналом.

GPAQ была разработана в 1997 году как действительный и простой в использовании метод восприятия пациентами следующих элементов общей практики:

- доступность медицинской помощи;
- технические и межличностные компетенции (как врачей, так и медсестер);
- уровень доверия пациента;
- координация и непрерывность ухода;
- готовность рекомендовать своего врача общей практики;
- общая удовлетворенность полученной медицинской помощью.

SOSQ (Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire - Сиэтловская анкета для оценки удовлетворенности амбулаторных пациентов)

В 2005 году в США разработали анкету SOSQ (Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire - Сиэтловская анкета для оценки удовлетворенности амбулаторных пациентов) [12], состоящую из 21 вопроса.

SOSQ измеряет удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием, которое они получают от врача первичной медико-санитарной помощи и больницы. Используются две шкалы: гуманистическая и организационная. Гуманистическая шкала оценивает коммуникативные навыки медицинского персонала. Организационная шкала основывается на вопросах о доступе к услугам и продолжительности ожидания услуг.

PPQ (Patient perceptions of quality - Ожидания пациента относительно качества)

Ученые из Индии с 2006 года начали применять анкету PPQ (Patient perceptions of quality - Ожидания пациента относительно качества) [13], все 16 вопросов которой оцениваются по 5-балльной шкале Ликерта с целью выявления установки пациента относительно следующих индикаторов:

- доступность медицинской помощи;
- полнота получаемой информации о процессе лечения и при выписке;
- поведение персонала больницы;

- поведение врача;
- инфраструктура больницы.

HKIEQ (Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire – Гонконгская анкета опыта стационарного пациента)

В 2010 году в Гонконге была разработана анкета HKIEQ (Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire – Гонконгская анкета опыта стационарного пациента) [14]. В исследовании акцентировано внимание на следующие области:

- доступность и возможность выбора медицинской помощи;
- предоставление информации о ходе лечения и при возникновении вопросов у пациента;
- возможность участия пациента в процессе принятия решений;
- физический и эмоциональный комфорт;
- координация медицинского ухода;
- уважительное отношение к пациенту и неприкосновенность частной жизни;
- окружающая атмосфера;
- предоставление обратной связью пациенту;
- общий уход за пациентом со стороны медицинских работников и качество обслуживания.

LPI (The Legatum Prosperity Index - Индекс процветания)

С 2006 года британским аналитическим центром Legatum Institute проводится измерение достижений стран мира с точки зрения их процветания (Индекс процветания - The Legatum Prosperity Index) [15]. Данный индекс содержит девять суб-индексов, одни из которых является суб-индекс здоровья. Здоровье населения измеряется тремя ключевыми компонентами:

- основным психическим и физическим здоровьем страны;
- инфраструктурой здравоохранения;
- наличием профилактической помощи.

На 2017 год Россия занимает 102 из 149 мест в рамках суб-индекса здоровья.

Всеобщий охват медицинскими услугами, принятый Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)

Всемирная организация здравоохранения активно продвигает идею о всеобщем охвате медицинскими услугами, который включает широкую совокупность услуг, требующихся для поддержания достаточно высокого уровня здоровья и благополучия. Всеобщий охват медицинскими услугами заключает в себе:

- продолжительность жизни населения;
- доступность качественных медицинских услуг;
- финансовую нагрузку населения в области медицинской помощи и приобретения лекарств [16].

Цели гарантирования доступности медицинского обслуживания, включая защиту от финансовых рисков, были отражены в 2012 г. в резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций [17].

Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями, разрабатываемая Министерством здравоохранения РФ

Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями установлена Федеральным законом от 21 июля 2014 г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования» [18]. Оценка основывается на двух анкетах: анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях, включающая 13 вопросов, и анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях, состоящая из 15 вопросов. В данных исследованиях затрагиваются следующие вопросы:

- комфортность условий предоставления медицинских услуг и их доступность (время, затраченное на запись на прием к врачу; период времени ожидания приема; возможность записи на прием при первом обращении; оплата за свой счет назначенных диагностических исследований и лекарств; удовлетворенность предоставляемым питанием; удовлетворенность условиями нахождения в медицинском учреждении);

- качество и полнота информации о медицинской организации и ее предоставляемых услугах (обращение к информации, размещенной в помещениях медицинской организации и на ее официальном сайте);

- время ожидания получения медицинских услуг (диагностических исследований, госпитализации);

- оценка взаимодействия с врачами, медсестрами и другими сотрудниками медицинской организации (компетентность, доброжелательность, вежливость персонала);

- удовлетворенность полученной помощи в амбулаторных, стационарных условиях лечения и в рамках оказания скорой медицинской помощи (удовлетворенность в целом, готовность рекомендовать медицинские услуги друзьям и знакомым).

Служба специальной связи и информации Федеральной службы охраны Российской Федерации (Спецсвязь ФСО России)

Спецсвязь ФСО РФ является федеральным органом, задачей которого выступает формирование и обеспечение использования, безопасности, становления и модернизация систем правительственных и других форм специальной связи и информации.

В рамках проведения опросов населения регионов РФ Спецсвязь ФСО России замеряет уровень удовлетворенности гражданами медицинской помощью, в том числе – удовлетворенность работой участкового врача, скорой помощи, специалистами в амбулаторном звене и стационарной помощью [19].

Некоммерческое партнерство «Национальная медицинская палата»

НП «Национальная медицинская палата» было создано в 2010 году, его целью является объединение российских медицинских организаций для совершенствования системы охраны здоровья населения.

Исследования, проведенные НП «Национальная медицинская палата» и компанией S-media, затрагивает несколько показателей:

- доверие к качеству диспансеризации [20];
- транспортная доступность медицинских учреждений; временной период ожидания пациентами госпитализации; пользование платными медицинскими услугами и оплата медицинских услуг [21].

В 2017 году на конгрессе Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» были рассмотрены существующие проблемы, которые ограничивают развитие здравоохранения, ухудшая состояние, приемлемость, качество получаемой населением медицинской помощи:

- оценка наличия в РФ единой вертикально интегрированной государственной системы управления здравоохранением;
- оценка наличия механизма контроля профессиональной медицинской деятельности;
- оценка финансирования;
- оценка наличия квалифицированных медицинских кадров и правительственного плана для решения проблем, связанных с их отсутствием;
- оценка отношения пациентов и медицинских работников к фактическому воплощению в жизнь системы ОМС;
- оценка системы страхования рисков врачебной и медицинской деятельности;
- оценка уже установленного, ясного и бесплатного для врачей способа продолжить профессиональное образование;
- оценка наличия материально-технической и профессиональной поддержки медицинских вузов;
- оценка фонда заработной платы в медицинских учреждениях [22].

Центр стратегических исследований страховой компании «Росгосстрах» (ЦСИ Росгосстрах)

Наиболее широкие исследования в области субъективных оценок качества медицинского обслуживания, затрагивающие ряд городов России, выполняются Центром стратегических исследований СК «Росгосстрах».

В 2016 году ЦСИ Росгосстрах провел исследование, посвященное оценке качества медицинского обслуживания, включающее в себя замер ряда показателей [23]:

- удовлетворенность работой системы здравоохранения по месту жительства;
- оценка достаточности или нехватки различного вида медицинских учреждений в том или ином городе страны.

Фонд «Общественное мнение» (ФОМ)

За последние годы ФОМ провел ряд опросов граждан РФ, которые затрагивают вопросы системы здравоохранения и предоставляемых медицинских услуг:

- оценка путей и уровня развития отечественной медицины [24];
- обращение населения к услуга платной медицины [25];
- готовность пользования услугами и оценка качества платной скорой помощи [26];
- оценка реального наличия и использования полиса ДМС, а также готовности его приобрести [27;
- доступность медицинской помощи, уровень оснащенности медицинского учреждения, оценка квалификации сотрудников, уровень доверия к врачам и медсестрам [28].

В социологическом бюллетене, посвященном здравоохранению [29], ФОМ приводит результаты достаточно полного исследования, которое затрагивает следующие категории:

- показатели здоровья;

- практика прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;
- удовлетворение качеством врачебной помощи;
- оценка системы здравоохранения в целом;
- оценка деятельности руководящих медицинских органов;
- плата за медицинские услуги;
- оплата полиса ОМС;
- пользование и готовность использования полиса ДМС;
- обеспечение качественным медицинским оборудованием;
- уровень доверия, оценка квалификации и профессиональных знаний медицинского персонала;
- факторы оценки качества предоставленного лечения, уровень доверия к медицинским учреждениям;
- формат лечения (самостоятельное лечение или обращение к врачу);
- пользование услугами нетрадиционной медицины.

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ)

ВЦИОМ на регулярной основе проводит инициативные всероссийские опросы населения на тему здравоохранения. Среди замеряемых показателей можно отметить [30 - 34]:

- оценка необходимости заботы о своем здоровье;
- следование правилам здорового образа жизни;
- информированность об услугах, которые предоставляются по полису ОМС;
- наличие опыта пользование полисом ОМС и оценка предоставляемых услуг;
- частота пользование государственными и частными медучреждениями;
- оценка качества медицинской помощи;
- актуальные проблемы российского здравоохранения;
- оценка организации деятельности и условий в медицинских организациях;

- доверие к врачам, медсестрам и другим медицинским работникам;
- выбор формата лечения;
- оценка санитарных условий, оборудования, и получаемых лекарств;
- оценка справедливости стоимости лекарственных средств;
- взаимодействие с медперсоналом, компетентность врачей в постановке диагноза, лечении и постлечении;
- необходимость оплата услуг и лекарств, которые полагаются бесплатно;
- оценка мер по повышению качества медицинской помощи;
- нарушения прав пациентов;
- обращение в страховые компании при врачебных ошибках;
- оценка работы страховых представителей как защитника прав пациентов.

1.2 Динамика потребительского восприятия качества медицинского обслуживания в России

Надо сказать, то Россия на является лидером в части объективных показателей здравоохранения среди развитых стран мира. Об этом говорит место России в рейтингах качества медицинского обслуживания.

Один из таких рейтингов по эффективности системы здравоохранения стран мира «Health-Care Efficiency Index» составлен агентством финансово-экономической информации «Bloomberg» с использованием данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединённых Наций и Всемирного банка. Рейтинг строится на основе трех показателей:

- средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
- государственные затраты на систему здравоохранения;
- стоимость медицинских услуг на душу населения.

Исследование распространяется на 55 стран с населением более 5 млн. человек, ВВП свыше 5 тыс. долл. на человека в год и средней продолжительностью жизни свыше 70 лет.

Россия была включена в данный рейтинг впервые в 2014 году и заняла последнее место среди 51 страны, набрав 22,5 баллов [35]. По результатам 2016 года Россия оказалась на 55 месте среди 55 стран, набрав 24,3 балла [36]. По последним данным 2018 года Россия поднялась на две позиции и заняла 53 место с 31,3 баллами [37].

С 2006 года британским аналитическим центром «Legatum Institute» проводится измерение достижений стран мира с точки зрения их процветания (Индекс процветания - The Legatum Prosperity Index) [38). Данный индекс содержит девять суб-индексов, одним из которых является суб-индекс здоровья. Здоровье населения измеряется тремя ключевыми компонентами:

- основным психическим и физическим здоровьем страны;
- инфраструктурой здравоохранения;
- наличием профилактической помощи.

На 2017 год Россия занимает 102 из 149 мест в рамках суб-индекса здоровья.

Медицинский журнал «The Lancet» проводит исследование качества и доступности медицинской помощи в 195 странах мира. Индикаторами выступают 32 заболевания (корь, аппендицит, туберкулез, диабет, дифтерия, столбняк, рак молочной железы и шейки матки, лейкемия, инсульт и др.), смертельный исход которых можно предотвратить путем получения своевременных и качественных медицинских услуг. Результаты исследования по каждой стране представлены в виде Индекса качества и доступности медпомощи («Healthcare Access and Quality Index (HAQ)»), который варьируется в пределах от 0 до 100 баллов.

По итогам 2016 года Россия заняла 58 место, набрав 75 баллов[1].

В таблице 1 приведены данные, характеризующие место России среди стран мира по средней ожидаемой продолжительности жизни, Индексу

[1] Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2 (дата обращения: 11.09.2018).

доступности медицинских услуг, частным расходам на здравоохранение – средствам, которые домохозяйства выделяют на медицинские цели из собственных бюджетов (в абсолютном выражении и как доля годовых расходов на конечное потребление).

Таблица 1 - Соотнесение России с ЕС, странами ОЭСР и средними мировыми показателями по основным индикаторам качества медицинского обслуживания (средние показатели за 2000-2017 гг.)

	Евросоюз	Страны ОЭСР	Россия	В среднем по миру
Средние душевые расходы на здравоохранение из всех источников, долл. по ППС	2780,0	3612,7	891,4	925,0
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	79,2	78,8	68,0	70,0
Расходы на здравоохранение из бюджетов домохозяйств, долл. по ППС на человека в год	430,8	558,8	300,5	211,8
Доля тех, кто опустился ниже прожиточного минимума в 3.1 долл. в ценах 2011 года по ППС из-за избыточных медицинских расходов, %	0,2	0,3	0,1	1,8
Доля жителей, расходующих на медицинские цели более 10% домашнего бюджета, %	7,6	6,9	3,2	10,9
Доля жителей, расходующих на медицинские цели более 25% домашнего бюджета, %	1,0	1,3	0,4	2,3
Индекс доступности базовых медицинских услуг	78,5	79,8	63,0	63,7
Доля населения, для которого стоимость хирургической операции может оказаться чрезмерной, % населения	4,9	6,4	43,7	44,1
Доля населения, для которого необходимость оплаты хирургической операции может привести к бедности, % населения	1,0	3,3	18,1	46,7

Источник: расчеты по данным Всемирного Банка

Как видно из таблицы 1, по большинству показателей, Россия сильно отстает от развитых стран ОЭСР и от мировых показателей.

Тем не менее, за последние годы, по данным исследований Финансового университета при Правительстве РФ, потребительское восприятие качества медицинского обслуживания населения постепенно улучшается. Как видно из следующей таблицы 2, растет доля россиян, полностью или в основном довольных качеством медицинского обслуживания, которое они получают лично. Сегодня доля довольных качеством медицинского обслуживания

поднялась до 70% против 65% годом ранее. В наибольшей степени россияне довольны страховыми медицинскими услугами, которые они получают по полисам, купленным за собственный счет или за счет работодателя.

Таблица 2 - Отношение к медицинскому обслуживанию среди жителей крупных и средних российских городов

Насколько вы удовлетворены качеством медицинского обслуживания, которым вы пользуетесь?				
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Полностью удовлетворен(а)	16%	19%	14%	19%
Скорее удовлетворен(а)	49%	46%	52%	50%
Скорее не удовлетворен(а)	24%	23%	21%	21%
Совершенно не удовлетворен(а)	9%	10%	11%	9%
Доля тех, кто полностью или в основном доволен качеством медицинских услуг, которые он получает лично	65%	65%	65%	70%
Удовлетворенность качеством медицинского обслуживания по типам медицинских учреждений				
Бесплатная медицина	63%	63%	64%	64%
Страховая медицина	69%	76%	85%	81%
Платная медицина	65%	65%	68%	72%

Источник: Исследования Финансового университета при Правительстве РФ

Растет доля россиян, которые за последнее время не имели поводов для того, чтобы подать в суд на врачей и лечебные учреждения за халатность, ошибки и иные упущения (таблица 3).

Таблица 3 - Готовность подать в суд на врачей и медицинские учреждения среди населения

Были ли у вас за последнее время случаи, когда у вас были повод и желание подать суд. иск на врача или мед. учреждения за халатность, ошибки и иные упущения?				
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Да	23%	25%	25%	16%
Сам не сталкивался, но среди моих знакомых были такие случаи	6%	8%	9%	12%
Нет, и среди моих знакомых таких ситуаций не было	70%	67%	66%	72%

Источник: Исследования Финансового университета при Правительстве РФ

Также растет доля россиян, которые не сталкивались с нехваткой средств на лекарства – в 2018 году она составила 65% против 61% в 2015 году (таблица 4).

Таблица 4 - Нехватка средств на лекарства среди россиян

Сталкивались ли Вы за последний год с ситуацией, когда не могли купить необходимое лекарство по причине его дороговизны?				
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Да, было несколько таких случаев	25%	25%	26%	27%
Да, был такой случай	14%	13%	10%	8%
Нет, не сталкивался с такой проблемой	61%	62%	64%	65%

Источник: Исследования Финансового университета при Правительстве РФ

С другой стороны, в нашей стране намечаются проблемы с доступностью медицинской помощи. Увеличивается доля тех, кто за последнее время должен был обращаться в лечебные учреждения в другие регионы или за границу. Более четверти жителей крупных и средних городов вынуждены были за последние два-три года ехать в другой город или за границу против 20% в 2015 году (таблица 5).

Таблица 5 - Обращения населения за медицинской помощью в другие регионы или за границу

Были ли у вас, ваших близких или друзей за последнее время случаи, когда приходилось обращаться за мед. помощью в другой регион, в Москву или за границу?				
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Да	20%	23%	23%	26%
Нет	80%	77%	77%	74%

Источник: Исследования Финансового университета при Правительстве РФ

Падает доля россиян, которые считают, что в их городе достаточно медицинских учреждений – в 2018 году их доля снизилась до 22%. Наиболее дефицитными сегодня являются поликлиники широкого профиля, диагностические центры и специализированные медицинские клиники (таблица 6).

Таблица 6 - Отношение населения к достаточности медицинских учреждений

Каких медицинских учреждений в Вашем городе не хватает?				
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
В городе хватает медицинских учреждений	27%	29%	33%	22%
Не хватает поликлиник широкого профиля	25%	26%	26%	27%
Больниц	9%	10%	8%	11%
Специализированных медицинских клиник	14%	16%	14%	18%
Диагностических центров	21%	23%	20%	27%
Другое	4%	3%	5%	0%

Источник: Исследования Финансового университета при Правительстве РФ

При этом среди населения снижается пользование услугами страховой и платной медицины, тогда как общая посещаемость медицинских учреждений остается на прежнем уровне (таблицы 7 и 8).

Таблица 7 - Пользование различными типами медицинского обслуживания среди населения

Какими видами медицинских услуг вы пользуетесь чаще всего, вы и члены вашей семьи? (множественный ответ)				
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Услугами государственной поликлиники, клиники или больницы бесплатно (в рамках обязательного медицинского страхования)	70%	72%	74%	70%
Медицинскими услугами по страховке, которую вы приобрели за свой счет	3%	2%	3%	2%
Медицинскими услугами по страховке, которую оплачивает ваш работодатель	6%	7%	8%	7%
Услугами бесплатной поликлиники/медсанчасти при предприятии	4%	4%	4%	4%
Платными медицинскими услугами в частных поликлиниках или больницах	35%	40%	42%	39%
Платными медицинскими услугами в государственных поликлиниках или больницах за наличный расчет	13%	15%	13%	12%
Не пользуюсь медицинскими услугами	3%	3%	3%	4%

Источник: Исследования Финансового университета при Правительстве РФ

Таблица 8 - Частота обращений за медицинской помощью среди населения

Как часто Вы обращаетесь за медицинской помощью?				
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Несколько раз в месяц	12%	14%	14%	14%
Раз в несколько месяцев	16%	16%	16%	18%
Несколько раз в год	44%	40%	42%	42%
Реже, чем раз в год	29%	29%	29%	26%

Источник: Исследования Финансового университета при Правительстве РФ

1.3 Оценки качества медицинского обслуживания населения России

Как показано выше, международные подходы к определению качества медицинского обслуживания как правило группируются вокруг его оценки по следующим параметрам:

- средняя ожидаемая продолжительность жизни (или средняя ожидаемая продолжительность здоровой жизни);
- доступность медицинского обслуживания для населения;

- низкая финансовая нагрузка на бюджеты домохозяйств, вызванная необходимостью медицинского обслуживания – финансовая доступность здравоохранения.

Применительно к российским условиям перечисленные выше критерии оценки качества медицинского обслуживания населения (средняя ожидаемая продолжительность жизни, доступность медицинского обслуживания для населения, а также низкая финансовая нагрузка на бюджеты домохозяйств) необходимо выразить при помощи ряда показателей, расчет которых можно осуществить на основании имеющихся в нашем распоряжении данных. Для этого могут быть использованы как объективные статистические показатели, так и субъективные оценки, сделанные самими потребителями финансовых услуг.

К сожалению, на сегодня в России отсутствует статистика по средней ожидаемой продолжительности жизни (или средней ожидаемой продолжительности здоровой жизни) по городам страны, что делает невозможным использование данного показателя для оценки качества медицинского обслуживания. Это показатель можно с определенной долей приближения заменить соотношением годового числа умерших людей и численности населения старше трудоспособного возраста. В дополнение к этому показателю для оценки качества медицинского обслуживания могут быть использован такой показатель, как доля населения, готового подать в суд на врачей и медицинские учреждения за различные упущения, врачебные ошибки и халатность при осуществлении медицинских процедур. Еще одним показателем, описывающим качество медицинского обслуживания, может быть уровень удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания, которое они получают в медицинских учреждениях.

Уровень доступности медицинского обслуживания для населения может быть описан через долю жителей, которые вынуждены были за последнее время (например, один-два года) обращаться за необходимой медицинской помощью в другой регион или за границу. Еще одним показателем

доступности медицинского обслуживания может быть доля жителей региона или города, которые считают, что по близости от них (например, в их городе) имеются все необходимые медицинские учреждения.

В качестве показателя финансовой нагрузки на бюджеты домохозяйств, вызванной более или мене высокой стоимостью медицинского обслуживания, могут быть использованы такие показатели, как доля жителей городов, которым в последнее время не хватало денег на необходимые лекарства или медицинское обслуживание. Еще одной характеристикой качества медицинского обслуживания является готовность населения городов подавать в суд на врачей или медицинские учреждения за халатность, упущения или врачебные ошибки. Справочным показателем, дополняющим названные последними два индикатора, может стать доля малоимущих жителей городов, вынужденных пользоваться платными медицинскими услугами.

Таким образом, для решения задачи оценки качества медицинского обслуживания населения по городам России, нами будут использованы следующие показатели:

- отношение годового числа умерших к численности населения старше трудоспособного возраста;
- доля взрослых жителей города, у которых за последние три года были повод и желание подать судебный иск на врача или медицинское учреждение за ошибки, упущения или халатность в работе;
- уровень удовлетворенности взрослых жителей городов качеством того медицинского обслуживания, которое они получают в городских лечебных учреждениях;
- доля жителей, у которых за последние три года были случаи, когда они были вынуждены обращаться в другой регион или за границу за необходимой медицинской помощью;
- доля жителей, которые считают, что в их городе достаточно медицинских учреждений;

- доля жителей города, которые сталкивались за последние три года со случаями, когда им не хватало денег на необходимое им лечение;
- доля жителей города, которые сталкивались за последние три года со случаями, когда они не могли купить необходимое лекарство по причине его дороговизны;
- произведение доли малоимущих граждан города и доли тех, кто пользуется платными медицинскими услугами.

1.4 Оценка ожиданий населения по повышению качества медицинской помощи, оценка чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям населения в части повышения качества медицинского обслуживания

Отношение числа смертей к численности лиц старше трудоспособного возраста определено на основании данных Росстата, прочие показатели получены на основании социологического опроса населения, проведенного по городам России с населением более 500 тыс. человек, а также в Севастополе и Грозном в 2018 году. В каждом из рассмотренных городов по репрезентативной выборке, отражающей население города, опрошено не менее 800 человек, что достаточно для получения достаточно точных ответов на поставленные вопросы.

Респондентам в ходе исследования задавались следующие вопросы:

1) Каких медицинских учреждений в вашем городе не хватает? (вариант ответа – всего достаточно).
2) Насколько вы удовлетворены качеством медицинского обслуживания, которое вы лично получаете в тех медучреждениях, где вы лечитесь?
3) За последние два-три года были ли в вашей жизни случаи, когда у вас не хватало денег на необходимое вам медицинское обслуживание?
4) За последние два-три года были ли у вас, ваших близких или друзей случаи, когда приходилось обращаться за мед. помощью в другой регион?

5) За последние два-три года были ли в вашей жизни случаи, когда у вас были повод и желание подать судебный иск на врача или мед. учреждение?

6) Сталкивались ли Вы за последние два-три года с ситуацией, когда не могли купить необходимое лекарство по причине его дороговизны?

Данные, собранные в ходе исследования, приведены в приложении А.

На основании полученных данных рассчитан Индекс качества медицинского обслуживания, который включает в себя *три суб-индекса.*

Первый из них основан на данных по продолжительности жизни населения в городах – отношению годового числа умерших жителей к численности населения старше трудоспособного возраста.

Второй суб-индекс описывает доступность, а также качество медицинских услуг для населения и основан на следующих четырех показателях:

1) доля взрослых жителей города, у которых за последние три года были повод и желание подать судебный иск на врача или медицинское учреждение за ошибки, упущения или халатность в работе;

2) уровень удовлетворенности взрослых жителей городов качеством того медицинского обслуживания, которое они получают в городских лечебных учреждениях;

3) доля жителей, у которых за последние три года были случаи, когда они были вынуждены обращаться в другой регион или за границу за необходимой медицинской помощью;

4) доля жителей, которые считают, что в их городе достаточно медицинских учреждений.

Третий суб-индекс описывает финансовую нагрузку на бюджеты домохозяйств, вызванную необходимостью привлечения платного медицинского обслуживания, и опирается на следующие показатели:

1) доля жителей города, которые сталкивались за последние три года со случаями, когда им не хватало денег на необходимое им лечение;

2) доля жителей города, которые сталкивались за последние три года со случаями, когда они не могли купить необходимое лекарство по причине его дороговизны;

3) произведение доли малоимущих граждан города и доли тех, кто пользуется платными медицинскими услугами.

Как видно из приложения А, приведенные показатели носят разнородный характер и сведение их в один показатель представляется затруднительным. Для этого используется их нормирование и приведение к единой шкале оценок. Нормирование показателей, использованных для построения индекса качества медицинского обслуживания, осуществляется по следующим формулам.

Для показателей, рост которых означает повышение качества медицинского обслуживания:

$$И_{ij} = (З_{ij} – З_{i\,min}) / (З_{i\,max} – З_{i\,min}) \quad (1)$$

где $И_{ij}$ – индексное значение показателя i для города j;

$З_{ij}$ – значение показателя i для города j;

$З_{i\,min}$ *и* $З_{i\,max}$ – минимальное и максимальное значение показателя i.

Для показателей, рост которых означает снижение качества медицинского обслуживания:

$$И_{ij} = 1 - (З_{ij} – З_{i\,min}) / (З_{i\,max} – З_{i\,min}) \quad (2)$$

где $И_{ij}$ – индексное значение показателя i для города j;

$З_{ij}$ – значение показателя i для города j;

$З_{i\,min}$ *и* $З_{i\,max}$ – минимальное и максимальное значение показателя i.

Суб-индексы по каждой группе показателей определяются как среднее значение индексных значений, входящих в него индикаторов для каждого исследованного города. Общий Индекс медицинского обслуживания рассчитывается по формуле (1) на основании среднего значения трех названных выше суб-индексов.

Расчетные величины трех суб-индексов и итогового Индекса качества медицинского обслуживания по городам, где проводилось исследование, приведены в приложении А. Из него видно, что по итогам исследований, проведенных в 2018 году, лидерами по качеству медицинского обслуживания являются Москва, Санкт-Петербург, Тюмень, Екатеринбург и Казань.

Необходимо отметить, что в России на сегодняшний день величина QALY (Quality-adjusted life years - добавленные годы жизни с поправкой на качество) не рассчитывается не только по городам, но и по регионам страны. Применительно к городам России, на примере которых оценивается качество медицинского обслуживания, отсутствуют также и данные по средней ожидаемой продолжительности жизни. По мере того, как Росстат будет расширять набор предоставляемых данных по интересующей нас тематике, предлагаемая методика оценки качества медицинского обслуживания будет модернизирована с учетом этих показателей.

Кроме того, надо отметить, что современные подходы к оценке качества медицинского обслуживания, предлагаемые ВОЗ, Всемирным Банком и национальными органами, занимающимися оценкой качества медицинского обслуживания, включают в себя все большее количество субъективных, оценочных показателей. На основании этого мы считаем, что сведение оценки качества здравоохранения к одному показателю QALY представляется нецелесообразным.

Оценка экономических потерь от низкого качества медицинского обслуживания не входила в цели данной работы и не указана в ТЗ по данной НИР. Исследования потребительских оценок качества медицинского обслуживания, которым прежде всего посвящена 1 глава работы, имеет целью

в первую очередь выявление зон социальной напряженности, вызванных недостаточным качеством медицинского обслуживания, что позволяет более точно выявлять и предотвращать социальные кризисы.

Необходимо также отметить, что приказами Минэкономразвития России № 192, Минздравсоцразвития России № 323н, Минфина России № 45н, Росстата № 113 от 10.04.2012 утверждена не методика, а **Методология расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения** (Зарегистрировано в Минюсте России 28.04.2012 № 23983), при этом сами методики расчета данных показателей и индикаторов, реализующие утвержденную **Методологию**, недоступны, а их повторная разработка в целях сравнения с методиками данной НИР не предусмотрена утвержденным техническим заданием (ТЗ) данной научно-исследовательской работы.

При этом в будущем, при реализации НИР, являющихся продолжением и расширением настоящей работы, мы готовы рассмотреть вопросы экономических потерь от недостаточного качества медицинского обслуживания и сравнить полученные результаты с оценками, полученными в результате выполнения настоящей НИР.

Вывод.

Подготовлена методика оценки качества медицинского обслуживания населения, основанная на использовании современных международных, признанных подходов к оцениванию качества медицинского обслуживания. Методика построена на сочетании объективных и субъективных показателей качества работы медицинских организаций. Собран значительный объем статистических данных, достаточных для оценивания качества медицинского обслуживания в городах России с населением более 500 тыс. человек. Проведены расчеты и сделаны оценки качества медицинского обслуживания населения в крупных и средних российских городах.

2 Оценки качества жизни в городах России

2.1 Составляющие качества жизни населения

Качество жизни – это оценка условий и характеристик жизни человека, комплексная мера благополучия населения, включающая оценку разнообразных составляющих человеческого бытия. Понятия «счастья» и качества жизни играют большую роль в экономике, если рассматривать ее с социальной точки зрения. Важно помнить, что в общем случае экономическая деятельность – это функциональный инструмент, при помощи которого человеческое сообщество решает проблему повышения качества собственной жизни во всем разнообразии его составляющих. Достижение комфортного существования, избавление от внешних раздражителей и ограничений являются целью экономической активности человека. К составляющим высокого качества жизни прежде всего относится:

- обеспеченность человека различными материальными и социальными благами – потребление товаров и услуг, включая сюда качественное здравоохранение, обеспечивающее высокую продолжительность здоровой жизни, образование, а также доступ к различной информации и культурным ценностям;
- безопасность и долгосрочные гарантии благополучия, комфортность социальной и природной среды существования человека, низкая конфликтность общественных отношений;
- общественные и политические свободы, включая право на участие в национальных и местных общественных делах, в общественном управлении и решении социально значимых вопросов [39].

С другой стороны, высокое качество жизни можно определить и «от обратного» – это избавление от неблагоприятных внешних «раздражителей» (внешних воздействий, которые человек считает неблагоприятными), что в свою очередь обеспечивает высокий уровень комфортности бытия. Высокое качество жизни можно также рассматривать как достаточный уровень

свободы человека в достижении тех целей, которые он перед собой ставит - отсутствие ограничений на путях, которые индивид для себя выбирает. Высокое качество жизни можно также определить как состояние «счастья» и радости, вызванных достижением поставленных жизненных целей и возможностями для самореализации[1].

Для количественного измерения качества жизни людей можно использовать широкий перечень объективных и субъективных показателей, среди которых основными с нашей точки зрения являются:

- средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении или средняя ожидаемая продолжительность здоровой жизни;
- уровень насильственной смертности (число умышленных убийств на 100 тыс. жителей в год);
- ВВП по ППС на душу населения, или же, например, доля тех, кому не хватает средств на достаточное питание для семьи и на предметы первой необходимости;
- готовность к миграции с нынешнего места жительства в поисках лучших условий существования;
- доступность хорошего образования и высокооплачиваемой работы;
- доля людей, довольных собственной жизнью;
- доля уверенных в собственном завтрашнем дне, а также в завтрашнем дне предприятия, где человек работает.

Помимо перечисленных возможно использование и других показателей, описывающих комфортность человеческого существования, а также их комбинации, сведенные в ряд индексов. При этом надо иметь в виду, что высокое качество жизни – понятие относительное. Один и тот же уровень обеспеченности товарами и услугами в разных обществах или в разные времена может рассматриваться населением как высокий или совершенно

[1] А.С. Пушкин в своем известном стихотворении определил «счастье» как «покой» и «волю»:
«На свете счастья нет, но есть покой и воля.
Давно завидная мечтается мне доля —
Давно, усталый раб, замыслил я побег
В обитель дальнюю трудов и чистых нег.

недостаточный. На практике раздражителями, снижающими качество жизни, являются не все вредные неблагоприятные воздействия, а только те, от которых человек научился защищаться. Одни и те же явления человек может оценить спокойно, как неизбежность, или же отнестись к ним как к нетерпимому злу, с которым надо всеми силами бороться. Так, еще сто пятьдесят лет назад в Европе высокая смертность была привычной нормой: в 80-х годах XIX века во Франции из тысячи новорожденных до 20 лет доживали 660 человек, а в России – 437 человек [40]. Сегодня такой же уровень смертности будет рассматриваться как гуманитарная катастрофа, и не только в Европе, но и в самых отсталых странах мира.

Отношение к смертности изменилось после того как люди получили в свое распоряжение средства для продления человеческой жизни, лечения болезней и предотвращения разных опасностей. Как только в мире были разработаны вакцины и антибиотики, защищающие человека от тяжелых заболеваний, высокая смертность превратилась из терпимой, неизбежной части повседневной жизни в страшное зло, подлежащее уничтожению. Однако произошло это превращение не сразу. Европейцам потребовалось несколько десятилетий, чтобы избавиться от прежнего жизненного опыта, в котором смерть была от человека на расстоянии вытянутой руки. По мере освоения новой реальности, в которой люди гораздо лучше защищены от опасностей, прежние представления ушли из массового сознания, а более комфортное существование стало привычным, само собой разумеющимся и естественным стандартом качества жизни.

В настоящее время в основе измерения качества жизни лежат два основных типа индикативных показателей качества жизни:

- объективные (экономические, демографические, социальные, природные);
- субъективные (оценки удовлетворенности населения качеством своей жизни в различных сферах).

Разделение на две группы показателей происходит в соответствии с тем, что по своей сути качество жизни – субъективный показатель, который, тем не менее, можно описать при помощи объективных индикаторов. Для количественной характеристики качества жизни можно использовать систему объективных и субъективных показателей, которые группируются по темам, характеризующим качество жизни людей.

2.2 Анализ современных российских и международных подходов к оценке качества жизни населения

В 1960 году ООН впервые был опубликован доклад об определении и измерении качества жизни населения различных стран, в котором были предприняты первые попытки создания системы показателей качества жизни населения. В 1978 году ООН был разработан вариант системы показателей качества жизни в международной статистике, который включал 12 основных групп показателей:

- рождаемость, смертность и другие демографические характеристики населения;
- санитарно-гигиенические условия жизни;
- потребление продовольственных товаров;
- жилищные условия;
- условия труда и занятости;
- образование и культура;
- доходы и расходы населения;
- стоимость жизни и потребительские цены;
- транспортные средства;
- организация отдыха;
- социальное обеспечение;
- свобода человека.

Системы оценивания качества жизни людей, принятые сегодня в мире.

В настоящее время для оценки качества жизни населения применяются международные и российские индикаторы (индексы) качества жизни.

Индекс человеческого развития (ИЧР), 2016 г. [41]

Human Development Index (HDI) или Индекс человеческого развития (ИЧР) (прежнее название - «Индекс развития человеческого потенциала» (ИРЧП)) публикуется ежегодно с 1990 года в рамках Программы развития ООН. С помощью ИЧР проводится сравнение качества жизни в различных странах и использованием трех видов показателей:

- ожидаемой продолжительности жизни;
- уровня грамотности населения страны;
- уровня жизни, оцененного через валовой национальный доход на душу населения по паритету покупательной способности (ППС) в долларах США.

Дополнительно производится расчет ряда вспомогательных индексов, позволяющих выявить различия качества жизни отдельных стран, гендерного неравенства в качестве жизни.

В зависимости от значения ИЧР ООН делит страны на 4 уровня развития:

- очень высокий;
- высокий;
- средний;
- низкий.

В 2016 году Россия заняла 49 место среди 188 стран, рассмотренных в рейтинге, оказавшись таким образом в группе стран с очень высоким уровнем человеческого развития. Лидерами за 2016 год по размеру ИЧР являются Норвегия, Австралия, Швейцария, Германия и Дания.

Индекс качества жизни OECD (Better Life Index), 2016 г. [42]

Better Life Index – индекс качества жизни, разработанный Организацией по экономическому сотрудничеству и развитию (OECD).

Для построения индекса используется ряд показателей, включая:

- жилищные условия населения;

- уровень дохода;

- безработица и качество рабочих мест;

- самоорганизация населения для социальной поддержки, насыщенность общественной жизни;

- качество образования;

- состояние окружающей среды;

- общественные действия за демократию;

- состояние здоровья населения;

- удовлетворенность населения своей жизнью;

- безопасность;

- соотношение труда и отдыха в жизни людей.

По состоянию на 2018 год, индекс качества жизни OECD включает данные о 38 странах мира. Отличительной особенностью Better Life Index от остальных индексов является предоставление пользователям возможности расставить приоритеты по важности (определить веса) показателей. При равновесности индикаторов Россия занимает в рейтинге Better Life Index 33-е место, при этом надо учитывать, что основная часть стран – участников рейтинга относится к высоко развитым государствам.

Индекс качества жизни от Economist Intelligence Unit (The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index), 2013 г.

В редакции 2013 года Индекс качества жизни получил наименование: «Лучшие страны, где можно родиться» (Where-to-be-born index). Этот показатель сочетает объективные данные (статистические показатели), и субъективные данные, полученные в результате опросов населения. Исследование использует девять факторов качества жизни для определения оценки страны:

- здоровье: ожидаемую продолжительность жизни (в годах), источник – US Census Bureau;

- семейная жизнь: уровень разводов (на 1 тыс. чел.), ставится оценка от 1 (мало разводов) до 5 (много разводов), источники - ООН, Euromonitor;

- общественная жизнь: переменная принимает значение 1, если в стране высокий уровень посещаемости церкви или профсоюзного членства, источник – World Values Survey;

- материальное благополучие: ВВП на душу населения по паритету покупательной способности, источник – Economist Intelligence Unit;

- политическая стабильность и безопасность: рейтинги политической стабильности и безопасности, источник – Economist Intelligence Unit;

- климат и география: измеряется двумя переменными, средним отклонением минимальной и максимальной средней месячной температуры воздуха от 14 градусов по Цельсию, а также количеством месяцев в году с осадками менее чем 30 мм, источник – CIA World Factbook;

- гарантия занятости: уровень безработицы (в процентах), источник – Economist Intelligence Unit;

- политическая свобода: средний индекс политической и гражданской свободы, используется шкала от 1 (полностью свободная) до 7 (несвободная страна), источник – Freedom House;

- гендерное равенство: измеряется путем деления средней зарплаты мужчин на зарплату женщин, источник - UNDP Human Development Report.

Индекс качества жизни от Economist Intelligence Unit Российской Федерации в 2013 году составил 5,31, определив России 72-е место в рейтинге.

Международный индекс счастья (Happy Planet Index), 2016 г. [43]

Happy Planet Index, разработанный Фондом новой экономики (New Economics Foundation) в 2006 году, представляет собой индекс, отражающий благосостояние людей и состояние окружающей среды в разных странах мира. Главная задача Happy Planet Index - показать «реальное» благосостояние наций, не используя в оценке значения ВВП на душу населения или другие экономические показатели. В 2016 году при расчете индекса использовались следующие показатели:

- субъективная удовлетворенность жизнью населения;

- ожидаемая продолжительность жизни;

- неравенство доходов;
- «экологический след» - воздействие человека на окружающую среду.

По данным за 2016 год, из 140 рассмотренных в рейтинге стран Россия занимает 116-е место по значению этого индекса. Лидерами по качеству жизни согласно Happy Planet Index являются Коста-Рика, Мексика, Вануату, Колумбия и Вьетнам.

Валовое национальное счастье (Gross National Happiness)

К Международному индексу счастья примыкает такой показатель, как «Валовое национальное счастье». Этот показатель придуман в 70-х годах XX века в Бутане, и с тех пор он довольно широко распространился по миру. Его назначение – заменить традиционный экономический показатель – валовой национальный доход – набором показателей, более точно описывающим благополучие человека. В 2011 году подходы, заложенные в показатель «Валовое национальное счастье», были поддержаны ООН как альтернативный способ измерения человеческого благополучия – наряду с традиционными экономическими подходами. В 2015 году при определении Валового национального счастья использовались следующие индикаторы:

- физическое здоровье: фиксируется с помощью статистического измерения показателей здоровья населения, таких как тяжелые болезни;
- психическое здоровье: фиксируется с помощью прямого опроса и статистического измерения психических показателей здоровья, таких как использование антидепрессантов, рост или снижение числа больных;
- использование времени: соотношение труда и отдыха;
- образование;
- культурное разнообразие и гибкость;
- социальное благополучие: фиксируется с помощью прямого опроса и статистического измерения социальных показателей, таких как дискриминация, безопасность, разводы, жалобы, внутренние конфликты и семейные иски, публичные судебные процессы, преступления;

- политическое благополучие: фиксируется с помощью прямого опроса и статистического измерения политических показателей, таких как качество местной демократии, свободы личности, и внешние конфликты;

- качество окружающей среды (экологическое здоровье: фиксируется с помощью прямого опроса и статистического измерения экологических показателей, таких как загрязнение окружающей среды);

- уровень жизни: фиксируется с помощью прямого опроса и статистического измерения социальных показателей, таких как доходы, имущество, жилищные условия.

Продолжительность счастливой жизни (Happy life expectancy)

Одним из самых удачных измерителей качества жизни людей является, по нашему мнению, HLE – Happy Life Expectancy (число лет счастливой жизни) [44]. Авторы индекса исходят из того, что цель человека – прожить длинную счастливую жизнь. Поэтому индекс строится всего по двум параметрам:

- продолжительность жизни;

- удовлетворенность жизнью.

Вычисляется индекс как произведение средней ожидаемой продолжительности жизни на долю граждан страны, довольных своей жизнью.

Индикатор подлинного прогресса (Genuine Progress Indicator, GPI)

Genuine Progress Indicator под этим названием был впервые опубликован в 1995 году в работах организации Redefining Progress. Основная цель разработки GPI - заменить ВВП в качестве интегральной меры экономического прогресса. Как и внутренний валовый продукт, Genuine Progress Indicator имеет денежное выражение, однако существенное различие состоит в том, что для определения ВВП его составляющие суммируются, в то время как в основе GPI лежит идея разделения на категории выгод и издержек и итоговый показатель определяется как разность между ними. Индикатор

подлинного прогресса измеряется с помощью 26 показателей, которые условно разделяют на три категории:

- экономическую;
- социальную;
- экологическую.

При расчете показателей отдельные страны или регионы могут корректировать их формулировку. При построении индекса оцениваются следующие показатели:

- индивидуальные потребительские расходы;
- распределение доходов;
- потребление, скорректированное с учётом распределения доходов;
- стоимость домашнего труда;
- стоимость волонтёрского труда;
- пользование домашним капиталом;
- расходы на товары длительного пользования;
- пользование дорогами и улицами;
- суммарные инвестиции в капитал;
- суммарные внешние долги/займы;
- цена преступности;
- цена разводов;
- уменьшение досуга;
- цена безработицы;
- цена ежедневных поездок;
- издержки домохозяйств на борьбу с загрязнением;
- цена дорожно-транспортных происшествий;
- цена загрязнения воды;
- цена загрязнения воздуха;
- цена шумового загрязнения;
- потери водно-болотных угодий;
- потери сельскохозяйственных угодий;

- истощение не возобновляемых ресурсов;
- долгосрочный экологический ущерб;
- разрушение озонового слоя;
- уменьшение лесного покрова.

Индекс качества жизни Quality of Life Index сообщества Internations, 2017 г. [45]

Индекс качества жизни рассчитывается Международным сообществом Internations, созданным в целях объединения в единую социальную сеть экспатриантов - людей, проживающих и работающих за границей. Индекс рассчитывается на основе субъективных показателей, полученных в результате опроса экспатриантов. В качестве основных индикаторов измерения индекса Quality of Life Index исследователями Internations выбраны следующие:

- варианты отдыха;
- путешествия и транспорт;
- здоровье и благополучие;
- личная безопасность;
- личное счастье.

В рейтинг 2017 года вошли 65 стран мира, среди которых Россия занимает 45 место. Лидеры Индекса качества жизни сообщества Internations – Португалия, Тайвань, Испания.

Рейтинги оценки качества жизни.

City Momentum Index, 2018 г. [46]

Индекс City Momentum разработан компанией JLL, специализирующейся на управлении недвижимостью и инвестициями, в 2013 году. Индекс включает оценку широкого круга факторов, позволяющих определить те города, которые обладают необходимыми характеристиками для успеха в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

City Momentum Index представляет собой взвешенный общий балл для суб-оценок из 46 переменных. Индексом оценивается 131 крупный бизнес-

центр (город) по всему миру. Ключевыми составляющими краткосрочного импульса развития городского центра специалистами JLL называются:

- население;
- связь;
- инвестиции;
- цены на недвижимость;
- объем производства;
- корпоративная деятельность;
- строительство;
- розничные продажи.

В долгосрочной перспективе (при «проверке будущим») приоритетными составляющими развития являются:

- технологические компании;
- образование;
- окружающая среда;
- прозрачность;
- инфраструктура;
- международные патенты.

По итогам расчета индекса в 2018 году Москва, как единственный представленный от России городской центр, не вошла в ТОП-30 лидеров развития в краткосрочном периоде и ТОП-30 лидеров развития в долгосрочном периоде.

QS Best Student Cities ranking index, 2018 г. [47]

Индекс лучших городов для студентов рассчитывается британской консалтинговой компанией QS Quacquarelli Symonds. Показатели, оцениваемые при построении индекса, включают:

- доступность;
- желательность;
- активность работодателей;
- позиция в рейтингах;

- контингент обучающихся;

- мнение студентов.

Лидирующие позиции рейтинга в 2018 году занимают Лондон, Токио, Мельбурн. Москва находится на 28 месте из 101 города, представленного в рейтинге.

Индекс глобальной конкурентоспособности талантов (Global Talent Competitiveness Index, GTCI), 2018 г. [48]

Индекс глобальной конкурентоспособности талантов Global Talent Competitiveness Index (GTCI) создан международной компанией The Adecco Group совместно с международной бизнес-школой INSEAD и Tata Communications в 2013 году. При расчете индекса рассматриваются 68 дискретных переменных. Эти переменные, включающие сотрудничество внутри организаций, прямые иностранные инвестиции, разницу в оплате труда мужчин и женщин, производительность труда, рейтинги университетов и др., определяют «конкурентоспособность талантов» страны - способность привлекать, развивать и удерживать квалифицированных работников, тем самым поддерживая производительность и процветание. В рейтинге стран за 2018 год рассмотрены 119 стран, Россия занимает 53 место, среди лидеров рейтинга – Швейцария, Сингапур и США.

Quality of Life Rankings от U.S. News, 2018 г.49)

Специалистами стратегического консалтинга Y&R's, BAV Group, а также сотрудниками Уортонской школы бизнеса разработан рейтинг стран по качеству жизни Quality of Life Rankings. Для его построения были определены 65 признаков успешного государства, страны оценены по каждому из 65 атрибутов на основе набора индивидуальных ответов на вопросник. Чем больше страна воспринимается как пример определенной характеристики по отношению к среднему показателю, тем выше ее атрибутивный балл и наоборот. Показатели нормализованы с учетом выбросов и преобразованы в шкалу, с помощью которой можно произвести сравнения по всем

направлениям. Атрибуты, включенные в общий рейтинг лучших стран, были сгруппированы в девять суб-рейтингов:

- путешествия;
- гражданство;
- культурное влияние;
- предпринимательство;
- наследие;
- миграция;
- открытость для бизнеса;
- власть и качество жизни.

Россия в рейтинге стран по качеству жизни в 2018 году занимает 38 место, в то время как на первом месте – Канада, на втором и третьем – Дания и Швеция.

Индекс процветания Института Legatum (Legatum Prosperity Index), 2017 г.

The Legatum Prosperity Index – разработанный в 2006 году британским аналитическим центром The Legatum Institute комбинированный показатель, измеряющий и сравнивающий достижения стран мира с точки зрения их процветания. В основе индекса лежит анализ 89 различных переменных, источниками данных служат Gallup World Poll, Показатели мирового развития ООН, данные Международного союза электросвязи, Failed States Index, Freedom House, ВОЗ, World Values Survey, Amnesty International и других организаций. 89 переменных сгруппированы в 8 суб-индексов, которые усредняются с использованием равных весов. Суб-индексы строятся по следующим направлениям:

- экономика;
- предпринимательство;
- качество управления;
- образование;
- здоровье;

- безопасность;
- личная свобода;
- социальный капитал.

Лидеры рейтинга по качеству жизни за 2017 год – это Норвегия, Новая Зеландия, Финляндия, Швейцария и Швеция. Россия занимает 101-е место из 149 рассмотренных в рейтинге стран.

Глобальный индекс благополучия компаний Gallup и Healthways [50].

Глобальный индекс благополучия позволяет оценить восприятие населением собственного благополучия. В качестве базы для расчета индекса выступили социологические исследования, проведенные по всему миру в 2013 году в рамках программы Gallup World Poll. Данные позволили оценить благополучие человека на индивидуальном уровне, уровне семьи, компании или организации, где человек работает, города, области, страны и на глобальном уровне. Специалистами определены следующие показатели благополучия:

- наличие у человека жизненных целей и возможность их достичь;
- круг общения, семейное благополучие;
- финансовое благополучие;
- комфортные отношения на уровне местного сообщества;
- здоровье.

Уровень благополучия человека по каждому из этих показателей оценивается тремя уровнями: «процветает», «борется» или «страдает». «Процветание» определяется как высокий уровень благополучия с перспективою его сохранения или роста, «борьба» – умеренное или нестабильное благополучие, «страдание» - низкий и нестабильный уровень. По итогам 2014 года в рейтинге стран по уровню благополучия лидируют Панама, Коста-Рика, Дания, Австралия и Бразилия.

Social Progress Index (SPI) [51]

Индекс обобщает большое количество показателей различных международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, Продовольственная и

сельскохозяйственная организация ООН, Международный союз электросвязи, Репортеры без границ, Гэллап, ЮНЕСКО, Всемирный банк и др.). Индекс представляет собой агрегацию трех основных измерений. В каждом измерении содержатся компоненты, которые состоят из конкретных показателей. Основные потребности человека:

- питание и базовое медицинское обслуживание (материнская, детская смертность, смертность от недоедания, инфекционных болезней);
- санитария и водопровод (доступ к водопроводу в городских и сельских местностях);
- убежище (удовлетворенность доступностью жилья, доступ к электричеству и его качество, смертность от загрязнения воздуха);
- личная безопасность (уровень убийств, смертность на дорогах, политический террор);
- основы благополучия;
- доступ к базовым знаниям (уровень грамотности, охват обучающихся в начальной и средней школах, гендерный соотношение учащихся);
- доступ к коммуникациям и информации (количество пользователей мобильным телефоном, интернетом, индекс свободы прессы);
- здоровье и самочувствие (продолжительности жизни в 60 лет, уровень самоубийств, уровень преждевременных смертей от неинфекционных болезней);
- качество окружающей среды (уровень смертности от загрязнений воздуха, уровень очистки сточных вод, уровень заботы о биоразнообразии, выбросы парниковых газов).

Возможности/перспективы

- личные права (политические права, свобода выражения, собраний, прав частной собственности);
- личная свобода и свобода выбора (свобода выбора, религии, уровень ранних браков, уровень удовлетворенности спроса на контрацепцию, уровень коррупции);

- толерантность и инклюзия (толерантность к эмигрантам, гомосексуалистам, уровень дискриминации и агрессии к меньшинствам, религиозная толерантность);
- доступ к высшему образованию (количество университетов в международном рейтинге, количество студентов в таких университетах, количество лет высшего образования, количество лет образования для женщин).

В 2017 году в рейтинге были представлены 128 стран. Первая пятерка выглядит следующим образом: Дания, Финляндия, Исландия, Норвегия и Швейцария. Россия находится на 68 месте, между ЮАР и Филиппинами.

Global Competitiveness Index World Economic Forum, 2017 г. [52]

В основу индекса положено исследование 137 стран по конкурентоспособности, определяемой как набор институтов, политик и факторов, которые определяют уровень продуктивности. Индекс состоит из взвешенных средних показателей, которые объединены в 12 категорий:

- институты (институциональная среда зависит от эффективности поведения как частного, так и общественного секторов)
- инфраструктура;
- макроэкономическая среда;
- здоровье и начальное образование;
- высшее образование и обучение;
- эффективность товарного рынка;
- эффективность рынка труда;
- развитие финансового рынка;
- технологическая готовность;
- размер рынка;
- утонченность бизнеса (качество бизнес сетей в стране и качество деятельности и стратегий фирм);
- инновации.

В зависимости от степени развитости экономики, страны проходят следующие стадии, которые определяются основным драйвером:

- фактор (неквалифицированный труд, натуральные ресурсы), кат. 1-4;
- эффективность (категории 5-10);
- инновации (категории 11-12).

По итогам 2017-2018 гг. в рейтинге стран лидирующие позиции заняли такие страны как Швейцария, США, Сингапур, Нидерланды, Германия. Россия находится на 38 месте, поднявшись с 43 в 2017-2016 гг. Россия находится между Мальтой и Польшей.

Inclusive Development Index World economic forum, 2017 г. [53]

Введен World Economic Forum в 2017 году. Данный индекс оценивает социально-экономическое развитие стран через нюансы инклюзивного экономического прогресса. Оцениваются 103 страны по 11 измерениям экономического прогресса в дополнении к ВВП. В индексе три основные составляющие – рост и развитие, инклюзия, равенство между поколениями – устойчивое управление между природными и финансовыми ресурсами (рисунок 1).

Рисунок 1 – Структура для составления Индекса Inclusive Development Index WEF

В странах развитой экономики лидирующие места занимают Норвегия, Исландия, Люксембург, Швейцария и Дания. Среди развивающихся стран в

пятёрку входят Литва, Венгрия, Азербайджан, Латвия и Польша. РФ находится на 19 месте.

World Happiness Index [54]

Всемирный доклад о счастье (World Happiness Report) — ежегодный доклад, публикуемый подразделением ООН по поиску решений стабильного развития (UN Sustainable Development Solutions Network). Доклад впервые был опубликован в 2012 году на встрече ООН, далее публикуется ежегодно. В докладе используются данные Гэллап, Всемирного банка, ВОЗ.

Оценка национального счастья базируется на 6 компонентах:

- ВВП на душу населения;
- социальная поддержка (если вы находитесь в затруднительном положении, есть ли у вас друзья или родственники, чтобы помочь?);
- ожидаемая продолжительность здоровой жизни;
- социальная свобода (удовлетворенность возможностью принимать важные жизненные решения);
- щедрость (передавали ли вы деньги на благотворительность в прошлом месяце?);
- отсутствие коррупции (распространена ли коррупция в правительстве?).

Каждый фактор оценивается по 10-и бальной шкале. Каждая страна также сравнивается с гипотетической страной под названием «Антиутопия». Антиутопия представляет самые низкие национальные средние значения для каждой ключевой переменной и вместе с остаточной ошибкой используется в качестве эталона регрессии

Каждый год в докладе делается акцент на определенном компоненте. В 2016 году особое внимание было уделено методам измерения и последствиям неравенства в распределении благосостояния между странами и регионами. В 2018 сделан акцент на миграции.

Лидерами рейтинга по счастью за 2017 год стали Финляндия, Норвегия, Дания, Исландия и Швейцария. По сравнению с прошлым годом состав

пятерки лидеров не поменялся, но свои прежние места страны не сохранили. Россия находится на 59 месте, между Северным Кипром и Казахстаном.

Глобальный индекс человеческого капитала Global Human Capital Index World Economic Forum, 2017 г. [55]

В рамках рейтинга исследуется как страны развивают человеческий капитал по шкале от 0 (плохо) до 100 (хорошо) по четырем тематическим направлениям – мощность, развертывание, развитие и ноу-хау для пяти возрастных групп – 0-14, 15-24, 25-54, 55-64 и старше 65 лет. В 2017 году в рейтинге представлены 130 стран. Под мощностью понимается существующий уровень образования среди разных поколений. Развертывание – это накапливание и применение навыков на работе. Развитие отражает текущие усилия на обучение. Ноу-хау захватывает широту и глубину специализированных навыков, применяемых на работе. По итогам 2017 года наилучшие результаты по Глобальному индексу человеческого капитала показали Норвегия, Финляндия, Швейцария, США и Дания. РФ находится на 16 месте, между Бельгией и Японией.

Bloomberg Innovation Index, 2015 г. [56]

В 2015 году компания Блумберг оценила более 200 стран по степени инновационности. Понятие инновации включает в себя 6 основных компонентов:

- НИОКР – расходы на исследования и разработки относительно ВВП;
- производство – производство добавленной стоимости на душу населения;
- высокотехнологичные компании – доля национальных высокотехнологичных публичных компаний в аэрокосмической и оборонной промышленности, аппаратное и программное обеспечение, полупроводники, интернет и программное обеспечение и услуги, компании, занимающиеся возобновляемыми источниками энергии от мирового числа таких компаний;
- высшее образование – количество выпускников, получивших среднее образование, зачисленных в высшие учебные заведения, количество

работников со степенью, доля выпускников в науке и технике от числа работников и от общего числа выпускников, имеющих степень;

- численность персонала в исследованиях – работники, включаю докторов наук, задействованные в НИОКР, на 1 млн. человек населения;

- патенты – заявки на регистрацию коммунальных предприятий на 1 миллион населения и на 1 миллион долларов НИОКР.

В итоговый рейтинг вошли 69 стран, для которых есть информация о всех 6 компонентах понятия инновации. При анализе использовалась информация Блумберг, Международного Валютного фонда, Всемирного банка, OECD, организация ООН по образованию, науке и культуре.

Россия занимает 14 место в рейтинге, находясь между Австралией и Норвегией. На вершине списка - Южная Корея, Япония, Германия, Финляндия и Израиль.

Индекс человеческого развития ООН, рассчитанный применительно к российским регионам [57]

В Программе мер по развитию Российской Федерации, подготовленной ООН на 2008-2010 годы, в качестве основного индикатора качества жизни применялся индекс развития человеческого потенциала ИРЧП, являющийся интегральным показателем, состоящим из реального душевого дохода, средней прогнозируемой на момент рождения продолжительности жизни и уровня образования. Для расчета индекса используется та же методика, что и при международных сравнениях.

В «Докладе о человеческом развитии в Российской Федерации. Экологические приоритеты для России 2017» Аналитического центра при Правительстве РФ приведен рейтинг регионов за 2015 год. Самый высокий Индекс человеческого развития (ИЧР) зафиксирован в следующих регионах:

- Москва;
- Санкт-Петербург;
- Тюменская область;
- Республика Татарстан;

- Белгородская область;
- Республика Саха (Якутия);
- Томская область;
- Сахалинская область;
- Магаданская область;
- Республика Коми.

К числу недостатков этого рейтинга следует отнести отсутствие субъективной составляющей оценки качества жизни.

2.3 Оценка качества жизни в городах

Рейтинг городов по качеству жизни международной компании Mercer (Quality of living survey), 2018 г. [58]

Рейтинг городов разработан международной консалтинговой компанией в сфере человеческих ресурсов Mercer.

Mercer оценивает местные условия жизни в более чем 450 городах по всему миру. Условия жизни анализируются по 39 показателям, сгруппированными в 10 категорий:

- политическая и социальная среда (политическая стабильность, преступность, правоохранительная деятельность и т.д.);
- экономическая среда (валютные правила, банковские услуги);
- социально-культурная среда (доступность средств информации и цензура, ограничения свободы личности);
- медицина и охрана здоровья (медикаменты и услуги, инфекционные заболевания, сточные воды, удаление отходов, загрязнение воздуха и т.д.).
- школы и образование (стандарты и доступность международных школ);
- государственные услуги и транспорт (электричество, вода, общественный транспорт, пробки и т.д.);
- отдых (рестораны, театры, кинотеатры, спорт и отдых и т.д.);

- потребительские товары (наличие продуктов питания, товаров повседневного потребления, автомобилей и т.д.);
- жилье (аренда жилья, бытовая техника, мебель, техническое обслуживание);
- природная среда (климат, стихийные бедствия).

Оценки, приписываемые каждому фактору, взвешиваются с учетом их важности для экспатриантов и позволяют проводить объективные сопоставления между городами. Согласно исследования за 2018 год, Москва в рейтинге Mercer занимает 167-е место, Санкт-Петербург – 173 из 231 рассмотренного города мира. Лидерами среди городов мира по качеству жизни, согласно данному рейтингу, являются Вена, Цюрих и Окленд.

Рейтинг городов мира по качеству жизни Economist Intelligence Unit (World's Most Liveable Cities), 2017 г. [59]

Рейтинг качества городской жизни в 2017 году опубликован исследовательским центром The Economist Intelligence Unit, специализирующимся на предоставлении прогнозов и консультационных услуг. При расчете индекса World's Most Liveable Cities учитываются 30 показателей, по каждому из которых начисляются баллы от 1 до 100. Суммарная оценка для каждого города также формируется по 100-балльной шкале. Показатели сгруппированы в следующие контрольные группы:

- стабильность;
- здравоохранение;
- культура и окружающая среда;
- образование;
- инфраструктура.

Согласно рейтинга за 2017 год, к числу наиболее удобных для жизни городов относятся год Мельбурн, Вена, Ванкувер, Торонто и Калгари.

Индекс качества жизни в городах мира канадского журнала Monocle (Most Livable Cities Index), 2017 г.

Критериями ранжирования городов являются более 60 показателей, в том числе:

- безопасность, уровень преступности, эффективность полиции;
- транспортная доступность;
- климат, число солнечных дней в год;
- удобство города для жизни, качество архитектуры;
- развитие города, динамика городской среды;
- состояние общественного транспорта;
- толерантность населения;
- качество окружающей среды, доступ к природе;
- условия ведения бизнеса;
- качество медицинского обслуживания.

В 2017 году лучшими городами мира по версии данного рейтинга признаны Токио (в третий раз подряд), Вена, Берлин/Мюнхен и Мельбурн.

Рейтинг репутации городов (Anholt-GfK City Brands Index), 2017 г.60)

Данный рейтинг городов строится на основании данных социологических опросов, проводимых компанией GfK в 10 странах. В рейтинг входит 50 городов. Рейтинг строится на основании ответов респондентов относительно 6 направлений:

- международное положение и статус города;
- внешний вид города и транспорта;
- уровень общественного удобства и доступности жилья;
- дружелюбность, культурные разнообразие:
- возможности досуга;
- доступные экономические и образовательные возможности.

В 2017 году рейтинг возглавили Париж, Лондон, Сидней, Нью-Йорк и Лос-Анжелес.

Рейтинг City RepTrak международного института Reputation Institute, 2018 г. [61]

Для построения рейтинга City RepTrak в 2018 году были исследованы 56 городов. Опрос респондентов проводился в странах G8. В понятие репутации включаются эмоциональные и рациональные оценки таких сфер, как:

- прогрессивная экономика (бизнес среда, финансовая стабильность и экономически рост, товары и услуги, технологии, головные офисы ведущих компаний);
- эффективное правительство (хорошо развитые политические и юридические институты, социальная, экономическая политика, мероприятия по охране окружающей среды, разработанная система транспорта, коммуникаций, инфраструктура, безопасность, уважаемые лидеры);
- привлекательное окружение (красота города, известные личности).

В 2018 году Санкт-Петербург занял 43-е, а Москва – 56-е место в этом рейтинге. В первую пятерку входят Токио, Сидней, Копенгаген, Вена и Стокгольм.

Глобальный Индекс финансовых центров, 2017 г. [62]

Рейтинг конкурентоспособности финансовых центров рассчитывается компанией Z/Yen Group. Рейтинг строится на основе оценок финансовых центров мира, собранных путем анкетирования специалистов финансовых рынков. Используются также данные таких организаций, как Всемирный банк, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Economist Intelligence Unit, компании большой четверки. Информация обобщается по пяти направлениям:

- качество персонала, которого можно привлечь для работы;
- бизнес-среда – наличие партнеров для ведения бизнеса;
- доступ на рынок – возможности для совершения сделок;
- качество инфраструктуры для поддержки бизнеса;
- общая конкурентоспособность.

В рейтинге за 2017 год пятерка лидеров выглядит так: Лондон, Нью-Йорк, Гонг-Конг, Сингапур и Токио. Москва занимает 83-е место, Санкт-Петербург – 91-е.

Индекс качества городской среды, разрабатываемый Минстроем РФ, Единым институтом развития в жилищной сфере ДОМ.РФ и КБ «Стрелка» [63]

Система оценки состоит из 30 индикаторов, каждый из которых отвечает за определенный тип городского пространства и отображает степень качества среды по одному из критериев:

- жилье и прилегающие пространства;
- озелененные и водные пространства;
- уличная инфраструктура;
- социально-досуговая инфраструктура и прилегающие пространства;
- общественно-деловая инфраструктура;
- общегородское пространство.

Для того, чтобы не сравнивать несопоставимые города, не расставлять их по порядку в соответствии с размером и уровнем бюджета, все города распределены по размерно-климатическим группам:

- условно комфортная и комфортная;
- дискомфортная;
- экстремально дискомфортная;
- абсолютно дискомфортная.

Также города распределяются по численности населения:

- крупнейшие;
- крупные;
- большие;
- средние;
- малые 50-25 тыс. чел.;
- малые 20-5 тыс. чел.;
- малые до 5 тыс. чел.

Источниками данных являются: Федеральная служба государственной статистики, Интернет-источники, ГЛОНАСС и GPS, геоинформационные

системы, данные дистанционного зондирования Земли (космические снимки), фотографии из социальных сетей, открытые данные МВД России.

Так, среди крупнейших городов лидирует Москва, затем Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Казань и Екатеринбург.

Рейтинг 250 крупнейших городов России 2017 года по качеству жизни компании Domofond.ru [64]

Специалисты портала Domofond.ru провели масштабный опрос россиян и по его результатам составили рейтинг 250 крупнейших городов России. В опросе участвовало более 258 тысяч россиян. Они оценивали по 5-балльной шкале следующие утверждения:

Безопасность: «Я живу в безопасном районе и не боюсь идти домой в темное время суток»;

Чистота: «В моем районе чисто, мусор убирают своевременно»;

Экология: «В моем районе достаточно зелени и чистый свежий воздух»;

Общественный транспорт: «Меня устраивает работа общественного транспорта в моем районе»;

Магазины и рынки: «Я могу купить продукты и товары первой необходимости рядом с домом»;

Досуг и спорт: «В моем районе достаточно мест для отдыха, есть кафе, спортивные площадки и т. д.»;

Инфраструктура для детей: «В моем районе есть все необходимое для детей: игровая площадка, детский сад и поликлиника, школа и т. д.»;

Качество работы коммунальных служб: «Я доволен работой коммунальных служб»;

Соотношение стоимости и качества жизни: «Моего ежемесячного дохода достаточно для комфортного проживания; меня устраивает стоимость товаров в магазинах у дома, тарифы на коммунальные услуги и другие виды расходов».

Добрососедство: «Люди, с которыми я живу по соседству, в основном дружелюбные и вежливые».

В 2017 году лидерами рейтинга стали: Анапа, Грозный, Дубна, Сосновый бор, Геленджик, Ноябрьск и Северск, Долгопрудный и Ханты-Мансийск. Москва находится на 22 месте, Санкт-Петербург – на 29.

Конкурс «Самый благоустроенный город России», проводимый Министерством строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации – ежегодный конкурс, проводимый среди муниципальных образований РФ [65]

Конкурс проводится в 2 этапа по 6 категориям муниципальных образований:

- I категория - городские поселения (городские округа), являющиеся административными центрами (столицами) субъектов Российской Федерации;
- II категория - городские поселения (городские округа) с населением от 100 тыс. человек и более (в том числе внутригородские территории городов федерального значения Москвы и Санкт-Петербурга);
- III категория - городские поселения (городские округа) с населением до 100 тыс. человек (в том числе внутригородские территории городов федерального значения Москвы и Санкт-Петербурга);
- IV категория - сельские поселения с населением от 5 тыс. человек и более;
- V категория - сельские поселения с населением от 3 до 5 тыс. человек;
- VI категория - сельские поселения с населением до 3 тыс. человек.

Призеры конкурса награждаются дипломами Правительства Российской Федерации I, II и III степени. Победителями конкурса признаются города, которые добьются наивысших результатов по следующим направлениям:

- реализация государственных и муниципальных программ социально-экономического развития городов;
- выполнение объёмов жилищного и коммунального строительства;
- выполнение капитального и текущего ремонта жилых домов;
- благоустройство жилищного фонда (подключение к системам водоснабжения и канализации, газификация и другие виды благоустройства);

- установка в жилых и общественных зданиях приборов индивидуального потребления водоэнергоресурсов;

- строительство и капитальный ремонт городских автодорог и тротуаров, а также систем дождевой канализации;

- состояние транспортного обслуживания населения и безопасности дорожного движения;

- содержание в технически исправном состоянии городских инженерных сооружений;

- уровень обеспеченности населения зелёными насаждениями и качество озеленения городской территории;

- замена ветхих инженерных коммуникаций;

- приведение фасадов зданий в надлежащее состояние;

- сохранение историко-культурного и природного наследия;

- сокращение объёмов незавершенного строительства в жилищной и социальной сферах;

- архитектурно-композиционная завершенность и художественная выразительность городской застройки;

- обеспеченность владельцев индивидуальных машин благоустроенными стоянками и гаражами;

- надлежащее санитарное содержание городов;

- обеспечение экологической безопасности проживания населения;

- своевременность выполнения мероприятий по подготовке жилищного фонда и объектов коммунального хозяйства к работе в зимних условиях.

По итогам 2015 года победителями среди городов I категории стали Ставрополь, Уфа, Хабаровск и Красноярск, среди городов II категории - Октябрьский (Республика Башкортостан), Альметьевск (Республика Татарстан), Стерлитамак (Республика Башкортостан), Новороссийск (Краснодарский край), по городам III категории - Чистополь (Республика Татарстан), Строитель (Белгородская область), Туймазы (Республика Башкортостан), Сухиничи (Калужская область).

Среди сельских поселений IV категории 1-е место заняло Бриньковское (Красноярский край), 2-е место - Высокая Гора (Республика Татарстан), Актюбинский (Республика Татарстан), 3-е место - Трудоармейский (Кемеровская область), Верхнеяркеево (Республика Башкортостан); среди сельских поселений V категории 1-е место - Красная Горка (Республика Татарстан), 2-е место - Хвастовичи (Калужская область), 3-е место - Килинчи (Астраханская область), среди сельских поселений VI категории 1-е место - Преображеновский (Липецкая область), 2-е место - Кудринская (Калужская область); 3-е место - Краснознаменское (Воронежская область), Рощинский (Республика Башкортостан).

Рейтинг Коммерсант. Секрет фирмы «Лучшие города России» [66]

В рейтинге лучших городов России участвовали 149 из 162 городов и городских округов с населением более 100 тыс. человек. Для расчета итогового показателя были использованы 13 критериев, объединенных в пять индексов.

1. Композитный индекс человеческого капитала: покупательная способность (отношение годовой заработной платы к годовой стоимости потребительской корзины); число студентов на 10 тыс. жителей.

2. Композитный индекс социальной инфраструктуры: количество врачей на 10 тыс. человек; число дошкольников на место в детском саду; среднедушевая площадь жилья.

3. Композитный индекс капитального строительства: объем ввода нового жилья на одного жителя; среднедушевые инвестиции в основной капитал.

4. Композитный индекс производства и предпринимательства: число предприятий и организаций на 1 тыс. жителей; объемы выпуска товаров обрабатывающей промышленности в рублях на душу населения; среднедушевые налоговые доходы бюджета.

5. Композитный финансовый индекс: среднедушевые доходы городского бюджета, скорректированные на индекс бюджетных расходов;

доля трансфертов (без субвенций) в общих доходах бюджета; доля административных расходов в совокупных расходах бюджета.

В соответствии со значением каждого показателя в рамках индексов городу присваивался балл от 1 до 149. Каждый из пяти индексов вычислялся как среднее геометрическое из заработанных городом баллов. Итоговый индекс, определяющий место города в сотне лучших городов, вычислялся как среднее геометрическое по всем индексам.

По итогам 2014 года лучшими городами были признаны Калининград, Краснодар, Белгород, Домодедово и Иркутск. Москва и Санкт-Петербург рассматривались вне конкурса.

Рейтинг городов по качеству жизни журнала Русский репортер

В рейтинге была оценена ситуация в городах, население которых более 600 тыс. жителей, исследовали статистику их социально-экономического развития. Также исследовательский центр портала SuperJob.ru проводил опрос: почему жителям нравится или, наоборот, не нравится их город. Итоговый рейтинг основан на сумме статистических данных, отражающих качество жизни, с одной стороны, и народного доверия (как к городу в целом, так и к отдельным аспектам жизни) — с другой.

В 2017 году для оценки городов были использованы 10 параметров социально-экономического развития:

- среднемесячная зарплата (в руб.);
- общие бюджетные расходы (в руб. на 1 жителя);
- расходы на культуру и спорт (в рублях на 1 жителя);
- расходы на образование (в рублях на 1 жителя);
- расходы на транспорт и дороги (в рублях на 1 жителя);
- зарегистрированные преступления (на 1000 жителей);
- безработица (зарегистрированные безработные на бирже труда, в % от населения);
- строительство жилья (кв. м. на 1 жителя);
- оборот розничной торговли (тыс. руб. на 1 жителя);

- экологический рейтинг (в баллах от 0 до 100, согласно greenpatrol.ru).

В 2017 году лучшими городами стали: Краснодар, Тюмень, Ростов-на-Дону, Екатеринбург и Новосибирск.

Генеральный рейтинг привлекательности городской среды проживания (обитания) Российского союза инженеров за 2013 г. [67]

Для составления рейтинга используются официальные статистические данные по 71 показателю социально-экономического развития 2012 года. Они были сгруппированы в 13 индексов, отражающих основные направления социальной и экономической жизни городов России. В рейтинге исследовались города с численностью населения более 100 тысяч человек. Согласно данным рейтинга, наиболее привлекательными городами России являются (в порядке убывания):

- Москва;
- Санкт-Петербург;
- Краснодар;
- Подольск;
- Екатеринбург;
- Казань;
- Новосибирск;
- Красногорск;
- Балашиха;
- Одинцово.

Рейтинг эффективности губернаторов, рассчитываемый Фондом развития гражданского общества [68]

С определенным приближением измерителем качества жизни населения в российских регионах может быть Рейтинг эффективности работы губернаторов российских регионов, рассчитываемый Фондом развития гражданского общества. Данный рейтинг является интегральным исследованием на основе пяти тематических модулей. При рейтинговании губернаторов применяется шкала оценок от 1 до 100 баллов.

Первый модуль - базовый (играет определяющую роль в формировании конечного результата – максимум 75 баллов из 100 возможных). Он основан на результатах исследования Фонда «Общественное мнение» «Георейтинг» и экспертной оценке. В качестве социологических критериев первого модуля используются результаты ответов на следующие вопросы:

Если говорить в целом, Вы довольны или недовольны положением дел в нашей области (крае, республике, для Москвы и Санкт-Петербурга - городе)?

Как Вам кажется, в целом ситуация в нашей области (крае, республике, для Москвы и Санкт-Петербурга - городе) сейчас улучшается, ухудшается или практически не меняется?

Как Вы полагаете, нашей области (краю, республике, для Москвы и Санкт-Петербурга - городу) нужен новый глава или будет лучше, чтобы главой оставался нынешний руководитель?

Как Вы считаете, руководитель нашей области (края, республики, для Москвы и Санкт-Петербурга - города) работает на посту главы региона хорошо или плохо?

Второй модуль основан на данных о соотношении денежных доходов и расходов населения в конкретном регионе. Данные берутся из доклада «Социально-экономическое положение России» Федеральной службы государственной статистики РФ.

Третий модуль оценивает социально-экономическое положение субъектов РФ. Он основан на экспертной оценке следующих социально-экономических показателей регионов:

- объема валового регионального продукта (ВРП);
- объёма ВРП на душу населения;
- динамики уровня промышленного производства;
- уровня средней заработной платы.

Четвёртый модуль характеризует оценку экономической ситуации в субъектах РФ. Он основан на результатах исследования Фонда

«Общественное Мнение» «Георейтинг», с использованием ответов на следующие вопросы:

Как бы Вы сегодня оценили состояние экономики нашей области (края, республики, для Москвы и Санкт-Петербурга – города) – как хорошее, удовлетворительное или плохое?

Как Вы считаете, состояние экономики нашей области (края, республики, для Москвы и Санкт-Петербурга – города) – в настоящее время улучшается, ухудшается или не меняется?

Пятый модуль оценивает широкий спектр качественных и количественных показателей сообщений в СМИ о деятельности главы конкретного региона. Данные берутся из Индекса медиа-эффективности глав регионов Национальной службы мониторинга. Он построен на основе анализа более 300 000 информационных сообщений в более чем 500 федеральных и 8 000 региональных СМИ (ТВ, радио, пресса, информационные агентства и Интернет-СМИ).

По итогам четырнадцатого рейтинга, опубликованного 19 июня 2016 года, эффективнее всего управляются Тюменская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Калужская область, республика Татарстан и Чеченская республика.

Интегральный рейтинг ста крупнейших городов России (ТОП – 100), разработанный центром «Урбаника» совместно с Союзом архитекторов России

В основу рейтинга положены показатели, описывающие качество городской среды и стоимость жизни:

- обеспеченность жильем одного человека;
- наличие современных форматов розничной торговли;
- уровень загруженности городских дорог;
- уровень преступности;
- освещенность города;
- внешняя транспортная доступность;

- уровень городского благоустройства;
- степень благоприятности природных условий;
- уровень экологического загрязнения;
- возможность приобретения собственного жилья;
- возможность аренды однокомнатной квартиры;
- уровень расходов на потребление;
- уровень расходов на оплату ЖКХ;
- покупательская способность населения.

Лидерами рейтинга за 2013 год являются: Краснодар, Сургут, Екатеринбург, Южно-Сахалинск, Мурманск, Белгород, Воронеж, Магнитогорск, Уфа, Ростов-на-Дону.

Конкурс «Лучший город России» [69]

Конкурс проводится путем голосования на сайте проекта www.город-россии.рф. По итогам голосования в 2017 году лучшими стали: Пенза, Владикавказ, Владивосток, Курск, Нальчик, Тверь, Кострома, Чебоксары, Хабаровск и Улан-Удэ. Для голосования представлены административные центры регионов России. Однако, в рейтинге отсутствуют объективные показатели, характеризующие города. Недостатком такого рейтинга является его крайняя субъективность, вытекающая из различного уровня мобилизации населения различных городов для участия в голосовании.

Millennial Cities Ranking, 2017 г. [70]

В 2017 году агрегатором Netspick был составлен рейтинг 110 городов, наиболее подходящих для миллениалов.

Совокупная оценка города складывается из 4-х компонентов, которым присвоены разные веса. Показатели внутри каждого компонента ранжируются от 0 до 10, где 0 – низший показатель, а 10 – наивысший. Общий результат рассчитывается по формуле (3):

$$Оценка\ (i) = 10 \times ((x\ (i) - x\ (min)) / ((x\ (max) - x\ (min))) \quad (3)$$

где *x(i)* – значение показателя для города;

x(min) – минимальное значение показателя среди всех городов;

x(max) - максимальное значение показателя среди всех городов.

Компоненты оценки:

1. Бизнес экосистема с весом 0,25. В нее входят:

- оценка уровня безработицы по данным OECD, Евростата и Бюро труда США;
- количество стартапов по базе CrucnBase;
- оценка уровня туризма - общее количество туристов и число туристов на душу населения по данным Евростата, Евромонитора, ООН и WTO.

2. Предметы первой необходимости, с весом 0,30. Включают в себя:

- оценку жилья (средняя цена меблированных апартаментов площадью 39 кв.м. из Nestpick Furnished Apartment Rent Index);
- оценку стоимости продуктов питания, исходя из предположения, что дважды в неделю люди едят в недорогих ресторанах или кафе-киосках, по данным Numbeo и Expatistan;
- транспортную доступность, выраженную в протяженности линий метрополитена, сети трамваев и автобусов, доступность Uber и системы проката велосипедов;
- оценку состояния здоровья, которая включает в себя средний ожидаемый возраст при рождении, публикуемый ВОЗ;
- скорость Интернет-соединений;
- оценку университетов, входящих в рейтинг QS (Quacquarelli Symonds);
- доступность средств контрацепции по данным ООН.

3. Открытость с весом 0,25. Включает в себя:

- оценку гендерного равенства из Глобального доклада о гендерном разрыве Всемирного экономического форума;
- толерантность к иммиграции, измеряемую некоммерческой организацией The Social Progress Imperative в отчете Social Progress Index;

- личные свободы и право выбора, основанные на Social Progress Index;

- дружественность к ЛГБТ-сообществу по данным Gay Travel Index 2017, список лучших ЛГБТ-городов 2017 года.

4. Отдых, с весом 0,4. Составляющие:

- интенсивность ночной жизни в зависимости от времени открытия ночных клубов;

- пивной рэнкинг, основанный на стоимости 0,5 л пива, сваренного в этой стране, по данным Numbeo и Expatistan;

- количество ежегодных фестивалей.

По итогам 2017 года лучшими городами для миллениалов были признаны Берлин, Монреаль, Лондон, Амстердам и Торонто. Москва в рейтинге городов находится на 64 месте.

2.4 Система объективных и субъективных показателей и методика для оценки качества жизни населения в России

Как видно из приведенных примеров, качество жизни принято измерять как с точки зрения субъективной оценки человеком собственного бытия, так и с точки зрения объективных показателей. Такая комбинация представляется оптимальной для описания качества человеческого существования. С одной стороны, действительно, качество жизни – это, прежде всего, набор объективных показателей, описывающих существование человека с точки зрения материальных и нематериальных благ, которые он получает – объем потребления товаров и услуг (включая медицинское обслуживание, доступ к образованию и знаниям – в более широком смысле), продолжительность здоровой жизни, уровень безопасности и бесконфликтности окружающей социальной среды, участие в общественной жизни, возможности для социальной деятельности на благо общества и т.п. При этом объем материальных и нематериальных благ, получаемых человеком, а также общественная активность поддаются объективной оценке при помощи

количественных показателей – ВВП на душу населения, средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, доли населения с высшим образованием, оценок влияния населения на власть, данных населением в ходе социологических опросов и т.д.

С другой стороны, результирующим показателем повышения качества жизни при всех обстоятельствах является повышение удовлетворенности жизнью, которая и является результирующей более высокого уровня потребления товаров и услуг. При этом удовлетворенность жизнью – субъективный и относительный показатель, который может в силу разных обстоятельств показывать разные значения при одном и том же уровне потребления и других объективных показателей. Например, высокие стандарты потребления, распространенные в обществе, могут делать людей более требовательными к объему доступных товаров и услуг, что приводит к снижению уровня удовлетворенности жизнью. И наоборот: недостаточные требования к уровню потребления, низкое неравенство в обществе обеспечивают более высокий уровень удовлетворенности жизнью при ограниченных объективных показателях потребления.

Несмотря на эти недостатки, именно субъективные показатели (оценки) качества жизни являются основными индикаторами качества человеческого существования, так как в итоге все, в том числе и объективные составляющие качества жизни работают на одну цель – комфортность бытия, ощущение благополучия или «счастья». Именно поэтому при оценке качества жизни в российских городах мы делаем основной акцент на субъективные показатели, полученные при помощи социологических опросов.

Для того, чтобы отобрать основные составляющие качества жизни, имеющие приоритетное значение для населения, было проведено социологическое исследование, нацеленное на выделение ключевых составляющих стандарта потребления современных россиян. Исследование показало, что для жителей российских городов основное значение имеют следующие составляющие качества жизни (таблица 9).

Таблица 9 - Основные составляющие стандарта качества жизни российского населения по данным исследования, проведенного Финансовым университетом при Правительстве РФ

	Какие блага, по-вашему, должны быть доступны обычной российской семье?	Доля респондентов, назвавших данный вариант
1	Качественная медицина, включая платную медицину	11,7%
2	Качественное образование, включая платное образование	11,3%
3	Качественное жилье - собственный дом, квартира, удобный жилищный сервис	11,0%
4	Качественное, полноценное питание, включая питание вне дома	10,4%
5	Хорошая работа	8,7%
6	Современная бытовая техника (телевизор, холодильник, стиральная машина и т.д.)	7,6%
7	Путешествия, поездки на отдых по России и за границу	7,4%
8	Полноценный доступ к культурным ценностям (театры, книги, выставки и т.п.)	6,9%
9	Автомобиль, развитие общественного транспорта и возможность свободного передвижения	6,5%
10	Занятия спортом или любимым делом	6,4%
11	Возможность самому организовывать свою жизнь, свобода выбора	5,8%
12	Большое количество свободного времени	2,5%
13	Дорогая техника для отдыха и хобби – зеркальная фотокамера, например	2,2%
14	Помощь по дому (няня, домработница)	1,4%
15	Другое	0,1%

Как видно из таблицы 9, основные составляющие качества жизни, имеющие большое значение для населения, описывающие его с разных сторон и имеющие приоритетное значение для россиян это:

- состояние медицинской инфраструктуры, качество медицинского обслуживания;
- состояние системы образования;
- состояние жилья, объемы жилищного строительства в городе, а также работа системы ЖКХ – качество и быстрота обслуживания жилого фонда;
- хорошая работа, обеспечивающая уровень дохода, который будет достаточным для поддержания необходимого потребления продовольствия, а также прочих товаров и услуг;
- качество культурной среды (культурной инфраструктуры) в городе;

- способность приобрести автомобиль и пользоваться им, что подразумевает хорошее состояние дорожного хозяйства – городских дорог, работа общественного транспорта, работа Госавтоинспекции.

Исследования также показывают, что большое значение для восприятия населением качества жизни в городах имеет качество отношений с местными властями – возможность влиять на них, а также ощущение того, что городские власти достаточно делают для благополучия города. Большое значение для восприятия и оценки качества жизни имеет уровень коррупции в городе в сфере общественно значимых социальных услуг.

Интегральным показателем, описывающим качество жизни россиян, является также восприятие своего города как места, удобного для жизни. Важным показателем качества жизни в городе является также миграционный прирост населения – жители городов «голосуют ногами» за более высокое качество жизни и перемещаются туда, где оно выше. Соответственно, значительное положительное сальдо миграции говорит о высоком качестве жизни в регионе, а отток населения – о его низком уровне.

На основании этого был сформулирован перечень показателей, необходимых для оценки качества жизни населения:

- доля тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что в родном городе можно получить хорошее, современное образование;
- доля тех, кто полностью или в основном доволен состоянием своего дома;
- доля тех, кто полностью или в основном доволен благоустройством своего города;
- доля тех, кто полностью или в основном доволен работой жилищно-коммунальных служб - сроками, качеством обслуживания жилья;
- доля тех, кто считает, что в родном городе строится достаточное количество жилья;
- самооценка уровня дохода – доля тех, кому денег хватает не менее чем на новый автомобиль;

- доля тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что в родном городе достаточно учреждений культуры (театры, кинотеатры, галереи, библиотеки);

- доля тех, кто оценивает состояние автомобильных дорог в своем городе как хорошее и очень хорошее;

- доля тех, кто оценивает работу общественного транспорта в своем городе как хорошую и очень хорошую;

- доля тех, кто оценивает работу Госавтоинспекции в своем городе как хорошую и очень хорошую;

- доля тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что местные власти много делают для благополучия жителей родного города;

- доля тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что жители родного города могут сильно влиять на городскую власть;

- доля тех, кому не приходилось за последний год давать взятки;

- доля тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что родной город удобен для жизни;

- баланс миграции городов.

2.5 Оценка качества жизни населения России

Для сбора необходимой социологической информации в ходе исследования настроений населения респондентам из крупных и средних российских городов с населением более 500 тыс. человек, а также Севастополя и Грозного, задавались следующие вопросы:

- Согласны ли вы с тем, что в вашем городе можно получить хорошее, современное образование?

- Довольны ли вы состоянием дома, в котором вы живете?

- Довольны ли вы благоустройством вашего города?

- Довольны ли вы работой жилищно-коммунальных служб - сроками, качеством обслуживания жилья?

- Считаете ли вы достаточным объем жилищного строительства в вашем городе?

- Оцените пожалуйста собственный уровень дохода.

- Согласны ли вы с тем, что в вашем городе достаточно учреждений культуры (театры, кинотеатры, галереи, библиотеки)?

- Как Вы оцениваете состояние автомобильных дорог в вашем городе?

- Как Вы оцениваете работу общественного транспорта в вашем городе?

- Как Вы оцениваете работу сотрудников ГИБДД в вашем городе?

- Согласны ли вы с тем, что местные власти много делают для благополучия жителей вашего города?

- Согласны ли вы с тем, что жители вашего города могут сильно влиять на городскую власть?

- Приходилось ли Вам за последний год давать взятки? И если да, то кому?

- Согласны ли вы с тем, что ваш город удобен для жизни?

Данные, полученные по результатам опросов, по городам, где проводилось исследование, приведены в приложении Б. Для расчета Индекса качества жизни населения по городам России приведенные выше данные сгруппированы в следующие суб-индексы:

- качество медицинского обслуживания – методика его расчетов представлена в разделе 1;

- уровень образования и качество культурной среды – он рассчитывается на основании доли тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что в родном городе можно получить хорошее, современное образование, а также доли тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что в родном городе достаточно учреждений культуры;

- уровень дохода – определяется на основании самооценки уровня дохода по городам;

- жилой фонд и жилищное строительство – определяется на основании доли тех, кто полностью или в основном доволен состоянием своего дома, благоустройством своего города, работой жилищно-коммунальных служб -

сроками, качеством обслуживания жилья, а также доли тех, кто считает, что в родном городе строится достаточное количество жилья;

- работа городских властей – определяется на основании доли тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что местные власти много делают для благополучия жителей родного города, жители родного города могут сильно влиять на городскую власть, а также доли тех, кому не приходилось за последний год давать взятки;

- удобство города для жизни – рассчитывается на основании доли тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что родной город удобен для жизни;

- дороги – рассчитывается на основании долей тех, кто оценивает, как хорошее и очень хорошее состояние автомобильных дорог, работу общественного транспорта, а также работу Госавтоинспекции;

- баланс миграции (рассчитывается на основании аналогичного показателя, определяемого на основании данных Росстата).

Как видно из приложения Б, показатели, используемые для расчета Индекса качества жизни, носят разнородный характер. Для их приведения к сравнимым величинам используется процедура нормирования, осуществляемая в соответствии с формулой (3). Итоговый Индекс качества жизни в городах России рассчитывается как среднее значение по приведенным выше суб-индексам и далее нормируется по той же, приведенной выше методике. Результаты расчета суб-индексов качества жизни населения крупных и средних городов, а также итогового Индекса качества жизни населения приведены в приложении Б. Из него видно, что лидерами качества жизни среди крупных и средних российских городов являются Тюмень, Москва, Грозный, Санкт-Петербург, Казань, Екатеринбург, Уфа, Краснодар, Красноярск и Хабаровск.

Выводы.

Приведены современные международные подходы к оцениванию качества жизни населения. Создан набор объективных и субъективных показателей, описывающих качество жизни населения российских городов.

Разработана методика комплексной оценки качества жизни с учетом данных относительно качества медицинского обслуживания, состояния городского хозяйства, миграции населения, самооценки уровня дохода и прочих показателей. Построен рейтинг качества жизни населения в крупных и средних российских городах.

3 Анализ влияния уровня медицинского обслуживания на восприятие населением качества своей жизни в России и за рубежом

3.1 Области применения оценок «стоимости» жизни человека

В социально-экономических исследованиях сегодня довольно широко применяется термин «стоимость жизни среднестатистического человека» или коротко – «стоимость жизни» (value of statistical life, VSL) [71 - 82].

Исследования по теме стоимости человеческой жизни начались в США после II мировой войны в связи с бюджетированием военных операций – для оценки потенциальных возмещений в связи с возможными людскими потерями, впоследствии полученные оценки стали использоваться и в мирных областях человеческой деятельности. «Стоимость» среднестатистической человеческой жизни (ССЖ) – условная экономическая величина, используемая при решении различных социально значимых задач. К ним относятся:

- оценка качества жизни по странам мира и по различным территориям – считается, что «стоимость» человеческой жизни прямо связана с качеством жизни людей (чем выше качество жизни, тем больше ее «стоимость»);
- обеспечение свободы потребительского выбора - считается, что в современном обществе должен иметь возможность выбирать более или менее безопасные товары, принимая на себя ответственность за результаты своего выбора – а для этого необходимо понимать возможный размер потерь;
- планирование социальной политики, например – бюджетирование здравоохранения с целью снижения преждевременной смертности из-за недостаточной или неквалифицированной медицинской помощи;
- реализация различных экологических мероприятий, направленных на снижение смертности из-за загрязнения природной среды и повышение продолжительности жизни населения страны [83];

- планирование мероприятий по снижению смертности на производстве или на транспорте;

- проектирование безопасных промышленных объектов, автомобилей, самолетов и другой потенциально опасной техники;

- определение размеров материального возмещения семьям погибших и пострадавших в различных чрезвычайных ситуациях (ЧС) природного и техногенного характера, при промышленных авариях, на транспорте или при выполнении служебных обязанностей (если говорить о травмировании человека, то основной интерес представляет размер компенсации при полной потере трудоспособности – «стоимость» инвалидности);

- формирование резервов в бюджетах территориальных органов власти и на национальном уровне с целью компенсации ущерба от различных ЧС;

- планирование страховой защиты предприятий, определение лимитов ответственности для компенсации ущербов, нанесенных персоналу и третьим лицам в результате ЧС, и, как следствие – определение стоимости страховой защиты имущественных интересов предприятий;

- формирование продуктов страховых компаний, определение страховых сумм, соответствующих моральному и материальному ущербу, нанесенному пострадавшим и семьям погибших в результате ЧС, а также ряд других задач.

Таким образом, под «стоимостью жизни» как правило понимается:

- сумма, необходимая для избегания преждевременной смерти человека, предотвращения гибели или травмирования людей из-за различных ЧС на производстве, на транспорте, а также при выполнении служебных обязанностей;

- размер возмещения в связи с гибелью или травмированием человека на производстве, в ДТП, при исполнении служебных обязанностей, в чрезвычайных ситуациях (ЧС) природного или техногенного характера, которая должна компенсировать моральные страдания и материальные потери пострадавшего и его семьи.

Наиболее важной с точки зрения решения социально-экономических проблем является величина стоимости человеческой жизни как размера компенсации семье погибшего в связи с гибелью человека при ЧС различного характера. Расчетные значения компенсации в связи с гибелью человека могут использоваться как по прямому назначению, для определения выплат семьям погибших, так и для различных технико-экономических расчетов, связанных с планированием социальной политики или при проектировании технических систем. Во втором случае они представляют собой составной элемент верхнего ограничения по стоимости мероприятий, направленных на сохранение человеческой жизни. Экономически оправданы все мероприятия по повышению безопасности, чья «стоимость» меньше, чем произведение числа спасенных жизней на «стоимость» жизни (и стоимость мероприятий, и «стоимость» спасенных жизней при этом должны быть очевидно сопоставимы, их стоимость необходимо привести к одному временному периоду). При этом мероприятия в части повышения безопасности как правило сравниваются не со стоимостью человеческой жизни, а с комплексной оценкой ущерба от ЧС, включающей в себя дополнительные составляющие. Так, комплексная оценка стоимости ДТП может содержать:

- комплексные расходы на компенсацию стоимости жизни (в случае наличия погибших) или компенсацию снижения стоимости жизни из-за травм;
- медицинские расходы на лечение пострадавших, включая «стоимость» вызова экстренных медицинских служб на место ДТП;
- экономические потери из-за гибели людей или временной нетрудоспособности пострадавших;
- юридические расходы на урегулирование последствий ДТП;
- материальные потери из-за повреждения автомобилей и гибели другого имущества.

Средняя стоимость ДТП с тяжелыми последствиями может достигать нескольких миллионов долларов США, причем в авариях со смертельным

исходом основная часть возмещения (около 90%) приходится на компенсацию стоимости потерянных жизни и здоровья [84 -86].

3.2 Основные подходы к оценке «стоимости» человеческой жизни, используемые в мире и в России

Для расчета стоимости жизни как размера компенсации в связи с гибелью человека могут использоваться подходы, основанные на:

- готовности людей платить за избежание риска смерти – эта методика на сегодня в мире является наиболее употребительной;
- соотношении риска смерти и надбавок к заработной плате сотрудников, занятых на опасных производствах или выполняющих опасные функции (шахтеры, пожарные, полиция);
- потерях общества и отдельного домохозяйства из-за преждевременной смерти человека;
- размерах судебных выплат в связи с гибелью и травмированием человека при наступлении различных ЧС;
- суммах потенциальных возмещений, указанных в полисах страхования жизни;
- суммах возмещений, указанных в российском законодательстве и иных нормативных актах;
- готовности общества компенсировать семьям погибших моральный и материальный ущерб, связанный со смертью человека в результате различных ЧС;
- оценках морального и материального ущерба, нанесенного домохозяйствам гибелью близкого человека.

Сегодня в мире при оценке стоимости человеческой жизни чаще всего используются методики, основанные на готовности платить за предотвращение смертельных рисков. При оценке стоимости жизни согласно этому подходу анализируется готовность людей платить за более безопасную

технику или лекарства, снимающие риск серьезного заболевания. Классическим примером здесь являются одинаковые автомобили, один из которых оснащен подушкой безопасности, а другой – нет. Отношение предельной дополнительной цены, которую люди готовы платить за более безопасный автомобиль, к снижению риска погибнуть за время эксплуатации машины представляет собой оценку стоимости человеческой жизни.

Аналогичным образом для оценки стоимости человеческой жизни можно использовать готовность приобретать системы пожарной безопасности для частных домов или готовность платить за сигнализацию для предотвращения внешних проникновений в жилье. Оценка стоимости человеческой жизни определяется на основании соотношения стоимости охранных систем и снижения риска погибнуть в пожаре или при ограблении.

Готовность платить за избежание риска смерти можно замерить и с использованием социологических методов. В ходе социологических опросов респондентов спрашивают, например, какую годовую сумму они готовы платить за лекарство, полностью снимающее риск какой-либо серьезной болезни. «стоимость» человеческой жизни рассчитывается как отношение средней величины приемлемой стоимости лекарства к годовому риску умереть от заболевания.

В рамках второго подхода при определении стоимости жизни рассчитывается годовая надбавка к заработной плате сотрудников на опасных производствах, по сравнению с людьми, занятыми похожим трудом, но в менее рискованных условиях. Далее для этих двух групп определяется разница между размерами годового риска погибнуть на производстве или при выполнении своих обязанностей. С определенным приближением отношение разницы в годовой зарплате к разнице в вероятности погибнуть и будет оценкой стоимости человеческой жизни. Указанные подходы дают оценку «стоимости» человеческой жизни в размере от 7 до 37 млн. долл., Министерство транспорта США исходя из полученных оценок рекомендует значение «стоимости» жизни в размере 9,6 млн. долл. по состоянию на 2016

год [87]. С другой стороны, в Бангладеш, например, «стоимость» человеческой жизни составляет 5,2 тыс. долл. [88].

3.3 Оценка материальных потерь для общества или домохозяйства из-за преждевременной гибели человека

Для оценки базовой, минимальной оценки «стоимости» человеческой жизни можно использовать размер материального ущерба, нанесенного обществу в целом и близким гибелью человека. С общей экономической точки зрения «стоимость человеческой жизни» – это суммарные потери произведенного ВВП из-за гибели среднестатистического человека при ЧС различного характера. Величина рассчитывается по следующей формуле:

$$ССЖ = \sum_{i=k}^{n} ДВВП_i \qquad (4)$$

где *ССЖ* – «стоимость» среднестатистической жизни человека;

$ДВВП_i$ – прогнозное значение размера душевого *ВВП* в *i*-тый год в постоянных ценах (с исключением инфляции);

k –первый год после преждевременной смерти человека;

n –год ожидаемой «естественной» смерти человека при условии, что он прожил бы число лет, соответствующее средней ожидаемой продолжительности жизни населения (либо в среднем, либо с учетом пола), при этом разница *n*-*k* представляет собой число лет жизни, «потерянной» в результате преждевременной гибели человека.

Согласно формуле (4), зная возраст конкретного человека в момент его гибели, можно оценить потери общества из-за его преждевременной смерти. Можно также оценить среднюю «стоимость» человеческой жизни – средние

потери общества из-за гибели среднестатистического человека. При этом k – год, следующий за нынешним, а величина n рассчитывается как:

$$n = k + \alpha - \beta \quad (5)$$

где α – средняя ожидаемая продолжительность жизни человека на сегодняшний день;

β –средний возраст населения страны на сегодняшний день.

Расчеты, выполненные в соответствии с данным подходом, дают оценку стоимости человеческой жизни по состоянию на 2017 год в размере 31,7 млн. рублей или 546 тыс. долл. США (в ценах 2017 года). При этом в расчетах использовано предположение о росте душевого ВВП России после 2018 года в среднем на 2,5% в реальном исчислении.

Стоимость жизни человека может быть рассчитана также как эквивалент размера убытков, которые понесла пострадавшая сторона (в данном случае семья, родственники погибшего) в связи со смертью человека. При этом размер убытков может быть рассчитан как применительно к смерти конкретного человека (с учетом его индивидуальных особенностей, прежде всего – возраста и уровня дохода), так и в общем, без привязки к индивидуальным особенностям умершего.

При оценке «стоимости» жизни человека как размера денежных потерь домохозяйства из-за гибели человека необходимо использовать ожидаемый размер дохода за вычетом расходов на собственное потребление за число лет, равное разнице между средней ожидаемой продолжительностью жизни человека (либо в среднем, либо с учетом пола пострадавшего) и возрастом человека в момент его гибели. Доход и собственное потребление за будущие периоды рассчитываются на основании сегодняшних значений с учетом прогноза роста показателей в реальном исчислении, а также ожидаемого уровня инфляции. В общем случае они могут быть приняты равными

среднедушевому доходу и прожиточному минимуму. Полученный доход дисконтируется с учетом ожидаемой доходности инвестиционных инструментов, доступных получателям возмещения – например, рублевых депозитов в крупных российских банках, а также ожидаемого уровня инфляции. Возможен и более точный подход, основанный на более полном учете структуры доходов погибшего – заработной платы, доходов от собственности, бизнеса, пособий, пенсии и т.п.

Итоговая оценка материального ущерба от гибели человека при ЧС в общем случае рассчитывается по следующей формуле:

$$ССЖ = \sum_{i=k}^{n} (Д_i - СП_i) / (ДХ_i / И_i) \qquad (6)$$

где *ССЖ* – «стоимость» среднестатистической жизни человека, выплачиваемая семье погибшего единовременно;

$Д_i$ – прогнозное значение размера среднего душевого дохода в *i*-том году;

$СП_i$ – прогнозное значение размера среднего душевого личного потребления в *i*-том году, в общем случае – средний прожиточный минимум,

k –первый год после преждевременной смерти человека;

n –год ожидаемой «естественной» смерти человека при условии, что он прожил бы число лет, соответствующее средней ожидаемой продолжительности жизни населения;

$ДХ_i$ – накопленная доходность инвестирования полученного разового возмещения в связи с гибелью человека от года *k* до года *i*;

$И_i$ – накопленная инфляция от года *k* до года *i*.

С учетом более полного учета структуры доходов случае рассчитывается по следующей формуле:

$$ССЖ = \sum_{i=k}^{n} (ЗП_i - ПМР_i) / (ДХ_i / И_i) + \sum_{i=n+1}^{m} (П_i - ПМП_i) / (ДХ_i / И_i) \quad (7)$$

где *ССЖ* – «стоимость» среднестатистической жизни человека, выплачиваемая семье погибшего одним платежом;

$ЗП_i$ – прогнозное значение размера средней заработной платы в *i*-том году, $ПМР_i$ – прогнозное значение размера прожиточного минимума трудоспособного населения в *i*-том году;

$П_i$ - прогнозное значение размера средней пенсии в *i*-том году;

$ПМП_i$ - прогнозное значение размера прожиточного минимума пенсионера в *i*-том году;

k –первый год после преждевременной смерти человека;

n –год ожидаемого выхода на пенсию при условии, что погибший прожил бы число лет, соответствующее средней ожидаемой продолжительности жизни населения;

m -год ожидаемой «естественной» смерти человека при условии, что он прожил бы число лет, соответствующее средней ожидаемой продолжительности жизни населения;

$ДХ_i$ – накопленная доходность инвестирования полученного разового возмещения в связи с гибелью человека от года *k* до года *i*;

$И_i$ – накопленная инфляция от года *k* до года *i*.

Расчеты, проведенные по формулам (6) и (7) показали, что оценки «стоимости» человеческой жизни как денежных потерь домохозяйства от гибели среднестатистического человека составляют соответственно 22,5 и 13,2 млн. рублей в ценах 2017 года.

Однако величина материального ущерба от гибели человека в результате ЧС, рассчитанного по формулам (6) и (7), может использоваться исключительно как справочная величина, означающая минимальный размер возмещения, соответствующий его материальной составляющей. Она не

учитывает морального ущерба, нанесенного семье преждевременной смертью близкого человека.

Не входит в размер «стоимости» человеческой жизни и величина не денежного вклада в благополучие домохозяйства (уход за детьми, работа по дому и т.п.), выпадающая в случае преждевременной гибели человека, и замещать которую придется в дальнейшем за счет приобретения соответствующих рыночных услуг – что очевидно также потребует дополнительных расходов.

К тому же надо учитывать, что приведенные выше оценки сделаны для средних условий, а применительно к более молодым и высокооплачиваемым россиянам они могут быть значительно выше.

3.4 Судебные решения, страховые суммы, законодательство и подзаконные акты как основа для оценки «стоимости» человеческой жизни

Анализ судебной практики в связи с возмещением морального и материального ущерба, вызванного гибелью людей в результате преступлений, в ДТП, на производстве, а также в ЧС природного и техногенного характера, показывает большой разброс выплат семьям пострадавших. Как правило, судебные выплаты в связи с гибелью людей находятся в интервале от 0,5 до 2,5 млн. рублей, хотя встречаются и гораздо более низкие возмещения [89]. Особенно незначительно российские суды оценивают моральный ущерб семьям погибших, достаточно часто вовсе отказывая истцам в его возмещении. Вообще максимальная сумма возмещения морального вреда в России составила 15 млн. рублей (дело «Разина против 1-го Меда»), однако такая крупная выплата остается единичной [90]. При этом в экономически развитых странах размеры возмещения ущерба в связи с гибелью людей из-за различных ошибок могут достигать десятков миллионов долларов [91].

Определенный интерес при оценке «стоимости» человеческой жизни имеют суммы максимального возмещения ущерба, содержащиеся в полисах страхования жизни (т.н. «страховые суммы»). С определенным приближением они могут служить ориентиром для понимания того, во что россияне ценят собственную жизнь. По данным Центрального банка за 2017 год средняя страховая сумма по полисам страхования жизни, заключенным физическими лицами со страховыми компаниями, составляет 435 тыс. рублей.

Федеральный закон от 14 июня 2012 года № 67-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности перевозчика за причинение вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров и о порядке возмещения такого вреда, причиненного при перевозках пассажиров метрополитеном» регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного страхования гражданской ответственности перевозчика за причинение при перевозках вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров (далее также - обязательное страхование), определяет правовые, экономические и организационные основы этого вида обязательного страхования, а также регулирует отношения, возникающие в связи с возмещением вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров, причиненного при их перевозках метрополитеном. В законе установлены компенсации в размере 2 млн. 25 тыс. рублей на случай гибели пассажиров во время перевозки в результате ЧС вне зависимости от наличия вины перевозчика.

Федеральный закон от 25.04.2002 № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» назначает лимит ответственности автовладельца в связи с гибелью пострадавшего в размере 500 тысяч рублей на случай гибели человека в результате ДТП.

Федеральный закон от 27.07.2010 № 225-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельца опасного объекта за причинение вреда в результате аварии на опасном объекте» – лимит

ответственности владельца опасного объекта в связи с гибелью пострадавшего составляет 2 млн. рублей и 25 тыс. руб. на погребение погибшего.

«Воздушный кодекс Российской Федерации» от 19.03.1997 № 60-ФЗ устанавливает компенсации семьям погибших в размере 2 млн. рублей. Важно отметить, что Воздушный кодекс является документом, раньше других реагирующим на тенденции в изменениях практики выплаты возмещений в связи с гибелью человека в результате ЧС на транспорте. Причина здесь в широком распространении трансграничных авиаперелетов, которые заставляют авиаперевозчиков быстрее и полнее адаптировать международную практику страхования ответственности за гибель пассажиров и третьих лиц к российским условиям.

В апреле 2017 года Россия присоединилась к так называемой Монреальской конвенции [92] - Конвенции для унификации некоторых правил международных воздушных перевозок от 28 мая 1999 года, которая устанавливает новые более жесткие правила ответственности авиаперевозчиков в том числе и за гибель авиапассажиров в результате различных ЧС. В августе 2017 года Конвенция вступила в силу на территории России в части выплаты компенсации пассажирам международных рейсов. Согласно требованиям Монреальской конвенции, страховая сумма на каждого авиапассажира определяется в размере 113100 СПЗ (специальных прав заимствования) - примерно 131,6 тыс. евро или около 9,2 млн. рублей по курсу на начало 2018 года на каждого пассажира, в этих пределах перевозчик не может исключать или ограничивать свою ответственность в случае гибели пассажира. Кроме того, перевозчик может нести ответственность перед каждым пассажиром в размере, превышающем 113100 СПЗ, в тех случаях, когда сам авиаперевозчик не докажет отсутствие своей небрежности или другого неправильного действия или бездействия, либо наличие исключительно небрежности или другого неправильного действия или бездействия третьей стороны, способствовавших причинению вреда.

В случае возникновения чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, а также в случае террористических актов выделение компенсации в связи с гибелью человека определяется Постановлением Правительства РФ от 13 октября 2008 г. № 750 «О порядке выделения бюджетных ассигнований из резервного фонда Правительства Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и последствий стихийных бедствий». В соответствии с ним устанавливается единовременное денежное пособие членам семей (супруге (супругу), детям, родителям и лицам, находившимся на иждивении) граждан, погибших (умерших) в результате чрезвычайной ситуации или террористического акта, в размере 1 млн. рублей на каждого погибшего (умершего) в равных долях каждому члену семьи. Однако на практике эта сумма может оказаться гораздо большей. Так, например, семьи погибших в пожаре в кемеровском ТЦ «Зимняя вишня» было выплачено по 5 млн. рублей. Источниками финансирования выплат были средства федерального и регионального бюджетов, собственника ТЦ и пожертвования, собранные населением [93].

Согласно Федерального закона № 306-ФЗ «О денежном довольствии военнослужащих и предоставлении им отдельных выплат№ от 7 ноября 2011 года семьям погибших военнослужащих выплачивается возмещение в размере 3 млн. рублей, в случае инвалидности – 2 млн. рублей военнослужащему-контрактнику и 1 млн. рублей - военнослужащему, проходящему военную службу по призыву, или гражданину, призванному на военные сборы. С момента принятия данного закона суммы возмещения неоднократно индексировались. Кроме того, помимо основного страхового возмещения Министерство обороны выплачивает семьям погибших дополнительные пособия. В итоге величина выплаты семьям военных, погибших при исполнении служебных обязанностей, намного превышает указанные суммы.

Так, семьям летчиков, погибших в Сирии в мае 2018 года, назначено возмещение в размере по 6,4 млн. рублей за погибшего [94, 95]. В дополнение к этой сумме 1 млн. руб. выплатило семье погибшего летчика правительство

Белгородской области [96]. Похожие оценки распространяются и на страхование лиц, выполняющих служебные обязанности в опасных условиях, например – полицейских и пожарных. Так, ФЗ от 07.02.2011 № 3-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О полиции» устанавливает размер возмещения в связи с гибелью сотрудника в размере 3 млн. рублей.

3.5 Оценка готовности общества компенсировать моральный и материальный ущерб семьям погибших

Большой интерес представляют данные об оценке «стоимости» жизни, полученные на основании опросов населения. В ходе социологических исследований респонденты определяют размер выплаты, которую они считают достаточным и справедливым возмещением семье человека, погибшего на транспорте, на производстве или в других ЧС. Последние исследования, проведенные в декабре 2017 – январе 2018 гг. Финансовым университетом, показывают, что сегодня россияне считают справедливой сумму возмещения в связи с гибелью человека в размере 5,2 млн. рублей. Медианное значение «стоимости» человеческой жизни по мнению россиян значительно меньше – 1,4 млн. рублей (рисунок 2).

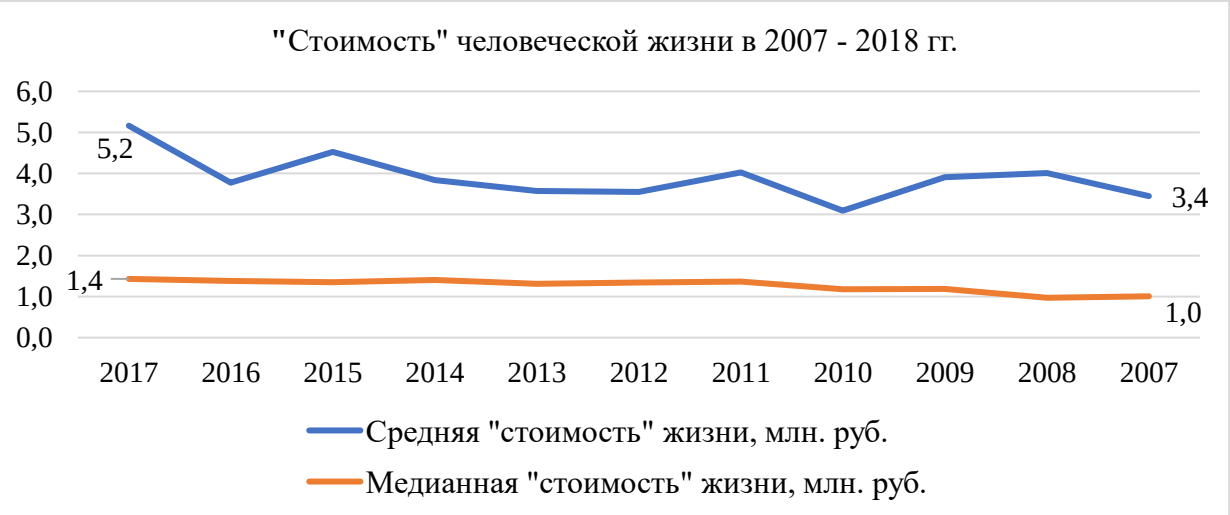


Рисунок 2 - Оценка «стоимости» человеческой жизни на основании данных социологических опросов Финансового университета

Определенный интерес представляют сделанные россиянами оценки относительно «стоимости» инвалидности – справедливого и достойного возмещения в связи с потерей трудоспособности. Здесь возмещения, названные респондентами в ходе социологических исследований, несколько ниже, чем «стоимость» жизни – 4,2 млн. руб. среднее и 1,2 млн. руб. медианное значение (рисунок 3).

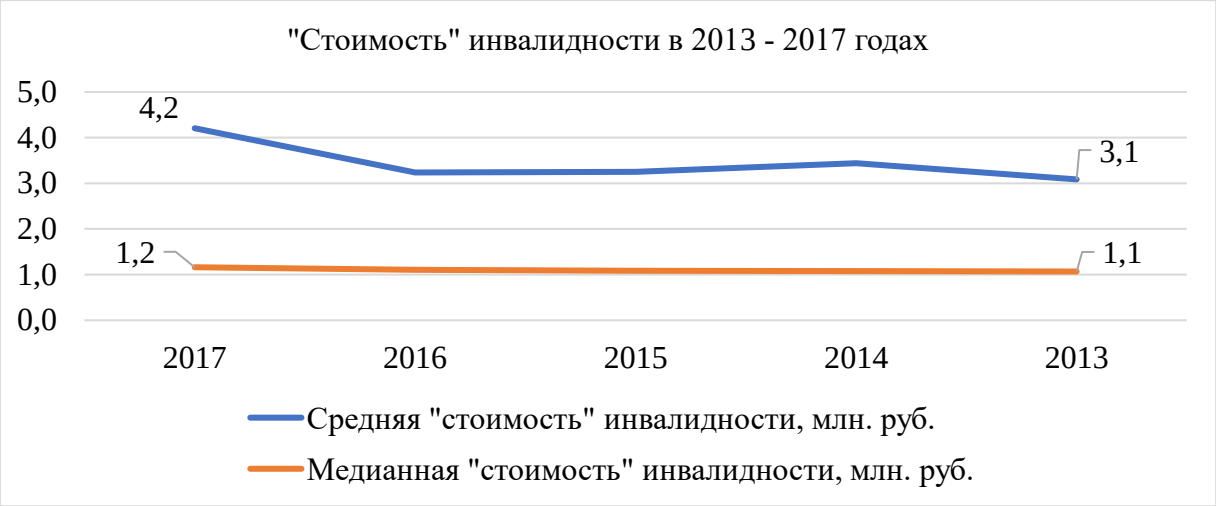


Рисунок 3 - «Стоимость» инвалидности на основании данных социологических опросов Финансового университета

Данные по медианной «стоимости» жизни и инвалидности по социально-демографическим группам и по отдельным городам по данным исследований, проведенных в 2017 году, приведены в приложении В.

3.6 Оценка «стоимости» человеческой жизни с учетом морального и материального ущерба по странам мира

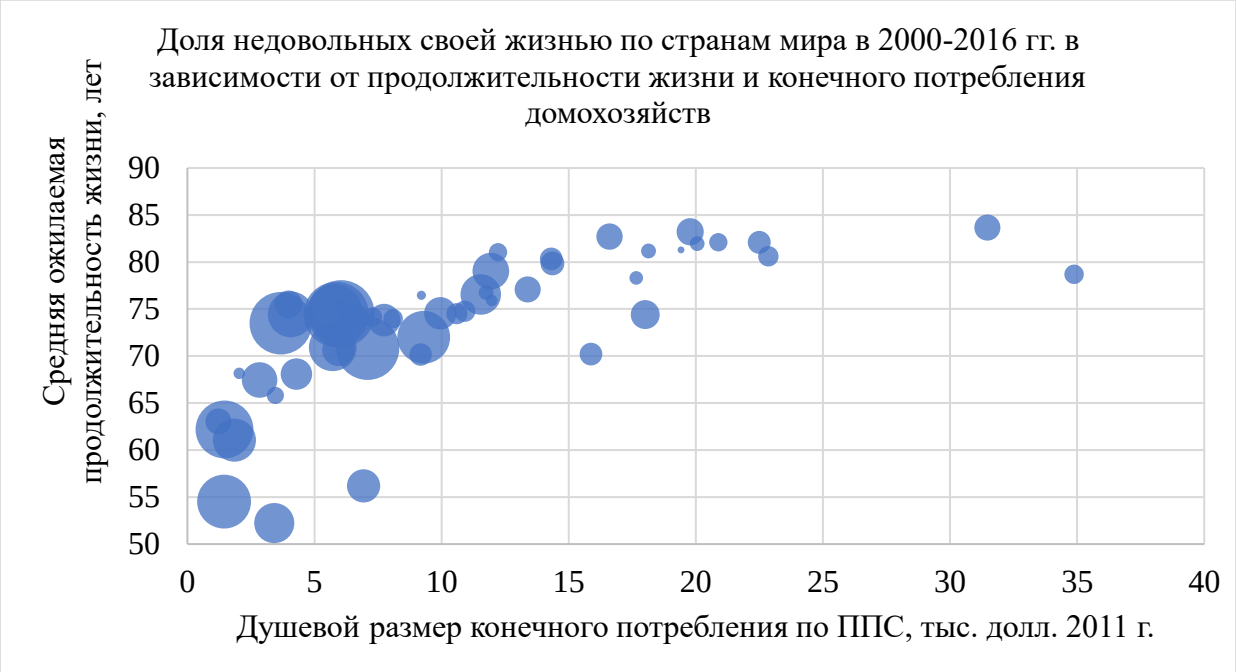
При оценке «стоимости» человеческой жизни необходимо исходить из того, что компенсация, выплачиваемая в случае нанесения ущерба жизни и здоровью человека в результате ЧС, должна обеспечивать восстановление прежнего качества жизни пострадавшего и/или членов его семьи, которое для них была характерно до наступления чрезвычайной ситуации, ущерб от которой и необходимо компенсировать. Очень часто полное восстановление

качества жизни, предшествующего ЧС, представляется невозможным, однако мы по возможности должны максимально приблизиться к нему за счет предоставления соответствующей компенсации, которая не обязательно должна иметь денежное выражение. В данном случае мерилом качества жизни является удовлетворенность людей своим существованием до и после наступления ЧС. Повысить ее можно, например, предоставив пострадавшим возможность заниматься благотворительностью или иной общественно полезной деятельностью. Однако в общем случае компенсация понесенного материального и морального ущерба должна иметь денежное выражение. Пострадавшие, которые получат данную компенсацию, могут направить ее или на увеличение собственного потребления, или на благотворительность или иные цели.

Любая преждевременная смерть, вне зависимости от причин, является источником страданий близких умершего человека. В рамках данной методики задача оценки «стоимости» человеческой жизни – справедливой и полной компенсации материального и морального ущерба в связи с гибелью человека в результате ЧС – состоит в том, чтобы определить, какая прибавка к уровню дохода компенсирует годы жизни среднестатистического человека, «потерянные» из-за ЧС или по другим причинам. Зная их соотношение, мы определим «стоимость» одного года и далее - всей человеческой жизни (исходя из ее средней продолжительности).

Сравнительный анализ влияния различных показателей на удовлетворенность людей своей жизнью показал, что к числу факторов, в наибольшей степени определяющих уровень удовлетворенности населения своим существованием, относятся душевой располагаемый доход (конечное потребление домохозяйств) и средняя ожидаемая продолжительность жизни. Из этого следует, что использование трехпараметрической модели (продолжительность жизни, уровень дохода, удовлетворенность жизнью) для моделирования взаимного влияния «потерянных» лет жизни и дохода, необходимого для их компенсации, является вполне оправданным – и доход,

и продолжительность жизни довольно точно определяют уровень удовлетворенности людей своим существованием по всему миру. Оценки «стоимости» человеческой жизни были проведены в среднем для сообщества стран со средним и высоким уровнем социально-экономического развития, а также вы целом для России. В расчетах были использованы данные Росстата, Всемирного банка [97], международного исследовательского проекта World Values Survey [98], который среди прочего содержит оценки доли населения, полностью или в основном довольного жизнью по странам мира, а также данные социологических исследований, проведенных в Финансовом университете при Правительстве РФ.



Источник: расчеты по данным WVS и World Bank

Рисунок 4 - Зависимость доли недовольных своей жизнью по странам мира в 2000 – 2016 гг. (размер пузырьков) от средней ожидаемой продолжительности жизни и душевого ВВП по ППС

Как видно из рисунка 4, наибольшая доля людей, неудовлетворенных своей жизнью, характерна для стран с душевым размером потребления менее 10 тыс. долл. в год (по ППС в ценах 2011 года) и средней ожидаемой продолжительностью жизни ниже 75 лет.

Сравнение данных по средней ожидаемой продолжительности жизни, душевому потреблению и удовлетворенности жизнью позволяет оценить прибавку к потреблению, которая может компенсировать «потерю» определенного числа лет жизни, вызванную различными ЧС и иными причинами. А это, в свою очередь, позволяет нам вычислить «стоимость» всей человеческой жизни. Регрессионный анализ рядов данных по продолжительности жизни, размеру душевого потребления, а также удовлетворенности жизнью по странам мира позволяет нам установить, что доля граждан, довольных своей жизнью, средняя ожидаемая продолжительность жизни, а также душевой размер потребления в среднем по миру связаны между собой следующей зависимостью:

$$НУЖ = -0,71 * КП -0,57 * ПЖ + 77,7 \quad (8)$$

где *НУЖ* – доля жителей страны, неудовлетворенных своей жизнью;

КП – душевые расходы на конечное потребление домохозяйств;

ПЖ – средняя ожидаемая продолжительность жизни населения.

Задача расчета компенсации в связи со снижением продолжительности человеческой жизни состоит в том, чтобы найти размер прибавки к годовому размеру душевого потребления, которая компенсирует это снижение продолжительности жизни и выводит удовлетворенность населения своим существованием на прежний уровень:

$$-0,71 * (КП + \Delta КП) -0,57 * (ПЖ - \Delta ПЖ) = -0,71 * КП -0,57 * ПЖ \quad (9)$$

где $\Delta ПЖ$ – снижение средней ожидаемой продолжительности жизни населения;

$\Delta КП$ – прибавка к душевым расходам на конечное потребление домохозяйств, необходимая для компенсации потери средней ожидаемой продолжительности жизни человека.

Из формулы (10) путем несложных вычислений получаем соотношение, определяющее размер прибавки на конечное потребление:

$$\Delta КП = 0,57 / 0,71 * \Delta ПЖ \quad (10)$$

Из формулы (10) легко определить, что годовая компенсация за потерю одного года жизни, приводящая уровень удовлетворенности жизнью в исходное положение, существовавшее до снижения продолжительности жизни («стоимость» одного потерянного года жизни в течение года), составляет 0,79 тыс. долл. США в год в ценах 2011 года.

Компенсация одного года потерянной продолжительности жизни на протяжении всей жизни человека составляет 57,1 тыс. долл. США (при средней мировой ожидаемой продолжительности жизни человека в 72 года). На основании этого можно рассчитать условную величину «стоимости» человеческой жизни – она составляет 4,1 млн. долл. США в ценах 2011 года.

Любопытно, что ели провести подобный расчет по странам мира с душевым потреблением менее 10 тыс. долл. в год, величина «стоимости» человеческой жизни составит 0,502 млн. долларов. А в группе стран с душевым потреблением более 10 тыс. долл. в год «стоимость» человеческой жизни составляет 14,8 млн. долларов. Полученные данные нуждаются в подтверждении с использованием других наборов данных. Одним из эквивалентов удовлетворенности населения своей жизнью, который можно использовать для балансирования конечного потребления и продолжительности жизни, является, например, уровень насилия. Снижение продолжительности жизни или душевого потребления приводит к росту социальной напряженности и, соответственно, увеличению уровня насилия. И наоборот – улучшение условий существования обеспечивает снижение доли тех, кто страдает от агрессии. В базе данных Всемирного банка по странам мира уровень насилия в интересующем нас аспекте определяется двумя показателями:

- доля женщин, подвергшихся физическому или сексуальному насилию за последние 12 месяцев (от общего числа женщин в возрастной группе 15-49 лет);

- доля женщин, которые считают, что муж имеет право бить жену за различные упущения или неповиновение – этот показатель говорит нам о приемлемости и распространенности домашнего насилия по странам мира.

Расчеты, проведенные по методике аналогичной той, что приведена выше, с использованием данных о насилии в отношении женщин, дают нам оценку «стоимости» человеческой жизни в 5,4 млн долларов США (в расчетах не рассматривались страны с высоким уровнем насилия – долей пострадавших женщин более 25%).

В группе стран с душевым потреблением менее 10 тыс. долл. в год «стоимость» жизни составила 1,9 млн. долларов. Расчеты «стоимости» человеческой жизни, проведенные с использованием данных о домашнем насилии, показывают, что в группе стран с размером душевого потребления менее 10 тыс. долл. в год ее величина составляет 0,721 млн. долл.

В группе стран с более высоким доходом расчеты не проводились в связи с недостатком статистических данных.

Таким образом, общая «стоимость» человеческой жизни по миру в целом составляет 4,1-5,4 млн. долларов США в ценах 2011 года. В группе стран с душевым потреблением более 10 тыс. долл. в год «стоимость» жизни увеличивается до 14,8 млн. долларов. В группе стран с доходом ниже этой отметки «стоимость» жизни составляет 0,5-1,9 млн. долларов.

3.7 Оценка «стоимости» человеческой жизни с учетом морального и материального ущерба в России

Выше мы рассмотрели методику расчета полной «стоимости» человеческой жизни с учетом морального и материального ущерба, основанную на балансировании трех показателей:

- удовлетворенности населения своей жизнью (или эквивалентных ей показателей, отражающих уровень насилия в обществе),
- средней ожидаемой продолжительности жизни,
- среднего размера душевого потребления в домохозяйствах.

Смысл методики состоит в определении годовой прибавки к размеру душевого потребления, компенсирующей потерю той или иной продолжительности жизни. Мерилом достаточности компенсации является повышение уровня удовлетворенности населения своей жизнью до уровня, соответствующему исходной, более высокой продолжительности жизни. Те же самые расчеты можно проделать и для России. Для этого целесообразно использовать два подхода. Первый из них основывается на динамических рядах российской статистики относительно средней ожидаемой продолжительности жизни, душевого потребления и удовлетворенности россиян своей жизнью.

Расчеты по данным относительно динамики удовлетворенности жизнью в России, душевого потребления и продолжительности жизни в 2005-2015 гг. показывают, что «стоимость» жизни в нашей стране составляет 38,2 млн. рублей.

Вполне перспективным представляется второй подход, основанный на использовании региональной статистики за последние годы. В рамках данного подхода мы анализируем взаимное влияние средней ожидаемой продолжительности жизни по регионам России, душевых доходов и удовлетворенности жителей регионов своей жизнью. Проблема состоит в том, что данные по удовлетворенности россиян своей жизнью в региональном разрезе неполны. Их можно заменить статистикой по миграции из регионов и в регионы – мы исходим из того, что более низкий уровень удовлетворенности жизнью проявляется в росте миграции из региона в направлении более благополучных территорий, и, соответственно, наоборот. Расчеты, проведенные на основании данных по ожидаемой продолжительности жизни, доходам населения и миграционным потокам по российским регионам в 2010-

2016 гг. показали, что «стоимость» человеческой жизни составляет 27,3 млн. рублей.

Выводы.

1. Представленные данные показывают, что оценки «стоимости» человеческой жизни могут служить важным инструментом повышения качества жизни людей.

2. Оценки «стоимости» жизни являются мерой качества жизни, инструментом для ее оценки. Проведенный анализ показал, что возмещения, выплачиваемые сегодня россиянам в связи с гибелью родственников в различных НС природного и техногенного характера, при выполнении служебных обязанностей значительно ниже мирового уровня, а также ниже сумм возмещений, компенсирующих моральный и материальный ущерб семьям погибших.

3. Применение современных методов оценки «стоимости» жизни позволит поднять качество жизни людей – повысить безопасность человека и обеспечить возмещения, в высокой степени компенсирующие ущерб, вызванный гибелью людей в различных НС природного и техногенного характера, при выполнении служебных обязанностей.

4 Анализ влияния качества медицинского обслуживания на среднюю ожидаемую продолжительность жизни

4.1 Факторы, определяющие продолжительность жизни

Одной из основных задач в части социально-экономического развития России на ближайшие годы, поставленных Президентом России В.В. Путиным в Указе № 204 от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», является увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни россиян.

Согласно Указа, к 2024 году этот показатель должен вырасти до 78 лет, к 2030 – до 80 лет.

Надо напомнить, что по данным Росстата средняя ожидаемая продолжительность жизни составляет (по данным на 2016 год) в целом для населения 71,87 года, для мужчин – 66,5 года, для женщин – 77,06 года.

Таким образом, для достижения поставленных задач в ближайшие шесть лет необходимо каждый год наращивать среднюю ожидаемую продолжительность жизни россиян примерно на один год. В дальнейшем, до 2030 года, средняя ожидаемая продолжительность жизни должна расти на 0,33 года за год.

Поставленные цели являются весьма амбициозными, и для решения этой задачи необходимо прежде всего определить, какие социально-экономические факторы в наибольшей степени определяют продолжительность жизни человека.

Анализ данных Всемирного банка по странам мира показал, что в наибольшей степени определяют среднюю ожидаемую продолжительность жизни следующие факторы (таблица 10).

Таблица 10 - Факторы, влияющие на среднюю ожидаемую продолжительность жизни

		Коэффициент корреляции между приведенными параметрами и средней ожидаемой продолжительностью жизни при рождении
1	Распространенность смертельных инфекционных заболеваний (включая туберкулез)	73-93%
2	Доступность основных, базовых медицинских услуг, нацеленных среди прочего на обеспечение детского здоровья, предотвращение инфекционных заболеваний и т.п., включая сюда риск нехватки денег на необходимое лечение	89%
3	Обеспеченность базовыми бытовыми благами – электричеством, чистой водой для мытья рук, мылом, чистой водой для питья и централизованной канализацией	84-89%
4	Смертность на дорогах в результате ДТП	74%
5	Численность профессиональных врачей (среди них – хирургов), медицинского персонала, распространенность специальной медицинской инфраструктуры для принятия родов	65-72%
6	Глубина иммунизации населения – доля детей, имеющих необходимые прививки	70-71%
7	Расходы домохозяйств на медицину из собственных бюджетов	70%
8	Общий размер душевого бюджета на здравоохранение из всех источников	65%
9	Расходы домохозяйств на конечное потребление (уровень жизни населения)	65%

Источник: расчеты авторов по данным World Bank за 2000-2017 гг.

Как видно из перечня, приведенного в таблице 10, государственные бюджетные и частные расходы на здравоохранение не занимают первых мест в списке факторов, в наибольшей степени влияющих на продолжительность жизни. Наиболее значимым средством для обеспечения долгой жизни населения является эффективная борьба с эпидемическими инфекционными заболеваниями. Значительный вклад в обеспечение высокой продолжительности жизни дает также распространение иммунизации, а также развитие базовой инфраструктуры, расширяющей доступ к электроэнергии, чистому топливу, чистой воде, современной канализации и прочим благам.

Однако, предотвращение эпидемий, развитие иммунизации и строительство современной инфраструктуры дает хороший результат в

первую очередь в странах с низким уровнем социально-экономического развития. В России этот набор мероприятий по повышению продолжительности жизни населения уже в значительной степени проделан. Так, например, в нашей стране вероятность погибнуть от инфекционного заболевания по данным Всемирного Банка на 2015 год составляет менее 15%, тогда как в беднейших странах Азии и Африки вероятность пасть жертвой инфекции может превышать 70% (от общего числа смертей). Россияне как правило обеспечены базовыми инфраструктурными благами, иммунизация населения носит всеобщий характер. Соответственно, дальнейшие меры по борьбе с эпидемиями, улучшение доступа к инфраструктурным благам и дополнительные меры по иммунизации населения, хотя и не являются бесполезными, не могут привести к значительному повышению средней ожидаемой продолжительности жизни в нашей стране.

Наиболее эффективным способом повышения средней ожидаемой продолжительности жизни в России является создание инфраструктуры, дающей широкий и быстрый доступ населения к базовым, основным медицинским услугам по всей территории страны. Такая инфраструктура должна обеспечивающим выживание человека, включая сюда экстренную медицинскую помощь, а также борьбу с наиболее распространенными заболеваниями. На сегодняшний день UHC service coverage index Всемирного Банка, оценивающий уровень доступности базовых медицинских услуг для населения, составляет для России 63 пункта. Надо признать, что это невысокий показатель: высокая доступность медицинских услуг для населения в экономически развитых странах соответствует значениям индекса 80 и более пунктов, в слаборазвитых странах его значение составляет 30-45 пунктов. Таким образом, Россия по уровню доступности базовых медицинских услуг заметно отстает от государств с высоким уровнем развития экономики.

При этом Россия находится в группе лидеров мирового рейтинга по удельному числу врачей. По данным Всемирного банка, на 1000 россиян приходятся 4 врача (специалисты или врачи общей практики), тогда как в

Великобритании на 1000 жителей приходится 2,8 врача, во Франции – 3,2, в Нидерландах – 3,5. Из этого следует, что одной из важнейших причин отставания России от развитых стран мира по средней ожидаемой продолжительности жизни является не недостаток врачей, а отсутствие широкой сети доступа к медицинским услугам.

Если брать финансовые факторы, определяющие среднюю ожидаемую продолжительность жизни, то здесь на первом месте по влиянию стоит общий уровень благосостояния населения уровень персональных расходов населения на медицинские цели, за ним следуют общий размер душевого бюджета на здравоохранение из всех источников, а также общий уровень благополучия населения – душевые расходы на конечное потребление домохозяйств.

4.2 Влияние вредных привычек и нездорового образа жизни на продолжительность жизни населения

Анализируя факторы, влияющие на среднюю ожидаемую продолжительность жизни населения, нельзя не остановиться на вредных привычках населения – излишнее потребление алкоголя, курение, а также неправильное питание, приводящее к излишнему весу. При этом их влияние на среднюю ожидаемую продолжительность жизни не столь очевидно, как приведенных выше факторов. К числу стран с наибольшей долей населения, страдающего от излишнего веса, относятся, как правило, страны с высоким уровнем социально-экономического развития, и, соответственно, развитой медициной. Соответственно, высокий уровень качества врачебной помощи маскирует негативное влияние излишнего веса на здоровье населения. То же самое можно сказать и об уровне потребления алкоголя. Страны с высоким уровнем социально-экономического развития, и, соответственно, качественной медициной, как правило, отличаются значительным душевым потреблением спиртного. С другой стороны, во многих странах с недостаточным уровнем социально-экономического развития и низкой

продолжительностью жизни существуют религиозные ограничения, касающиеся алкогольных напитков. Поэтому может возникнуть ложное предположение о том, что рост потребления спиртного способствует увеличению продолжительности жизни людей, хотя известно, что на практике это не так. В связи с этим для анализа влияния вредных привычек на продолжительность жизни населения необходимо рассматривать их в пакете с прочими факторами, определяющими этот показатель – как обстоятельство, снижающее положительное влияние развития медицины на продолжительность жизни.

Одна из проблем анализа влияния вредных привычек на продолжительность жизни состоит в том, что сегодня мы не располагаем международной статистикой относительно реального уровня распространенности курения по странам мира. Всемирная организация здравоохранения предоставляет данные относительно доли курящих среди взрослых мужчин и женщин [99], однако эти данные не дают основания говорить об объемах потребления табачных изделий на душу населения. В связи с этим потребление табачных изделий мы далее не рассматриваем, а для дальнейшего анализа и моделирования влияния распространенности вредных привычек на среднюю ожидаемую продолжительность жизни по странам мира мы выбираем следующие показатели:

- средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет – по данным Всемирного банка;
- средний Индекс массы тела (отношение среднего веса к квадрату роста), показывающий наличие людей, которые страдают избыточным весом – по данным Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка;
- потребление чистого алкоголя на душу населения – по данным Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка;
- UHC service coverage index – Индекс доступности базовых медицинских услуг.

Исходные данные по странам мира, использованные при моделировании, приведены в приложении Г. Из числа анализируемых стран исключены государства с потреблением алкоголя менее 5 литров на душу населения. Расчеты, проведенные с использованием статистики Всемирного Банка и ВОЗ по данным, собранным по странам мира за 2000-2017 гг., показывают, что соотношение средней ожидаемой продолжительности жизни, Индекса доступности основных медико-санитарных услуг, распространенности излишнего веса и потребления алкоголя описывается следующей зависимостью:

$$ПЖ = -0,102 * ИМТ – 0,148 * ПА + 0,636 * ИДМО + 32,838 \quad (11)$$

где *ПЖ* – средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
ИМТ – средний Индекс массы тела – отношение среднего веса людей к квадрату их роста, выраженного в метрах, который показывает распространенность излишнего веса среди населения;
ПА – потребление чистого алкоголя среди населения старше 15 лет, литров в год;
ИДМО – Индекс доступности базовых медицинских услуг (UHC service coverage index).

Зависимость, представленная выше, отличается высоким коэффициентом детерминации R^2 = 79%, следовательно, ее можно использовать для прогнозирования динамики средней ожидаемой продолжительности жизни в зависимости от развития медицинской инфраструктуры, потребления алкоголя и избыточного веса среди населения.

Общие расходы на здравоохранение складываются из трех основных источников финансирования: государственные бюджетные расходы, негосударственное корпоративное финансирование – например, добровольное

медицинское страхование за счет работодателей, а также медицинские расходы домохозяйств из собственных бюджетов.

Как отмечено выше, одним из основных факторов, определяющих продолжительность жизни населения, являются личные расходы домохозяйств на поддержание здоровья из собственных бюджетов. Зависимость средней ожидаемой продолжительности жизни от личных расходов домохозяйств на поддержание здоровья приведена на рисунке 5.

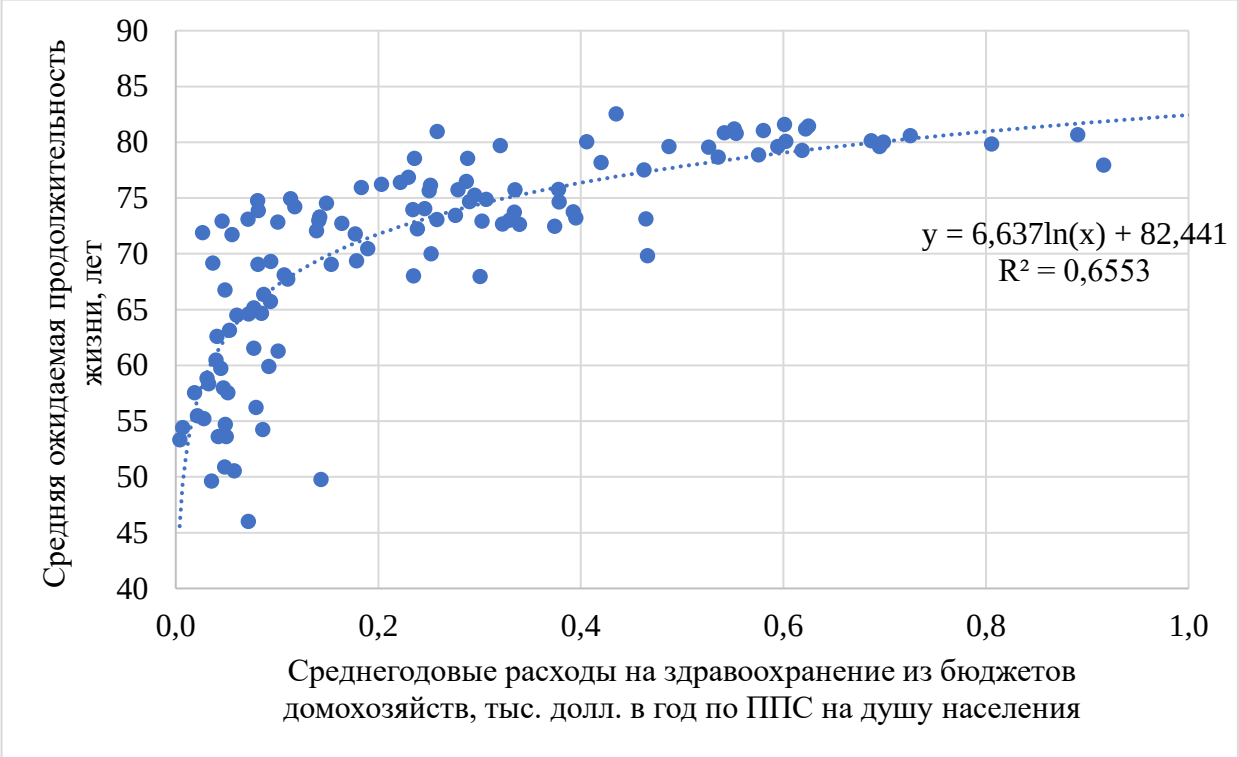


Рисунок 5 - Соотношение средней ожидаемой продолжительности жизни и средних годовых расходов на здравоохранение из бюджетов домохозяйств по странам мира в 2000-2017 гг.

Соотношение средней ожидаемой продолжительности жизни и средних годовых расходов на здравоохранение из бюджетов домохозяйств по странам мира в 2000-2017 гг. выражается следующей формулой:

$$ПЖ = 6,637 * \ln(РДЗ) + 82,441 \quad (12)$$

где *ПЖ* – средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении; *РДЗ* – средние годовые расходы на здравоохранение из бюджетов домохозяйств, тыс. долл. по ППС на душу населения.

Коэффициент детерминации R^2 данной зависимости составляет 0,655, что несколько ниже, чем аналогичный показатель для предыдущей регрессионной зависимости, описывающей среднюю ожидаемую продолжительность жизни населения.

Однако, и зависимость, описанная формулой (12), может быть использована для прогнозирования динамики средней ожидаемой продолжительности жизни в России на основании экономических показателей, описывающих социально-экономическое развитие страны.

4.3 Отношение россиян к «достойной», «справедливой» продолжительности жизни и борьбе с вредными привычками

Для дальнейшего прогнозирования продолжительности жизни в России целесообразно изучить отношение населения к желаемой продолжительности жизни. Необходимо также исследовать отношение населения к вредным привычкам, влияющим на среднюю ожидаемую продолжительность жизни.

Как мы отметили выше, к 2024 году необходимо обеспечить увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет, а также повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году - до 80 лет).

Очевидно, что достижение данной цели невозможно «сверху», без участия населения в социально-экономических процессах, обеспечивающих повышение продолжительности жизни. Также очевидно, что движение в этом направлении потребует от россиян приложения усилий по разнообразным направлениям и изменений стиля жизни. Для успешного достижения целей в части увеличения средней ожидаемой продолжительности жизни необходимо создание соответствующей мотивации населения к изменению традиций в

части питания и переходу на здоровую пищу, внедрению здорового образа жизни, занятиям спортом, отказу от вредных привычек и т.п. Ситуацию осложняет то обстоятельство, что переход на здоровый образ жизни (ЗОЖ) требует от людей дополнительных расходов на более качественное питание (которое, как правило, дороже массовых продовольственных продуктов), спортивное снаряжение и т.п. Преодоление этого препятствия требует еще большей мотивации к изменению образа жизни в правильном направлении, обеспечивающем рост ее продолжительности.

Исследование показало, что не у всех россиян есть желание обеспечить себе долгую и здоровую жизнь.

По данным исследования Финансового университета, проведенного в 38 крупных и средних российских городах, среднее значение продолжительности жизни, которую россияне считали бы «достойной» и «справедливой», составляет сегодня 83,4 года, медианное значение – 78,7 года (таблица 11).

Таблица 11- Динамика среднего и медианного значения "справедливой", "достойной" продолжительности жизни

Какой по вашему мнению должна быть "справедливая", "достойная" продолжительность жизни в России? (от числа определившихся с ответом)			
	2015	2016	2018
Средняя	82,3	84,7	83,4
Медиана	79,7	81,3	78,7

По обоим показателям мы видим некоторое снижение значений по сравнению с данными за 2016 год.

Вполне возможно, это снижение связано с кризисными социально-экономическими явлениями в российской экономике, повлиявшими на отношение россиян к возможности длинной и здоровой жизни.

Те, кто хотел бы прожить более долгую жизнь, это мужчины, представители возрастной группы 40-60 лет, люди с высшим и

послевузовским образованием, а также те, кто обладает либо самым низким, либо высоким доходом (таблица 12).

Таблица 12 - Среднее и медианное значения "справедливой", "достойной" продолжительности жизни по социально-демографическим группам

Пол					
	Мужской		Женский		
Среднее значение	83,9		82,8		
Медианное значение	78,8		78,6		
Возраст					
	18 - 30 лет	30 - 40 лет	40 - 50 лет	50 - 60 лет	Более 60 лет
Среднее значение	81,3	83,3	84,7	84,9	83,5
Медианное значение	77,5	79,3	79,6	79,5	78,0
Образование					
	Среднее и неполное среднее	Среднее техническое	Высшее и послевузовское	Незаконченное высшее	
Среднее значение	81,1	83,0	83,9	81,5	
Медианное значение	76,7	77,8	79,3	77,0	
Самооценка уровня дохода					
	Денег с трудом хватает на питание	Питаемся хорошо, можем приобрести предметы первой необходимости	Можем купить крупную бытовую технику, но не новый автомобиль	Могу купить новый автомобиль, но не квартиру	Могу купить квартиру или новый дом
Среднее значение	84,4	83,3	82,6	84,1	84,1
Медианное значение	78,5	78,3	78,8	80,0	77,8

Если говорить о городах, где проводилось исследование, наибольшие значения «справедливой» и «достойной» продолжительности жизни мы видим сегодня в Омске, Владивостоке, Волгограде, Севастополе, Уфе, Краснодаре, Ижевске, Москве, Нижнем Новгороде и Челябинске (таблица 13).

Таблица 13 - Среднее и медианное значение "справедливой", "достойной" продолжительности жизни в городах, где проводилось исследование

		Среднее значение, лет	Медианное значение, лет

1	Астрахань	83,3	79,1
2	Барнаул	79,5	76,7
3	Владивосток	87,0	81,0
4	Волгоград	86,3	77,6
5	Воронеж	83,0	78,5
6	Грозный	83,4	76,9
7	Екатеринбург	81,5	79,1
8	Ижевск	84,6	78,8
9	Иркутск	79,7	76,3
10	Казань	81,4	77,4
11	Кемерово	82,3	78,3
12	Краснодар	85,0	79,4
13	Красноярск	81,4	77,2
14	Липецк	80,6	76,9
15	Махачкала	80,6	77,2
16	Москва	84,5	80,1
17	Набережные Челны	83,5	78,7
18	Нижний Новгород	84,5	78,8
19	Новокузнецк	83,6	80,5
20	Новосибирск	81,1	78,0
21	Омск	88,3	80,0
22	Оренбург	83,6	78,6
23	Пенза	82,2	78,0
24	Пермь	83,5	78,0
25	Ростов-на-Дону	82,9	77,5
26	Рязань	82,8	78,6
27	Самара	83,7	78,0
28	Санкт-Петербург	83,3	78,4
29	Саратов	83,5	79,0
30	Севастополь	86,1	79,1
31	Тольятти	81,0	76,9
32	Томск	82,7	78,7
33	Тюмень	81,6	77,2
34	Ульяновск	83,6	79,2
35	Уфа	85,7	79,7
36	Хабаровск	83,1	79,9
37	Челябинск	84,1	78,3
38	Ярославль	82,7	76,6

Сегодня в России стремление к здоровому образу жизни носит массовый характер (рисунок 6).

Рисунок 6 - Доли людей, более или менее приверженных здоровому образу жизни

При этом численность приверженцев здорового образа жизни в России растет (таблица 14).

Таблица 14 - Динамика доли тех, кто заботится об улучшении своего здоровья

За последнее время среди ваших друзей и близких число тех, кто заботится об улучшении своего здоровья (занятия фитнесом, спортом, диетическое питание и т.п.) стало больше или меньше? (от определившихся с ответом)			
	2015	2016	2018
Стало больше	55%	40%	51%
Стало меньше	11%	9%	6%
Осталось на прежнем уровне	33%	52%	42%

Кроме того, достаточно очевидна связь между приверженностью ЗОЖ и продолжительностью жизни: чем больше человек погружен в среду, где забота о здоровье является нормой, тем дольше он намерен прожить (таблица 15).

Таблица 15 - Соотношение приверженности ЗОЖ и оценки "справедливой", "достойной" продолжительности жизни

	Среди ваших друзей и близких много ли тех, кто заботится об улучшении своего здоровья?				
	Их нет вовсе	Их мало	Их достаточно много	Их большинство	Практически все
Среднее значение "справедливой", "достойной" продолжительности жизни	80,7	82,8	83,3	82,9	86,8
Медианное значение "справедливой", "достойной" продолжительности жизни	76,8	78,2	79,0	79,0	80,6

Среди сторонников здорового образа жизни продолжительность «достойной» и «справедливой» жизни намного выше, чем в среднем по стране – 87 лет.

Региональная статистика относительно приверженности населения городов здоровому образу жизни приведена в таблице 16.

Таблица 16 - Динамика численности сторонников здорового образа жизни по городам, где проводилось исследование

	Доля тех, кто считает, что среди их друзей и близких достаточно, много или очень много тех, кто заботится об улучшении своего здоровья	Доля тех, кто считает, что за последнее время среди их друзей и близких стало больше число тех, кто заботится об улучшении своего здоровья
Астрахань	60%	55%
Барнаул	52%	46%
Владивосток	63%	38%
Волгоград	49%	56%
Воронеж	40%	43%
Грозный	68%	69%
Екатеринбург	64%	55%
Ижевск	64%	55%
Иркутск	62%	48%
Казань	52%	55%
Кемерово	52%	47%
Краснодар	60%	53%
Красноярск	59%	47%
Липецк	52%	48%

Продолжение таблицы 16

Махачкала	58%	70%
Москва	63%	50%
Набережные Челны	55%	51%
Нижний Новгород	56%	50%
Новокузнецк	41%	44%
Новосибирск	68%	50%
Омск	47%	46%
Оренбург	61%	45%
Пенза	52%	43%
Пермь	65%	61%
Ростов-на-Дону	54%	51%
Рязань	53%	49%
Самара	59%	45%
Санкт-Петербург	63%	56%
Саратов	55%	54%
Севастополь	53%	38%
Тольятти	56%	46%
Томск	60%	51%
Тюмень	54%	55%
Ульяновск	54%	45%
Уфа	51%	53%
Хабаровск	60%	56%
Челябинск	63%	53%
Ярославль	58%	50%

Наибольшая доля населения, следующего требованиям здорового образа жизни, отмечена в Грозном, Новосибирске, Перми, Екатеринбурге и Ижевске, наибольший прирост сторонников ЗОЖ – в Махачкале, Грозном, Перми, Волгограде и Хабаровске.

Как видно из таблицы 17, в нашей стране сокращается потребление алкоголя, табака и наркотических веществ – по всем трем позициям доля тех, кто говорит о сокращении потребления намного больше, чем доля тех, кто свидетельствует о его увеличении.

Таблица 17 - Отношение населения к вредным привычкам

Как вы считаете, в вашем городе за последние два-три года стали употреблять алкогольные напитки больше, меньше или употребляют столько же, сколько раньше?					
Намного больше	Больше	Столько же, сколько и раньше	Меньше	Намного меньше	Меньше и намного меньше
5%	11%	39%	31%	14%	45%
Как вам кажется, нынешний уровень потребления алкоголя там, где вы живете, является приемлемым или надо принимать меры по сокращению потребления спиртного?					

Продолжение таблицы 17

Является приемлемым			Надо принимать меры по сокращению потребления спиртного		
47%			53%		
Как вам кажется, за последние два-три года там, где вы живете, люди стали курить больше, меньше или курят столько же, сколько раньше?					
Намного больше	Больше	Столько же, сколько и раньше	Меньше	Намного меньше	Меньше и намного меньше
7%	13%	37%	33%	11%	44%
Как вам кажется, нынешний уровень курения там, где вы живете, является приемлемым или надо принимать меры по сокращению курения?					
Является приемлемым			Надо принимать меры по уменьшению числа курящих		
38%			62%		
Как вам кажется, за посл. два-три года там, где вы живете, люди стали употреблять наркотики больше, меньше или столько же, сколько раньше?					
Намного больше	Больше	Столько же, сколько и раньше	Меньше	Намного меньше	Меньше и намного меньше
11%	17%	30%	26%	16%	42%
Как вам кажется, нынешний уровень потребления наркотических веществ там, где вы живете, является прием. или надо принимать меры по сокращению их потребления?					
Является приемлемым			Надо принимать меры по сокращению потребления наркотиков		
9%			91%		

По мнению граждан, наибольшие усилия по дальнейшему сокращению потребления необходимо прилагать в части табака и наркотиков – соответственно 62% и 91% россиян считают необходимыми меры по борьбе с курением и наркоманией. По мнению населения, хуже всего складывается ситуация в части борьбы с потреблением наркотических веществ. Здесь отмечена наибольшая доля тех, кто говорит о росте потребления – 28% (хотя доля респондентов, заявляющих о сокращении потребления наркотиков все равно выше – 42%).

Ситуация с потреблением спиртных напитков вызывает наиболее благоприятную реакцию населения – 47% населения считают уровень потребления алкоголя в стране приемлемым, и, соответственно, 53% придерживаются противоположной точки зрения – они считают необходимым принимать меры по сокращению потребления спиртных напитков.

Надо сказать, что такая ситуация является весьма тревожной: она говорит о том, что сегодня очень многие россияне не готовы вносить какие-либо изменения в свои привычки относительно потребления алкоголя. Это, безусловно, может замедлит внедрение в повседневную практику норм здорового образа жизни. Региональные данные относительно распространенности вредных привычек населения приведены в таблице 18.

Таблица 18 - Отношение населения к вредным привычка по городам, где проводилось исследование

	Доля тех, кто считает, что в их городе за последние два-три года стали употреблять алкогольные напитки меньше и намного меньше, чем ранее	Доля тех, кто считает, что надо принимать меры по сокращению потребления спиртного	Доля тех, кто считает, что за последние два-три года в их городе люди стали курить меньше и намного меньше, чем ранее	Доля тех, кто считает, что надо принимать меры по уменьшению числа курящих	Доля тех, кто считает, что за последние два-три года в их городе люди стали употреблять наркотики меньше и намного меньше, чем ранее	Доля тех, кто считает, что надо принимать меры по сокращению потребления наркотиков
Астрахань	42%	67%	40%	62%	35%	94%
Барнаул	29%	61%	32%	62%	30%	95%
Владивосток	49%	50%	50%	67%	21%	90%
Волгоград	37%	58%	50%	55%	52%	88%
Воронеж	42%	60%	48%	69%	25%	93%
Грозный	90%	34%	65%	53%	78%	76%
Екатеринбург	38%	49%	47%	63%	49%	88%
Ижевск	39%	59%	41%	70%	39%	95%
Иркутск	40%	58%	31%	61%	49%	90%
Казань	49%	44%	52%	61%	58%	88%
Кемерово	39%	58%	44%	63%	28%	86%
Краснодар	46%	56%	39%	69%	26%	97%
Красноярск	47%	44%	33%	56%	33%	92%
Липецк	39%	69%	33%	71%	21%	94%
Махачкала	81%	39%	52%	65%	38%	87%
Москва	48%	44%	46%	61%	39%	93%
Н. Челны	47%	67%	34%	71%	55%	92%
Н. Новгород	46%	59%	40%	60%	38%	92%
Новокузнецк	34%	74%	33%	76%	47%	91%
Новосибирск	39%	53%	44%	62%	38%	90%
Омск	39%	71%	49%	70%	47%	96%
Оренбург	47%	49%	46%	63%	59%	96%
Пенза	33%	56%	32%	55%	33%	89%
Пермь	30%	58%	46%	65%	31%	90%
Ростов-на-Дону	36%	49%	51%	60%	36%	96%
Рязань	44%	62%	39%	63%	43%	88%
Самара	53%	50%	49%	55%	52%	86%

Продолжение таблицы 18

Санкт-Петербург	51%	53%	48%	54%	47%	91%
Саратов	40%	63%	36%	74%	53%	95%
Севастополь	50%	58%	32%	74%	34%	98%
Тольятти	33%	72%	34%	69%	42%	97%
Томск	49%	61%	36%	65%	41%	91%
Тюмень	57%	40%	50%	57%	64%	85%
Ульяновск	39%	65%	30%	68%	30%	88%
Уфа	36%	68%	32%	69%	50%	80%
Хабаровск	50%	50%	47%	65%	46%	90%
Челябинск	40%	71%	36%	74%	30%	97%
Ярославль	44%	57%	47%	64%	27%	97%

Из таблицы18 видно, что наибольшее суммарная доля тех, кто считает, что в их городе за последние годы произошло сокращение потребления алкоголя, табаки и наркотиков, характерно для следующих городов: Грозный, Тюмень, Махачкала, Казань, Самара, Оренбург, Санкт-Петербург, Хабаровск, Волгоград и Набережные Челны. Города, где отмечено наименьшее сокращение доли тех, кто привержен вредным привычкам – это Барнаул, Липецк, Пенза, Ульяновск, Челябинск, Пермь, Тольятти, Краснодар, Кемерово и Красноярск.

Наибольшая суммарная доля тех, кто считает, что надо принимать меры для сокращения потребления алкоголя, табака и наркотиков отмечена в следующих городах: Челябинск, Новокузнецк, Тольятти, Омск, Липецк, Саратов, Севастополь, Набережные Челны, Ижевск и Астрахань.

4.4 Прогноз динамики средней ожидаемой продолжительности жизни россиян с учетом повышения качества медицинского обслуживания населения и повышения готовности россиян следовать рекомендациям ЗОЖ

Как мы показали выше, средняя ожидаемая продолжительность жизни определяется рядом факторов, среди которых важную роль играют развитие и общедоступность медицинской инфраструктуры, а также расходы домохозяйств на здравоохранение.

К числу факторов, снижающих продолжительность жизни, относятся излишний вес населения и избыточное потребление алкоголя. Соответственно, для прогнозирования средней ожидаемой продолжительности жизни в России необходимо располагать прогнозными оценками по данным параметрам на среднесрочную перспективу ближайших 5-10 лет. Они должны быть получены с учетом мнения населения о «достойной» и «достаточной» продолжительности жизни, приверженности населения ЗОЖ, а также отношения граждан России к вредным привычкам, способствующим снижению продолжительности жизни.

Необходимо иметь в виду, что планирование развития здравоохранения и социальной сферы вообще в нашей стране будет осуществляться исходя из необходимости реализации целей и задач, поставленных Президентом РФ В.В. Путиным.

Мы предполагаем, что реализация соответствующих национальных проектов позволит достичь следующих значений показателей, влияющих на среднюю ожидаемую продолжительность жизни. За ориентиры принимаются значения, характерные для стран Центральной и Западной Европы, сближение с которыми по уровню социально-экономического развития и является одной из целей.

Таблица 19 - Экспертный прогноз значений показателей, влияющих на среднюю ожидаемую продолжительность жизни

Показатель	Актуальное значение показателя	Прогнозное значение показателя на 2028 год
Средний Индекс массы тела населения страны	26,5	25,5
Потребление чистого алкоголя на душу населения (старше 15 лет), литров в год	14,5	10,0
Индекс доступности базовых медицинских услуг (UHC service coverage index)	63	75
Душевые расходы домохозяйств на цели здравоохранения из собственных бюджетов, тыс. долл. в год	0,3	0,45

Расчеты, выполненные по зависимостям, показывают, что при достижении значений показателей, приведенных в таблице 19, Россия может обеспечить увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни от сегодняшнего уровня в 72 года до 76,5-77 лет. Это несколько меньше, чем поставленный в Указе №204 целевое значение средней ожидаемой продолжительности жизни населения в 2024 и 2030 гг. в размере 78 лет и 80 лет соответственно.

Выводы.

Таким образом, очевидно, что для достижения целевого значения данного показателя необходимо добиться более жесткого сокращения потребления алкоголя, а также внедрение принципов ЗОЖ, приводящих к снижению среднего Индекса массы тела россиян. Требуется также более значительное укрепление медицинской инфраструктуры в нашей стране, обеспечивающей доступность базовых и более сложных медико-санитарных услуг. Необходимо, также, расширение софинансирования здравоохранения из широкого круга источников, включая сюда стимулирование населения к частичной самостоятельной оплате необходимых медицинских услуг. Разумеется, необходимым фундаментом для этого должен стать рост благосостояния россиян, позволяющий направлять более значительные суммы на оплату медицинских услуг.

5 Предложения по совершенствованию системы медицинского обслуживания населения и повышению чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям граждан с использованием современных методов организации медицинского обслуживания

Совершенствование качества медицинского обслуживания населения неотрывно связано с решением проблематики повышения отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения по оказанию качественной медицинской помощи

В современных условиях Всемирной организацией здравоохранения в целях дальнейшей гуманизации социальных отношений используется понятие отзывчивости национальной системы здравоохранения к ожиданиям граждан, которое характеризует немедицинские (неклинические) аспекты функционирования системы здравоохранения и отражает представление людей (не обязательно пациентов, получавших медицинские услуги) о системе здравоохранения в сопоставлении с их ожиданиями в процессе оказания медицинской помощи пациентам, т.е. таким образом ВОЗ вводит в оценку эффективности деятельности систем здравоохранения критерий удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи. Этот критерий предлагается измерять с помощью проведения социологических исследований, целью которых является получение оценки различных составляющих отзывчивости национальных систем здравоохранения к ожиданиям населения, однако при этом следует учитывать, что категории «отзывчивость» и «удовлетворенность» пациента являются разными понятиями по следующим основаниям:

- удовлетворенность пациента ограничивается клиническим взаимодействием в определенном диапазоне элементов, рассматриваемых при удовлетворении пациентов, и часто объединяет медицинские и немедицинские аспекты медицинского учреждения, а отзывчивость

сосредоточена только на немедицинских и оценивает систему здравоохранения в целом;

- удовлетворение пациента отражает восприятие потребителем качества услуг, и представляет собой сложный конгломерат потребностей, ожиданий и впечатлений пациента по лечению, предоставленному медицинским учреждением или системой здравоохранения в целом, а отзывчивость оценивает взаимодействие индивидуумов с системой здравоохранения с позиции реализации их «законных» универсальных ожиданий.

В России с 1980-х годов исследуется социальный компонент оценки деятельности медицинских учреждений, термин «отзывчивость системы здравоохранения» отечественными учеными используется мало, в основном, при оценке удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью. Следует отметить наличие в исследованиях российских ученых (Андриянова Е.А., Ващенков В.В., Гареев И.А., Сибурина Т.А., Светличная Т.Г. и др.) разнообразные подходы к оценке медицинских составляющих удовлетворенности пациентов предоставленной медицинской помощью. В научном обороте практически отсутствуют исследования, посвященные немедицинским аспектам отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения, что свидетельствует о недостаточной изученности и разработанности этой научной проблемы в работах российских исследователей.

Зарубежные ученые проводят исследование отзывчивости национальной системы здравоохранения в целом или каких-либо медицинских учреждений на ограниченной территории, обращая внимание на изучение определенных видов оказания медицинской помощи, при этом, как правило, исследуется конкретная группа пациентов. Также исследуются различные критерии отзывчивости национальных систем здравоохранения с использованием систем из объективных и субъективных показателей, при этом уделяется особое внимание разработке общей методологии и методикам исследования отзывчивости национальных систем здравоохранения и

выработке единого подхода к составлению инструментария исследований, так как, например, в соответствии со стандартами ВОЗ при проведении исследований отзывчивости национальных систем здравоохранения выбранные критерии не должны содержать вопросительной информации о качестве оказываемых медицинских услуг, так как это требует специальной медицинской подготовки исследователей.

ВОЗ определены следующие критерии для оценки отзывчивости национальной системы здравоохранения, применяемые большинством экономически развитых стран в мире:

- уважение человеческого достоинства при оказании медицинской услуги;
- соблюдение конфиденциальности при оказании медицинской услуги;
- обеспечение автономности предоставляемого лечения с учетом участия пациента;
- обеспечение коммуникабельности врача;
- обеспечение надлежащих условий оказания медицинской услуги;
- обеспечение оптимального времени для оказания медицинской услуги;
- обеспечение пациенту свободного доступа внешнему общению, например, к сети социальной поддержки;
- обеспечение пациенту свободного выбора поставщика медицинской услуги.

ВОЗ определены основные структурные составляющие критерия отзывчивости для российской системы здравоохранения к ожиданиям населения России при оказании медицинских услуг:

- уважительное отношение медицинского персонала к пациентам;
- сохранение конфиденциальности личной информации пациента при оказании медицинских услуг;
- участие пациентов в процессе принятия лечащим врачом медицинских решений при оказании медицинских услуг;

- обеспечение ясности при общении пациента с медицинским персоналом с достаточным временем для уточнения возникающих вопросов, связанных с процессом лечения;

- обеспечение необходимых условий для оказания медицинской помощи;

- обеспечение транспортной доступности пациенту при оказании медицинской услуги;

- обеспечение пациенту свободного общения с внешним миром во время пребывания в медицинском учреждении;

- обеспечение пациенту свободного выбора медицинского учреждения для оказания медицинской услуги.

В 2007 году во исполнение Двухгодичного соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения на 2006/2007 гг. была разработана «Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации». При разработке Методики авторами учитывалась необходимость включения в нее индикатора общего уровня отзывчивости территориальной системы здравоохранения, однако существующая система сбора статистической информации в России так и не позволила авторам разработать в данном документе подходы к оценкам автономности пациентов, обеспечения конфиденциальности информации, обеспечения доступа пациента к системам социальной поддержки и др.

Обращает на себя внимание предложение авторов Методики, что для определения оценки общего уровня отзывчивости территориальной системы здравоохранения необходимо разработать дополнительный раздел в одной из форм существующей статистической отчетности. Это говорит об отсутствии в российской системе здравоохранения и «привязанной» к ее нуждам системе сбора статистических данных Росстата единых подходов к решению данного вопроса.

Использование в практической деятельности большинства экономически развитых стран мира критериев, рекомендованных ВОЗ, для оценки уровня отзывчивости национальной системы здравоохранения, дает возможность разработки единой методологии и единого подхода к определению оценки отзывчивости российской национальной системы здравоохранения, при этом разночтение критериев, обусловленное различием национальных систем здравоохранения, культурой и традициями разных стран, по мнению специалистов ВОЗ, не оказывает существенного влияния на достоверность общей оценки, и позволяет сравнить данный показатель национальной системы здравоохранения с аналогичными показателями национальных систем здравоохранения ряда стран в «единой системе координат».

Выводы.

Таким образом необходимо отметить, что проблемы, касающиеся отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям российского населения к оказанию качественных медицинских услуг и волнующие российское гражданское общество, созвучны с аналогичными проблемами общественности других стран.

Кроме того, реформирование современной российской системы здравоохранения предполагает получение объективной информации о достоинствах и недостатках мероприятий, реализующих реформы в данной системе. Необходимость оперативного получения данных для принятия управленческих решений о требуемых ресурсах для успешного решения поставленных задач обуславливает необходимость регулярного проведения социологических исследований (мониторинга) с изучением характеристик и взаимозависимостей критериев отзывчивости российской системы здравоохранения к нуждам населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Краткие выводы по результатам выполненной НИР

Совершенствование нормативной базы, определяющей развитие российского здравоохранения – это непрерывный процесс, нацеленный на совершенствование и развитие этого механизма в соответствии с целями, поставленными Президентом РФ. Особенно это касается мероприятий в части повышения качества медицинского обслуживания, реализация которых давно назрела в нашей стране. Следует отметить, что постановлением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов. В Главе IX «Критерии доступности и качества медицинской помощи» основным критерием является удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных), однако повышение удовлетворенности населения медицинской помощью до настоящего времени остается одной их актуальных задач в сфере здравоохранения, решение которой требует адекватного правового регулирования в системе здравоохранения страны.

Кроме того, в правовых актах российского законодательства практически не рассматриваются вопросы, касающиеся оценки качества жизни людей и качества медицинского обслуживания населения в зависимости от сложившегося уровня неравенства и социальной несправедливости в стране, о развитии индустрии здоровья в соответствии с рейтинговыми оценками качества оказания медицинских услуг.

В настоящее время объективная оценка качества оказания медицинских услуг населению затруднена из-за отсутствия единой официальной методики, использующей единую систему из объективных и субъективных показателей, для применения на практике оценки качества функционирования национальной системы российского здравоохранения.

Сравнение и дальнейшее использование результатов проведенных исследований, полученных с применением различных методик и различного инструментария, крайне затруднительно или не представляется возможным, что ставит под сомнение эффективность использования привлеченных для этих исследований трудовых и финансовых ресурсов. Кроме того, из-за нерегулярного характера проведения этих исследований, крайне затруднительно объективно проанализировать динамические изменения повышения качества оказываемой медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях, в условиях оказания скорой медицинской помощи, а также уровень отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям российского населения.

1. Президентом Российской Федерации в ряде нормативно-правовых актов для достижения к 2024 году повышения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет (к 2030 году - до 80 лет) предписывается Правительству Российской Федерации совместно с органами государственной власти разработать (скорректировать) национальные проекты (программы) по направлениям здравоохранения, демографии и др.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (срок реализации – 2018 - 2025 годы).

В Госпрограмме утверждены следующие цели, определенные протоколом заседания Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 21 марта 2017г. № 1:

- увеличение к 2025 году ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 76,0 лет;

- снижение к 2025 году смертности населения в трудоспособном возрасте до 380 чел. на 100 тыс. населения;

- снижение к 2025 году смертности от болезней системы кровообращения до 500 чел. на 100 тыс. населения;

- снижение к 2025 году смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 185 чел. на 100 тыс. населения;

- повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи не менее чем до 54 %.

2. В настоящее время уровень качества оказания российскому населению медицинской помощи нельзя признать соответствующим мировым стандартам. Анализ сложившихся в современной науке теоретико-методологических подходов к оценке качества жизни людей и качества медицинского обслуживания населения показал, что проблемы в качестве медицинского обслуживания населения существуют во всех экономически развитых странах мира, при этом они зависят, в основном, от сложившегося уровня неравенства и социальной несправедливости в каждой стране.

В настоящее время общим трендом в экономически развитых странах мира является развитие индустрии здоровья в соответствии с рейтинговыми оценками качества оказания медицинских услуг, что неизбежно будет оказывать влияние на развитие системы здравоохранения в России и поможет создать новые возможности для получения населением качественных медицинских услуг и организации ведения здорового образа жизни.

3. В современных условиях социальных преобразований становится особенно актуальной объективная оценка качества оказания медицинских услуг населению, которая в настоящее время затруднена в связи с отсутствием единой официальной методики, использующей единую систему из объективных и субъективных показателей, для применения на практике оценки качества функционирования национальной системы российского здравоохранения.

В настоящее время в Российской Федерации ряд различных государственных, муниципальных (Минздрав России, Росстат России, Служба специальной связи и информации ФСО России, органы исполнительной

власти субъектов Российской Федерации, муниципальные органы власти и др.) и общественных организаций (Левада-центр, ФОМ, Росгосстрах, Национальная медицинская палата и др.) проводят изучение удовлетворенности пациентов и населения качеством оказанной медицинской помощи, при этом для каждого прикладного исследования разрабатывается свой инструментарий, отчего полученные результаты имеют фрагментарный характер, не позволяющий составить целостную картину оценки качества оказания медицинской помощи населению.

Сравнение и дальнейшее использование результатов проведенных исследований, полученных с применением различных методик и различного инструментария, крайне затруднительно или не представляется возможным, что ставит под сомнение эффективность использования привлеченных для этих исследований трудовых и финансовых ресурсов. Кроме того, из-за нерегулярного характера проведения этих исследований, крайне затруднительно объективно проанализировать динамические изменения повышения качества оказываемой медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях, в условиях оказания скорой медицинской помощи, а также уровень отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям российского населения.

4. Полученные в исследовании результаты показывают, что среди российского населения доля тех, кто полностью или в основном доволен работой здравоохранения в стране составляет 47%, а доля тех, кто полностью или в основном доволен качеством медицинских услуг, полученных лично – 65%, несмотря на то, что в последнее время в российской национальной системе здравоохранения принимаются действенные меры по повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению, с применением высокоэффективной и высокотехнологической терапии в амбулаторных, стационарных условиях, и в условиях оказания скорой медицинской помощи.

Полученными результатами исследования установлено, что:

- 74% жителей крупных и средних городов пользуются услугами бесплатных медицинских учреждений, финансируемых в рамках системы ОМС, а 42% - также платными частными медицинскими учреждениями;

- доля потребителей платных медицинских услуг среди населения с 2011 года выросла более чем на треть, при этом доля обладателей полисов ДМС, приобретенных за собственный счет или предоставленных работодателем, остается невысокой – соответственно 3% и 8%;

- страховая медицина отличается самым быстрым ростом оценки качества медицинского обслуживания - полностью или в основном ею довольны 85% жителей крупных и средних городов;

- треть участников исследования считают, что в их городе достаточно медицинских учреждений, хотя ранее отмечалось, что больше всего не хватает поликлиник широкого профиля и диагностических центров;

- снижается доля россиян, которым не хватает денег на лекарства - 64% респондентов заявили о том, что за последний год у них не было случаев, когда им не хватало средств на приобретение лекарственных средств;

- не снижается доля тех, кому за последнее время приходилось обращаться за медицинской помощью в другие регионы, в Москву или за границу, а также отмечен рост доли тех, у кого за последнее время были повод и намерение подать в суд на врачей или медицинские учреждения за ошибки, халатность или упущения.

В соответствии с рассчитанным Итоговым индексом качества медицинского обслуживания населения по городам России, где проводилось исследование по результатам опросов граждан в 2017 году, наиболее высокое качество медицинского обслуживания населения соответствует следующим российским городам:

- Нижний Новгород;
- Грозный;
- Казань;
- Уфа;

- Санкт-Петербург;
- Тюмень;
- Оренбург;
- Новокузнецк;
- Пенза;
- Томск.

5. В настоящее время для расчета показателей отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения Минздрав России фактически использует ведомственную статистическую отчетность, при этом при расчете интегрального показателя отзывчивости в вопросах, не связанных с состоянием здоровья, используется методика измерения не мнения российского населения в целом, а мнение пациентов, которым была оказана медицинская помощь, что в целом снижает объективность интегрального показателя отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения.

Исследование показало, что до настоящего времени требуют доработки правовые акты федеральных органов власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных органов власти в части регламентации правового регулирования оказания доступной качественной медицинской помощи населению с обеспечением отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения, с обязательным включением в них социологичсеких исследований.

6. Применение современных методов оценки «стоимости» жизни при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера позволит оказать положительное влияние качество жизни людей – повысить безопасность человека и обеспечить возмещения, в высокой степени компенсирующие ущерб, вызванный гибелью родных и близких людей в различных ЧС, в том числе при выполнении служебных обязанностей.

Оценка полноты решения поставленных задач

Все поставленные исследовательские задачи выполнены полностью и соответствуют достигнутым результатам, указанным в утвержденном ТЗ НИР (приложение Д).

Рекомендации по практическому использованию полученных результатов исследования:

Правительству Российской Федерации рекомендуется поручить Министерству здравоохранения Российской Федерации осуществить разработку проектов законодательных актов, предусматривающих внесение изменений и дополнений в акты федерального законодательства, обеспечивающих:

- здоровый образ жизни и доступность для населения качественной медицинской помощи в виде своевременного оказания гарантированных медицинских услуг в необходимых условиях и с соблюдением установленных сроков ожидания;
- отзывчивость системы здравоохранения на ожидания населения по оказанию качественной медицинской помощи;
- совершенствование структуры контроля за проведением независимой оценки качества оказания медицинских услуг населению;
- создание эффективных механизмов бесплатного лекарственного обеспечения населения в амбулаторных и стационарных условиях лечения и в условиях оказания людям скорой медицинской помощи;
- развитие механизмов непрерывного медицинского образования, ликвидации дефицита медицинских кадров всех уровней квалификации.

Кроме того, Министерству здравоохранения Российской Федерации для реализации на практике положений указанных проектов законодательных актов, осуществить разработку соответствующих нормативно - правовых актов, регламентирующих проведение необходимых мероприятий по вышеуказанным направлениям.

Поручить Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и

благополучия человека, Федеральной службе государственной статистики, со с участием органов государственной власти субъектов Российской Федерации, Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, в сфере своих полномочий по принципам межведомственного сотрудничества и для эффективного использования трудовых и финансовых ресурсов рассмотреть установленным порядком вопрос разработки официальной методики проведения мониторинга качества оказания медицинских услуг населению Российской Федерации с изучением мнения российского населения о здоровом образе жизни, доступности качественной медицинской помощи и отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения об оказании качественной медицинской помощи.

Справочно:

В соответствии с пунктом 1 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608, Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) является федеральным органом исполнительной власти, *осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения*, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств для медицинского применения, включая вопросы организации профилактики заболеваний, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа, медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинских экспертиз (за исключением медико-социальной экспертизы и военно-врачебной экспертизы), фармацевтической деятельности, включая обеспечение качества, эффективности и безопасности лекарственных средств для медицинского применения, обращения медицинских изделий, санитарно-эпидемиологического благополучия населения (за исключением разработки и утверждения государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов), медико-санитарного обеспечения работников

отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико-биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы, курортного дела, а также по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг в сфере здравоохранения, включая оказание медицинской помощи, внедрение современных медицинских технологий, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, проведение судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз, организацию среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования и предоставление услуг в области курортного дела.

В соответствии с пунктом 5 Положения, Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет полномочия по внесению в Правительство Российской Федерации проектов федеральных законов, нормативных правовых актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации и других документов, по которым требуется решение Правительства Российской Федерации, по вопросам, относящимся к установленной сфере деятельности Министерства и к сферам деятельности подведомственных ему федеральной службы и федерального агентства, а также проект ежегодного плана работы и прогнозные показатели деятельности Министерства.

Утвержденным Техническим заданием (ТЗ) на проведение НИР задача разработки конкретных предложений по внесению изменений и дополнений в существующие правовые акты, регулирующие правоотношения в сфере здравоохранения населения страны, не ставилась, так как данная задача является функцией и полномочием Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Губернаторам субъектов Российской Федерации, мэрам и главам российских городов

Поручить ответственным лицам администраций использовать базы данных исследования:

- для расчета трансфертов, которые планируется направить в сферу здравоохранения для повышения качества оказываемых медицинских услуг российскому населению в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. №1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с изменениями и дополнениями от 1 марта 2018 г.

- для разработки мер обеспечения безопасности человека, при планировании правоохранительной деятельности, деятельности служб МЧС, служб системы здравоохранения, аварийных служб и др.;

- для определения справедливой и объективной величины компенсационных выплат при возмещении ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших, и их семьям при ЧС различного происхождения в рамках общей системы возмещения ущерба от ЧС;

- для определения страховых сумм, страховых премий и выплат при страховании жизни и здоровья российских граждан;

- при оценке качества жизни и качества медицинского обслуживания населения России, а также при планировании и разработке мер по повышению качества жизни, качества оказания медицинской помощи и ее доступности для населения, отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения.

В целях повышения организации здорового образа жизни населения, доступности для населения качественной медицинской помощи и отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения об оказании качественных медицинских услуг, принять меры к проведению мониторинга качества оказания медицинских услуг населению с обеспечением необходимого уровня общественного контроля за работой медицинских учреждений сферы здравоохранения, и с разработкой при этом

эффективных «обратных» связей населения с органами городского управления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Hulka B.S., Zyzanski S.J., Cassel J.C., Thompson S.J. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. Med Care.1970; 8(5): 429-36.

2 Ware J.E., Snyder M.K., Wright W.R. Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol I, Part A: Review of Literature, Overview of Methods and Results Regarding Construction of Scales. National Technical Information Service.1976; No. PB 288-329.

3 Larsen D.L., Attkisson C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, T.D. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. Evaluation and Program Planning. 1979; 2, 197-207.

4 Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

5 Jenkinson C., Coulter A., Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. International Journal for Quality in Health Care.2002, 14(5): 353–358.

6 Fan V.S., Burman M., McDonell M.B., Fihn S.D. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. J Gen Intern Med. 2005 March; 20(3): 226-33.

7 Rubin H.R., Ware J.E. Jr., Nelson E.C., Meterko M. The Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ) Questionnaire. Med Care.1990, Sep; 28(9): 51-56.

8 Larsson B.W., Larsson G. Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. J Clin Nurs. 2002; 11: 681–687.

9 Larsson B.W., Larsson G., Munck I.M. Refinement of the questionnaire 'quality of care from the patient's perspective' using structural equation modelling. Scand J Caring Sci. 1998; 12: 111–118.

10 Boyd J. The 2006 inpatients importance study. Oxford, Picker Institute Europe: The Acute Co-ordination Centre for the NHS Acute Patient Survey Programme; 2007.

11 Mead N, Bower P, Roland M: The general practice assessment questionnaire (GPAQ)—development and psychometric characteristics. BMC Fam Pract 2008, 9:13.

12 Fan V.S., Reiber G.E., Diehr P., Burman M., McDonell M.B., Fihn S.D. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus. J Gen Intern Med. 2005 May; 20(5): 452-9.

13 Rao K.D., Peters D.H., Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India—a scale to measure patient perceptions of quality. Int J Qual Health C. 2006; 18: 414–421.

14 Wong EL, Coulter A, Cheung AW, Yam CH, Yeoh EK, Griffiths SM. Validation of inpatient experience questionnaire. Int J Qual Health C. 2013: 443 – 51.

15 The Legatum Prosperity Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://prosperitysite.s3-accelerate.amazonaws.com/3515/1187/1128/Legatum_Prosperity_Index_2017.pdf (дата обращения: 27.05.2018).

16 Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2013 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789240690868_rus.pdf?sequence=17 (дата обращения: 25.06.2018).

17 United Nations General Assembly Resolution A/RES/67/81. Global health and foreign policy. Sixty-seventh session. Agenda item 123, 2012 y. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://undocs.org/A/RES/67/81 (дата обращения: 25.06.2018).

18 Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:

https://www.rosminzdrav.ru/open/supervision/format (дата обращения: 25.06.2018).

19 Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения, 01.09.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskih-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya (дата обращения: 27.06.2018).

20 Нужна ли россиянам диспансеризация? 01.09.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=20484 (дата обращения: 27.06.2018).

21 Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения, 01.09.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskih-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya (дата обращения: 27.06.2018).

22 Резолюция Конгресса Национальной Медицинской Палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения», 30.10.2017-01.11.2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=27200 (дата обращения: 27.06.2018).

23 Качество жизни в российских городах в 2016 году, 2016. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.rgs.ru/upload/medialibrary/a5c/life_quality_2016.pdf (дата обращения: 29.06.2018)

24 Российская медицина: диагноз и прогноз, 27.06.2014. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://fom.ru/Zdorove-i-sport/11574 (дата обращения: 26.06.2018)

25 Платная медицина, 20.10.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12355 (дата обращения: 26.06.2018)

26 Новая услуга: платная скорая помощь, 05.02.2013. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://fom.ru/Zdorove-i-sport/10803 (дата обращения: 26.06.2018)

27 Медицинские полисы – добровольный и обязательный, 29.10.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12367 (дата обращения: 26.06.2018)

28 О врачах и качестве медицинской помощи, 13.10.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12346 (дата обращения: 26.06.2018)

29 Доминанты. Поле мнений. Социологический бюллетень. Здравоохранение, 11-12.07.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://bd.fom.ru/pdf/d28zd15.pdf (дата обращения: 26.06.2018)

30 Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов, 02.09.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370 (дата обращения: 29.06.2018)

31 Эффективность российского здравоохранения и система ОМС, 17.11.2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116534 (дата обращения: 29.06.2018)

32 Обязательное медицинское страхование: оценки россиян, 07.09.2016. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115852 (дата обращения: 29.06.2018)

33 Качество медицинских услуг: запрос населения, 23.04.2018. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9059 (дата обращения: 29.06.2018).

34 Врачи, больницы и лекарства: медицинские проблемы россиян, 19.03.2015. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=582 (дата обращения: 29.06.2018)

35 Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887 (дата обращения: 11.09.2018)

36 Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 году. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306 (дата обращения: 11.09.2018)

37 These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top?srnd=premium (дата обращения: 23.09.2018)

38 The Legatum Prosperity Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://prosperitysite.s3-accelerate.amazonaws.com/3515/1187/1128/Legatum_Prosperity_Index_2017.pdf (дата обращения: 11.09.2018).

39 Зубец А.Н. Истоки и история экономического роста. М.: Изд-во «Экономика», 2014. 463 с.

40 Статья «Смертность» в ЭС Брокгауза и Эфрона. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.vehi.net/brokgauz/

41 Human Development Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://hdr.undp.org/en/2016-report

42 OECD Better Life Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.oecdbetterlifeindex.org/ru/#/11111111111

43 Happy Planet Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://happyplanetindex.org/

44 Ruut Veenhoven. HAPPY LIFE EXPECTANCY. A comprehensive measure of quality-of-life in nations. Social Indicators Research, 1996, vol. 39, 1-58.

45 Quality of Life Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.internations.org/expat-insider/2017/the-best-and-worst-cities-for-expats-39279

46 City Momentum Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.jll.com/cities-research/City-Momentum

47 QS Best Student Cities ranking index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.topuniversities.com/city-rankings/2018

48 Global Talent Competitiveness Index, GTCI [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.insead.edu/sites/default/files/assets/dept/globalindices/docs/GTCI-2018-report.pdf

49 Quality of Life Rankings [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.usnews.com/news/best-countries/quality-of-life-full-list

50 State of global well-being. Results of Gallup-Healthways global well-being index. 2014.

51 Social Progress Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.socialprogressindex.com/

52 Global Competitiveness Index World Economic Forum [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf

53 Inclusive Development Index World economic forum [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:http://www3.weforum.org/docs/WEF_Forum_IncGrwth_2018.pdf

54 World Happiness Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2018/WHR_web.pdf

55 Global Human Capital Index World Economic Forum [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:http://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Human_Capital_Report_2017.pdf

56 Bloomberg Innovation Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.bloomberg.com/graphics/2015-innovative-countries/

57 Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации. Экологические приоритеты для России 2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://ac.gov.ru/files/publication/a/15600.pdf

58 Mercer Quality of living survey [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.mercer.com/newsroom/2018-quality-of-living-survey.html

59 Economist Intelligence Unit (World's Most Liveable Cities [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/Liveability_Free_Summary_2017.pdf

60 Anholt-GfK City Brands Index [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.gfk.com/fileadmin/user_upload/dyna_content/Global/documents/Press_Releases/2018/20180130_PM_CBI_2017_efin.pdf

61 City RepTrak [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.reputationinstitute.com/research/city-reptrak-2018

62 Глобальный Индекс финансовых центров [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://archive.longfinance.net/Publications/GFCI23.pdf

63 Индекс качества городской среды, разрабатываемый Минстроем РФ, Единым институтом развития в жилищной сфере ДОМ.РФ и КБ «Стрелка» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: www.индекс.дом.рф

64 Рейтинг 250 крупнейших городов России 2017 года по качеству жизни компании Domofond.ru [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.domofond.ru/city-ratings

65 «Самый благоустроенный город России» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL:http://www.minstroyrf.ru/trades/gradostroitelnaya-deyatelnost-i-arhitektura/vserossiyskiy-konkurs-na-zvanie-samoe-blagoustroennoe-gorodskoe-selskoe-poselenie-rossii/

66 «Лучшие города России» Коммерсантъ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.kommersant.ru/doc/2441305

67 Генеральный рейтинг привлекательности городской среды проживания (обитания) Российского союза инженеров [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://российский-союз-инженеров.рф/generalnyy-reyting-privlekatelnosti-gorodskoy-sredy-prozhivaniya-obitaniya-po-itogam-deyatelnosti-go.php

68 Рейтинг эффективности губернаторов, рассчитываемый Фондом развития гражданского общества [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://civilfund.ru/mat/view/101

69 Лучший город России [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://город-россии.рф/res/res-2017

70 2018 Millennial Cities Ranking [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: https://www.nestpick.com/millennial-city-ranking-2018/

71 А. Аганбегян. Сколько стоит жизнь человека в России? Экономическая политика, 2014, №1, С. 54-66

72 С. Гуриев. Мифы экономики. Заблуждения и стереотипы, которые распространяют СМИ и политики. Изд-во «Манн, Иванов и Фербер». 2017, 320 с., ISBN 978-5-00100-712-8, 978-5-91657-874-4.

73 The Health of Nations: The Value of a Statistical Life. Australian Safety and Compensation Council, March 2008.

74 Value of statistical life. Best Practice Regulation Guidance Note. Australian Government, Department of the Prime Minister and Cabinet, December 2014

75 Т. С. Карабчук, М. В. Никитина, В. П. Ремезкова, Н. Э. Соболева. Как оценить стоимость человеческой жизни? Экономическая социология. Т. 15. № 1. Январь 2014. С. 89-106.

76 Orley Ashenfelter. Measuring the Value of a Statistical Life: Problems and Prospects. Princeton University and IZA Bonn. Discussion Paper No. 1911. January 2006.

77 Agamoni Majumder, S Madheswaran. Value of Statistical Life: A Meta-Analysis with Mixed Effects Regression Model. The Institute for Social and Economic Change, Bangalore, 2016.

78 W. Kip Viscusi. The Value of Life. The Harvard John M. Olin Discussion Paper Series: Discussion Paper No. 517, 06/2005

79 W. Kip Viscusi and Joseph E. Aldy. The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates throughout the World. NBER Working Paper No. 9487. February 2003.

80 Трунов И.Л., Айвар Л.К., Харисов Г.Х. Эквивалент стоимости человеческой жизни. «Представительная власть — XXI век» Выпуск № 3 (69). 2006 г.

81 Hua Wang, Jie He. Policy Research Working Paper 5421. The Value of Statistical Life. A Contingent Investigation in China. The World Bank Development Research Group. Environment and Energy Team. September 2010.

82 Лисанов М.В. О стоимости человеческой жизни. Доклад в ФГУ ВНИИ ГОЧС 15.07.04.

83 Brad J. Bowland and John C. Beghin. Robust Estimates Of Value Of A Statistical Life for Developing Economies: An Application To Pollution And Mortality In Santiago. Center for Agricultural and Rural Development Iowa State University. WORKING PAPER 99-WP 214. December 1998.

84 Social cost of road crashes and injuries 2015 update. Ministry of Transport, New Zealand. March 2016.

85 Dr. Richard Tooth. Cost of road crashes: a review of key issues. LECG, Australian Railway Association Inc. 2010.

86 World report on road traffic injury prevention: summary. Edited by Margie Peden, Richard Scurfield, David Sleet, Dinesh Mohan, Adnan A. Hyder, Eva Jarawan, Colin Mathers. World Health Organization, Geneva. 2004.

87 US Department of Transportation. Office of Secretary of Transportation. Guidance of Treatment of the Economic Value of a Statistical Life (VSL) in US Department of Transportation Analyses – 2016 Adjustment.

88 The Value of Statistical life: a Meta-Analysis. Environment Directorate. Environment Policy Committee. Working Party on National Environmental Policies Organization for Economic Co-operation and Development 30-Jan-2012.

89 Ирина Фаст. Стоит жить. Средние выплаты компенсаций за гибель человека составляют от 70 до 140 тысяч рублей. Российская Газета, 11.02.2018.

90 15 миллионов за жизнь и смерть ребенка. Фонтанка.Ру, 20.06.2014

91 За тальк, вызывающий смертельный рак, Johnson&Johnson заплатит 37 миллионов долларов. ВЕРСИЯ – ИНФО, 06.05.2018.

92 Федеральный закон от 03.04.2017 № 52-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Конвенции для унификации некоторых правил международных воздушных перевозок».

93 Н. Зайков. Семьи погибших в Кемерове получили компенсации на сумму 318 млн рублей. «Российская газета», 25.04.2018.

94 Памятка военнослужащим и гражданам, призванным на военные сборы, и членам их семей. См. на сайте СК «СОГАЗ» по адресу: https://www.sogaz.ru/upload/documents/posobie_15_01_2018.pdf

95 «Родные погибших при крушении Су-30СМ в Сирии пилотов получат страховку». РИА «Новости», 04.05.2018.

96 «Власти Белгородской области выделят семье погибшего в Сирии летчика 1 млн рублей». ТАСС, 7 мая 2018 г.

97 См. базу данных World Bank на сайте организации http://data.worldbank.org/.

98 См. базу данных проекта http://www.worldvaluessurvey.org/WVSOnline.jsp.

99 WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition. Geneva: World Health Organization; 2018.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Исходные данные для оценки качества медицинского обслуживания в крупных и средних российских городах

Таблица А.1 - Число умерших и численность населения трудоспособного возраста по городам, где проводилось исследование по данным на 01.01.2017

Город	Число умерших жителей, чел.	Число жителей старше трудоспособного возраста, чел.	Отношение числа умерших к численности населения старше трудоспособного возраста, %
Астрахань	5 883	131 654	4,5
Барнаул	7 933	163 687	4,8
Владивосток	6 927	142 164	4,9
Волгоград	12 791	271 847	4,7
Воронеж	12 892	271 563	4,7
Грозный	1 419	25 319	5,6
Екатеринбург	15 979	340 570	4,7
Ижевск	7 204	131 929	5,5
Иркутск	6 763	127 201	5,3
Казань	12 655	289 841	4,4
Кемерово	6 719	129 775	5,2
Краснодар	10 561	221 345	4,8
Красноярск	10 963	218 436	5,0
Липецк	6 420	133 264	4,8
Махачкала	2 610	85 600	3,0
Москва	123 800	3 227 300	3,8
Набережные Челны	4 442	121 138	3,7
Нижний Новгород	17 010	330 666	5,1
Новокузнецк	7 497	133 032	5,6
Новосибирск	18 562	377 268	4,9
Омск	13 977	284 242	4,9
Оренбург	6 266	130 786	4,8
Пенза	6 358	140 503	4,5
Пермь	12 181	243 499	5,0
Ростов-на-Дону	12 503	281 008	4,4
Рязань	7 043	144 438	4,9
Самара	16 103	315 090	5,1
Санкт-Петербург	61 552	1 411 468	4,4
Саратов	11 267	223 705	5,0
Севастополь	5 681	116 020	4,9
Тольятти	8 088	176 675	4,6
Томск	5 613	120 595	4,7
Тюмень	6 168	141 831	4,3
Ульяновск	7 515	168 802	4,5
Уфа	12 657	241 140	5,2
Хабаровск	7 278	133 975	5,4
Челябинск	13 359	315 249	4,2
Ярославль	8 199	160 133	5,1

Таблица А.2 - Оценка качества медицинского обслуживания жителями крупных и средних российских городов

	Доля тех, кто считает, что в их городе хватает медицинских учреждений	Доля тех, кто полностью или в основном удовлетворен качеством медицинского обслуживания, которое они лично получают	Доля тех, кто за последние два-три года не сталкивались со случаями, когда у них не хватало денег на необходимое медицинское	Доля тех, у кого за последние два-три года не было случаев, когда у них не хватало денег на необходимое лекарство из-за его дороговизны	Доля тех, кто за последние два-три года не сталкивались со случаями обращения за мед. помощью в другой регион или за границу	Доля тех, у кого за последние два-три не было повода и желания подать судебный иск на врача или мед. учреждение
Астрахань	20%	72%	60%	54%	73%	69%
Барнаул	22%	63%	66%	55%	78%	71%
Владивосток	22%	70%	58%	64%	68%	68%
Волгоград	24%	63%	63%	57%	77%	70%
Воронеж	23%	67%	56%	53%	78%	72%
Грозный	36%	74%	60%	66%	41%	76%
Екатеринбург	25%	66%	65%	65%	80%	77%
Ижевск	17%	71%	63%	63%	80%	75%
Иркутск	25%	66%	56%	61%	77%	72%
Казань	26%	74%	62%	63%	80%	72%
Кемерово	26%	68%	64%	57%	73%	70%
Краснодар	25%	69%	59%	59%	76%	69%
Красноярск	24%	69%	63%	63%	79%	76%
Липецк	20%	65%	58%	56%	68%	74%
Махачкала	20%	66%	59%	67%	37%	62%
Москва	19%	75%	64%	65%	77%	73%
Набережные Челны	20%	69%	58%	65%	68%	69%
Нижний Новгород	24%	69%	63%	62%	78%	74%
Новокузнецк	27%	66%	64%	62%	82%	75%
Новосибирск	17%	65%	61%	62%	76%	70%
Омск	24%	67%	56%	52%	77%	72%
Оренбург	26%	70%	61%	60%	78%	71%
Пенза	26%	70%	63%	62%	77%	71%
Пермь	19%	71%	61%	62%	76%	75%

Продолжение таблицы А.2

Ростов-на-Дону	22%	69%	59%	60%	76%	72%
Рязань	24%	69%	58%	63%	72%	71%
Самара	22%	66%	63%	61%	78%	74%
Санкт-Петербург	21%	74%	65%	68%	82%	70%
Саратов	23%	66%	62%	56%	73%	70%
Севастополь	12%	64%	59%	58%	67%	72%
Тольятти	22%	64%	56%	61%	72%	73%
Томск	23%	66%	57%	60%	76%	78%
Тюмень	28%	77%	63%	60%	80%	76%
Ульяновск	24%	66%	61%	62%	72%	67%
Уфа	26%	72%	62%	60%	77%	72%
Хабаровск	22%	71%	61%	66%	70%	77%
Челябинск	23%	66%	61%	59%	76%	72%
Ярославль	23%	70%	61%	62%	76%	71%

Таблица А.3 - Бедность и пользование платными клиниками по городам, где проводились исследования

	Доля тех, кто пользуется медицинскими услугами в частных поликлиниках или больницах	Доля жителей города, которым доходов хватает не более чем на предметы первой необходимости (данные за 1 полугодие 2018 года)	Произведение долей
Астрахань	40%	69%	0,27
Барнаул	40%	69%	0,27
Владивосток	51%	65%	0,33
Волгоград	43%	69%	0,30
Воронеж	40%	67%	0,27
Грозный	38%	68%	0,26
Екатеринбург	38%	64%	0,24
Ижевск	36%	67%	0,24
Иркутск	39%	65%	0,25
Казань	42%	64%	0,27
Кемерово	36%	69%	0,25
Краснодар	41%	67%	0,27
Красноярск	48%	65%	0,31
Липецк	39%	67%	0,26
Махачкала	54%	68%	0,37
Москва	29%	57%	0,16
Набережные Челны	45%	66%	0,30
Нижний Новгород	38%	67%	0,25
Новокузнецк	37%	67%	0,25
Новосибирск	42%	65%	0,27
Омск	46%	66%	0,31
Оренбург	34%	67%	0,23
Пенза	40%	66%	0,26
Пермь	39%	68%	0,27
Ростов-на-Дону	40%	65%	0,26
Рязань	45%	66%	0,29
Самара	39%	63%	0,25
Санкт-Петербург	36%	56%	0,20
Саратов	40%	67%	0,27
Севастополь	50%	63%	0,32
Тольятти	36%	66%	0,24
Томск	40%	68%	0,27
Тюмень	38%	66%	0,25
Ульяновск	37%	68%	0,25
Уфа	39%	66%	0,25
Хабаровск	47%	64%	0,30
Челябинск	37%	65%	0,24
Ярославль	37%	67%	0,24

Таблица А.4 - Индексные показатели и суб-индексы для расчета Индекса качества медицинского обслуживания по городам, где проводились исследования

	Суб-индекс продолжительности жизни	Индексы по показателям, определяющим доступность качественного медицинского обслуживания				Суб-индекс доступности качественного медицинского обслуживания	Индексы по показателям, определяющим финансовую нагрузку медицинского обслуживания на бюджеты домохозяйств			Суб-индекс финансовой нагрузки медицинского обслуживания на бюджеты домохозяйств
		Доля тех, кто считает, что в их городе хватает медицинских учреждений	Доля тех, кто полностью или в основном удовлетворен качеством медицинского обслуживания, которое они лично получают	Доля тех, кто за последние два-три года не сталкивались со случаями обращения за мед. помощью в другой регион	Доля тех, у кого за последние два-три не было повода и желания подать судебный иск на врача или мед. учреждение		Доля тех, кто за последние два-три года не сталкивались со случаями, когда у них не хватало денег на необходимое медицинское обслуживание	Доля тех, у кого за последние два-три года не было случаев, когда у них не хватало денег на необходимое лекарство из-	Произведение долей бедных и тех, кто пользуется услугами платной медицины	
Астрахань	0,45	0,34	0,65	0,80	0,43	0,55	0,49	0,10	0,46	0,35
Барнаул	0,31	0,42	0,02	0,90	0,57	0,48	1,00	0,20	0,45	0,55
Владивосток	0,29	0,41	0,48	0,69	0,42	0,50	0,28	0,77	0,17	0,41
Волгоград	0,36	0,50	0,00	0,88	0,50	0,47	0,77	0,32	0,34	0,48
Воронеж	0,34	0,45	0,29	0,91	0,64	0,57	0,00	0,04	0,47	0,17
Грозный	0,01	1,00	0,77	0,08	0,90	0,69	0,47	0,86	0,53	0,62
Екатеринбург	0,36	0,53	0,23	0,96	0,95	0,67	0,97	0,84	0,60	0,80
Ижевск	0,07	0,22	0,57	0,96	0,84	0,65	0,69	0,71	0,63	0,68
Иркутск	0,12	0,53	0,22	0,88	0,63	0,56	0,07	0,55	0,56	0,39
Казань	0,49	0,58	0,78	0,95	0,65	0,74	0,65	0,66	0,47	0,60
Кемерово	0,18	0,60	0,37	0,80	0,54	0,58	0,84	0,29	0,60	0,57
Краснодар	0,33	0,53	0,43	0,86	0,43	0,56	0,30	0,42	0,46	0,39
Красноярск	0,24	0,52	0,42	0,93	0,87	0,68	0,76	0,71	0,28	0,58
Липецк	0,32	0,34	0,15	0,69	0,76	0,48	0,25	0,23	0,52	0,33
Махачкала	1,00	0,33	0,24	0,00	0,00	0,14	0,36	0,96	0,00	0,44
Москва	0,70	0,31	0,82	0,87	0,67	0,67	0,83	0,83	1,00	0,89
Набережные Челны	0,76	0,36	0,44	0,69	0,45	0,48	0,19	0,78	0,34	0,44
Нижний Новгород	0,19	0,50	0,44	0,91	0,76	0,65	0,74	0,62	0,57	0,64

Продолжение таблицы А.4

Новокузнецк	0,00	0,63	0,20	1,00	0,82	0,66	0,84	0,60	0,59	0,68
Новосибирск	0,28	0,23	0,15	0,85	0,54	0,44	0,49	0,64	0,46	0,53
Омск	0,28	0,51	0,30	0,89	0,65	0,59	0,07	0,00	0,28	0,12
Оренбург	0,33	0,60	0,52	0,91	0,59	0,65	0,57	0,51	0,67	0,58
Пенза	0,43	0,60	0,48	0,88	0,57	0,63	0,74	0,63	0,51	0,62
Пермь	0,24	0,31	0,54	0,85	0,83	0,63	0,56	0,63	0,49	0,56
Ростов-на-Дону	0,46	0,43	0,40	0,85	0,65	0,58	0,35	0,52	0,53	0,46
Рязань	0,29	0,51	0,43	0,77	0,59	0,58	0,19	0,67	0,36	0,41
Самара	0,20	0,41	0,24	0,91	0,78	0,59	0,73	0,54	0,59	0,62
Санкт-Петербург	0,49	0,39	0,80	1,00	0,52	0,68	0,92	1,00	0,82	0,91
Саратов	0,23	0,45	0,24	0,79	0,50	0,50	0,66	0,22	0,49	0,46
Севастополь	0,29	0,00	0,05	0,67	0,63	0,34	0,33	0,40	0,25	0,33
Тольятти	0,41	0,42	0,05	0,78	0,68	0,48	0,00	0,54	0,63	0,39
Томск	0,38	0,45	0,19	0,86	1,00	0,63	0,13	0,47	0,46	0,35
Тюмень	0,50	0,66	1,00	0,95	0,86	0,87	0,71	0,48	0,56	0,58
Ульяновск	0,46	0,49	0,18	0,77	0,36	0,45	0,58	0,61	0,56	0,58
Уфа	0,15	0,59	0,62	0,87	0,65	0,68	0,59	0,51	0,55	0,55
Хабаровск	0,08	0,41	0,55	0,73	0,93	0,66	0,55	0,85	0,32	0,57
Челябинск	0,54	0,46	0,19	0,86	0,66	0,54	0,55	0,46	0,61	0,54
Ярославль	0,20	0,45	0,50	0,86	0,60	0,60	0,51	0,64	0,60	0,59

Таблица А.5 - Итоговый Индекс качества медицинского обслуживания по городам, где проводилось исследование

	Город	Итоговый Индекс качества медицинского обслуживания
1	Москва	100
2	Санкт-Петербург	87
3	Тюмень	77
4	Екатеринбург	68
5	Казань	67
6	Пенза	57
7	Набережные Челны	56
8	Челябинск	52
9	Махачкала	49
10	Оренбург	47
11	Красноярск	43
12	Ростов-на-Дону	43
13	Ульяновск	42
14	Нижний Новгород	41
15	Пермь	38
16	Самара	35
17	Ижевск	34
18	Ярославль	34
19	Уфа	33
20	Томск	31
21	Астрахань	31
22	Новокузнецк	30
23	Барнаул	29
24	Кемерово	29
25	Грозный	29
26	Волгоград	27
27	Хабаровск	27
28	Краснодар	26
29	Тольятти	25
30	Рязань	25
31	Новосибирск	23
32	Владивосток	19
33	Саратов	18
34	Липецк	14
35	Воронеж	10
36	Иркутск	10
37	Омск	3
38	Севастополь	0

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Качество жизни в российских городах с населением более 500 тыс. чел., а также в Севастополе и Грозном

Таблица Б.1 –Данные по качеству жизни в российских городах с населением более 500 тыс. чел.

	Доля тех, кто оценивает состояние автомобильных дорог как хорошее и очень хорошее	Доля тех, кто оценивает работу общественного транспорта как хорошую и очень хорошую	Доля тех, кто оценивает работу Госавтоинспекции хорошую и очень хорошую	Доля тех, кто полностью или в основном согласен с тем, что в городе можно получить хорошее	Доля тех, кто полностью согласен с тем, что достаточно учреждений культуры	Доля тех, кто полностью доволен состоянием своего дома	Доля тех, кто полностью доволен благоустройством своего города	Доля тех, кто полностью доволен работой ЖКХ	Доля тех, кто считает, что в городе строится достаточное количество жилья	Доля тех, кто полностью согласен с тем, что местные власти много делают для благополучия жителей	Доля тех, кто полностью согласен с тем, что жители города могут сильно влиять на городскую власть	Доля тех, кому не приходилось за последний год давать взятки	Доля тех, кто полностью согласен с тем, что город удобен для жизни	Баланс миграции	Доля двух верхних групп
Астрахань	52%	56%	83%	73%	66%	66%	47%	38%	86%	32%	23%	79%	65%	0,13%	6%
Барнаул	54%	82%	85%	73%	79%	68%	67%	48%	86%	50%	30%	83%	83%	-0,33%	6%
Владивосток	43%	73%	75%	67%	82%	65%	68%	44%	77%	51%	25%	89%	79%	0,02%	12%
Волгоград	53%	76%	79%	77%	73%	67%	61%	41%	80%	36%	23%	79%	71%	0,04%	6%
Воронеж	51%	79%	79%	76%	81%	72%	76%	46%	93%	52%	32%	72%	87%	0,87%	7%
Грозный	94%	93%	94%	76%	77%	83%	95%	76%	83%	80%	42%	75%	92%	-0,02%	9%
Екатеринбург	62%	87%	86%	76%	85%	67%	76%	50%	86%	50%	34%	83%	83%	0,62%	10%
Ижевск	59%	83%	80%	74%	77%	68%	65%	52%	89%	47%	37%	80%	87%	0,12%	11%
Иркутск	49%	80%	87%	77%	78%	76%	69%	49%	82%	51%	32%	85%	83%	-0,36%	13%
Казань	87%	90%	87%	74%	80%	69%	83%	68%	85%	60%	30%	86%	87%	0,44%	10%
Кемерово	62%	76%	81%	76%	78%	68%	77%	51%	86%	47%	28%	83%	78%	0,50%	7%
Краснодар	66%	80%	80%	82%	80%	73%	75%	50%	96%	54%	31%	82%	84%	1,36%	8%

Продолжение таблицы Б.1

Красноярск	52%	74%	81%	81%	82%	71%	65%	55%	89%	40%	27%	87%	78%	0,45%	13%
Липецк	60%	84%	85%	72%	79%	64%	70%	38%	90%	49%	33%	76%	81%	0,03%	11%
Махачкала	52%	73%	79%	62%	80%	71%	61%	46%	92%	43%	29%	69%	83%	-0,22%	8%
Москва	82%	94%	70%	76%	87%	71%	81%	57%	90%	58%	30%	76%	79%	0,23%	16%
Наб. Челны	75%	78%	81%	70%	75%	70%	80%	53%	88%	63%	33%	80%	88%	0,02%	9%
Н. Новгород	53%	71%	79%	78%	75%	67%	63%	48%	84%	42%	25%	77%	83%	-0,04%	6%
Новокузнецк	58%	78%	82%	68%	75%	69%	73%	52%	82%	55%	31%	82%	69%	0,57%	5%
Новосибирск	51%	80%	81%	75%	81%	69%	65%	48%	87%	47%	32%	82%	80%	0,53%	10%
Омск	50%	72%	88%	72%	79%	70%	56%	42%	87%	39%	28%	78%	64%	-0,47%	10%
Оренбург	52%	79%	75%	76%	76%	76%	75%	50%	88%	41%	28%	78%	83%	-0,08%	9%
Пенза	57%	82%	79%	72%	73%	67%	68%	47%	84%	44%	33%	85%	85%	0,22%	9%
Пермь	56%	82%	84%	75%	76%	68%	71%	48%	81%	54%	31%	83%	78%	0,25%	9%
Ростов-на-Дону	59%	74%	81%	77%	74%	70%	66%	49%	88%	43%	26%	77%	79%	0,44%	9%
Рязань	47%	72%	83%	75%	74%	64%	62%	49%	95%	48%	31%	73%	79%	0,54%	14%
Самара	62%	80%	80%	76%	81%	70%	70%	46%	90%	49%	31%	73%	84%	-0,34%	12%
Санкт-Петербург	56%	84%	69%	76%	85%	67%	74%	52%	91%	46%	33%	72%	85%	0,84%	17%
Саратов	45%	73%	79%	76%	77%	68%	52%	45%	85%	40%	27%	80%	73%	0,25%	8%
Севастополь	45%	74%	83%	72%	86%	69%	73%	50%	87%	50%	29%	78%	85%	3,01%	7%
Тольятти	68%	77%	81%	61%	70%	68%	64%	57%	89%	42%	27%	77%	76%	-0,34%	9%
Томск	52%	79%	84%	80%	74%	74%	71%	49%	82%	43%	28%	84%	79%	0,00%	8%
Тюмень	78%	85%	85%	79%	80%	71%	80%	54%	92%	63%	35%	85%	90%	2,32%	9%
Ульяновск	55%	71%	80%	76%	75%	65%	62%	44%	94%	42%	30%	77%	79%	0,39%	9%
Уфа	70%	82%	84%	76%	76%	73%	74%	55%	93%	53%	35%	82%	83%	0,01%	12%
Хабаровск	56%	75%	84%	75%	86%	69%	79%	49%	84%	56%	21%	85%	74%	0,28%	16%
Челябинск	54%	71%	86%	76%	84%	68%	57%	44%	91%	36%	25%	83%	72%	0,21%	9%
Ярославль	45%	78%	82%	75%	76%	63%	66%	38%	89%	41%	26%	79%	83%	0,34%	9%

Таблица Б.2 - Результаты расчетов суб-индексов и итогового Индекса качества жизни по городам с населением более 500 тыс. чел., а также Севастополя и Грозного

	Суб-индекс Медицина	Суб-индекс Дороги	Суб-индекс Образование и культура	Суб-индекс ЖКХ и жилищное строительство	Суб-индекс Работа городских властей	Суб-индекс Удобство города для жизни	Суб-индекс Миграция	Суб-индекс Доход	Итоговый Индекс качества жизни
Астрахань	0,35	0,29	0,37	0,27	0,20	0,02	0,29	0,13	0
Барнаул	0,40	0,57	0,63	0,46	0,48	0,67	0,18	0,08	42
Владивосток	0,23	0,31	0,54	0,35	0,53	0,51	0,26	0,56	37
Волгоград	0,36	0,44	0,60	0,33	0,22	0,25	0,27	0,09	17
Воронеж	0,16	0,45	0,74	0,58	0,34	0,81	0,46	0,15	48
Грозный	0,36	0,99	0,66	0,91	0,72	1,00	0,25	0,34	90
Екатеринбург	0,75	0,66	0,82	0,51	0,53	0,65	0,40	0,42	76
Ижевск	0,43	0,54	0,61	0,49	0,50	0,82	0,28	0,50	61
Иркутск	0,19	0,54	0,70	0,53	0,54	0,66	0,17	0,70	57
Казань	0,70	0,84	0,67	0,67	0,59	0,79	0,36	0,40	84
Кемерово	0,40	0,51	0,68	0,53	0,43	0,50	0,37	0,17	45
Краснодар	0,32	0,55	0,86	0,62	0,50	0,69	0,58	0,24	66
Красноярск	0,50	0,43	0,88	0,54	0,43	0,48	0,36	0,68	64
Липецк	0,20	0,61	0,60	0,39	0,39	0,59	0,27	0,51	45
Махачкала	0,42	0,40	0,38	0,48	0,19	0,68	0,21	0,23	29
Москва	1,00	0,63	0,86	0,65	0,42	0,51	0,31	0,89	91
Н. Челны	0,52	0,59	0,47	0,59	0,56	0,83	0,26	0,36	61
Н. Новгород	0,50	0,39	0,66	0,41	0,26	0,65	0,25	0,09	35
Новокузнецк	0,44	0,51	0,43	0,50	0,50	0,17	0,39	0,00	27
Новосибирск	0,30	0,48	0,71	0,47	0,47	0,56	0,38	0,38	50
Омск	0,09	0,49	0,60	0,39	0,30	0,00	0,15	0,39	13
Оренбург	0,54	0,41	0,64	0,60	0,31	0,66	0,24	0,32	48
Пенза	0,62	0,51	0,48	0,44	0,51	0,74	0,31	0,32	55
Пермь	0,43	0,56	0,61	0,44	0,52	0,49	0,32	0,33	48
Ростов-на-Дону	0,46	0,47	0,62	0,49	0,29	0,52	0,36	0,38	45
Рязань	0,30	0,42	0,57	0,46	0,31	0,52	0,38	0,73	48
Самара	0,45	0,53	0,74	0,50	0,32	0,69	0,18	0,56	55
Санкт-Петербург	0,91	0,40	0,82	0,54	0,29	0,74	0,45	1,00	87
Саратов	0,28	0,37	0,66	0,35	0,31	0,32	0,32	0,24	25
Севастополь	0,05	0,42	0,74	0,52	0,38	0,74	0,96	0,20	57
Тольятти	0,30	0,54	0,16	0,52	0,27	0,41	0,18	0,31	21
Томск	0,35	0,51	0,69	0,52	0,42	0,53	0,26	0,28	45
Тюмень	0,78	0,73	0,79	0,64	0,67	0,91	0,80	0,30	100
Ульяновск	0,47	0,40	0,62	0,43	0,33	0,53	0,35	0,33	42
Уфа	0,42	0,64	0,64	0,63	0,55	0,68	0,26	0,59	67
Хабаровск	0,34	0,51	0,81	0,52	0,44	0,35	0,32	0,93	62
Челябинск	0,56	0,48	0,80	0,41	0,31	0,29	0,31	0,37	43
Ярославль	0,41	0,44	0,61	0,35	0,29	0,65	0,34	0,37	42

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Медианная «стоимость» жизни и инвалидности по социально демографическим группам и по отдельным городам за 2017 год

Таблица В. 1 - Данные по медианной «стоимости» жизни и инвалидности по социально-демографическим группам и по отдельным городам за 2017 год

		Медианное значение «стоимости» жизни, млн. руб.	Медианное значение «стоимости» инвалидности, млн. руб.
Среднее		1,4	1,2
Пол	Мужской	1,8	1,3
	Женский	1,3	1,1
Возраст	18 - 30 лет	1,4	1,0
	30 - 40 лет	1,6	1,3
	40 - 50 лет	1,7	1,3
	50 - 60 лет	1,4	1,2
	Более 60 лет	1,4	1,0
Образо-вание	Среднее и неполное среднее	1,3	0,9
	Среднее техническое	1,3	1,0
	Высшее и послевузовское	1,6	1,3
	Незаконченное высшее	1,3	0,8
Самооценка уровня дохода	Денег с трудом хватает на питание	1,4	1,1
	Питаемся хорошо, можем приобрести предметы первой необходимости	1,4	1,1
	Можем купить крупную бытовую технику, но не новый автомобиль	1,5	1,2
	Могу купить новый автомобиль, но не квартиру	1,5	1,3
	Могу купить квартиру или новый дом	2,1	2,3
Профессиональный статус	Руководитель предприятия / учреждения, частный предприниматель, владелец бизнеса, командир части	2,6	1,7
	Заместитель руководителя, совладелец бизнеса	1,6	1,2
	Руководитель среднего звена, руководитель подразделения	1,7	1,3
	Специалист с высшим образованием без руководящих функций	1,5	1,3
	Служащий без высшего образования, работающий преимущественно в офисе	1,2	1,2
	Обслуживающий персонал (включая водителей, работников сферы обслуживания и продавцов)	1,3	1,0

Продолжение таблицы В.1

	Рабочий (включая бригадиров и мастеров)	1,3	1,0
	Специалист, ведущий частную практику, фрилансер	2,3	1,0
	Военнослужащий, сотрудник правоохр. органов, охранных предприятий	1,5	1,3
	Домохозяйка (в т.ч. в отпуске по уходу за ребенком)	1,3	1,0
	Не работающий пенсионер	1,4	1,1
	Студент	1,1	0,5
	Временно не работаю	1,9	1,2
Город	Москва	1,8	1,4
	Санкт-Петербург	1,7	1,3
	Новосибирск	1,6	1,1
	Екатеринбург	1,3	1,2
	Нижний Новгород	1,3	1,0
	Самара	1,4	1,2
	Омск	1,4	1,0
	Казань	1,9	1,1
	Челябинск	1,4	1,0
	Ростов-на-Дону	1,3	1,1
	Уфа	1,3	1,2
	Волгоград	1,3	1,0
	Пермь	1,3	1,0
	Красноярск	1,6	1,0
	Воронеж	1,3	1,1
	Саратов	1,4	1,1
	Краснодар	1,5	1,1
	Тольятти	1,4	1,2
	Ижевск	1,4	1,1
	Ульяновск	1,3	1,0
	Барнаул	1,3	1,0
	Владивосток	1,4	1,2
	Ярославль	1,2	1,1
	Иркутск	1,9	1,2
	Тюмень	1,5	1,1
	Хабаровск	1,4	1,1
	Махачкала	1,3	1,1
	Новокузнецк	1,4	1,1
	Оренбург	1,3	1,1
	Томск	1,3	1,1
	Кемерово	1,4	1,0
	Рязань	1,6	1,1
	Астрахань	1,4	1,1
	Пенза	1,3	0,9
	Набережные Челны	1,3	1,0
	Липецк	1,4	1,1
	Севастополь	1,4	1,1
	Грозный	1,4	1,1

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Данные для анализа влияния вредных привычек на продолжительность жизни населения по странам мира в среднем в 2000-2017 гг.

Таблица Г.1 - Данные для анализа влияния вредных привычек на продолжительность жизни населения по странам мира в среднем в 2000-2017 годах

	Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Средний Индекс массы тела	Потребление чистого алкоголя на душу населения старше 15 лет, л. в год	Out-of-pocket expenditure per capita, PPP (current international $)	Индекс доступности основных медико-санитарных услуг
Австралия	81,2	27,2	12,6	0,6	80
Австрия	80,0	25,4	8,5	0,7	80
Албания	76,1	26,1	6,6	0,3	62
Аргентина	75,3	27,7	7,6	0,3	76
Армения	73,1	26,7	5,5	0,3	67
Беларусь	70,5	26,6	17,1	0,2	74
Бельгия	79,6	25,5	10,8	0,7	80
Болгария	73,2	26,0	11,3	0,4	64
Боливия	65,2	25,9	5,8	0,1	60
Босния и Герцеговина	75,7	26,1	7,5	0,3	57
Бразилия	73,0	25,9	9,1	0,3	77
Буркина Фасо	55,5	22,1	7,4	0,0	39
Великобритания	79,7	27,3	12,0	0,3	80
Венгрия	73,8	26,3	12,4	0,4	70
Вьетнам	74,8	21,6	8,7	0,1	73
Гана	59,9	24,2	5,4	0,1	45
Германия	79,6	26,3	10,6	0,5	79
Греция	79,9	27,3	9,3	0,8	70
Грузия	72,7	27,2	6,7	0,3	66
Дания	78,7	25,3	10,2	0,5	80
Доминиканская Респ.	72,3	26,7	7,6	0,2	74
Ирландия	79,6	27,5	10,9	0,5	78
Исландия	81,6	25,9	6,9	0,6	80
Испания	81,2	26,7	10,6	0,6	77
Италия	81,5	26,0	6,1	0,6	80
Кабо Верде	71,7	24,7	7,2	0,1	62
Казахстан	68,0	27,4	8,2	0,2	71
Камбоджа	64,7	21,9	6,1	0,1	55

Продолжение таблицы Г.1

Камерун	54,3	24,4	7,7	0,1	44
Канада	80,8	27,2	10,3	0,6	80
Китай	74,5	23,9	7,6	0,1	76
Колумбия	72,8	25,9	6,6	0,1	76
Корея, Респ.	79,3	23,9	10,9	0,6	80
Коста Рика	78,5	26,9	5,1	0,2	75
Лаосская НДР	63,2	22,6	7,5	0,1	48
Латвия	72,5	25,8	10,6	0,4	64
Лесото	49,6	24,9	6,4	0,0	45
Либерия	57,5	24,0	5,2	0,0	34
Литва	72,7	26,6	16,2	0,3	67
Люксембург	80,1	26,5	11,2	0,6	80
Мальта	80,1	27,2	7,2	0,7	79
Мексика	75,8	28,1	6,8	0,4	76
Молдова	69,1	26,7	17,4	0,2	65
Монголия	66,4	26,0	7,8	0,1	63
Нигерия	49,8	23,4	11,3	0,1	39
Норвегия	80,6	26,0	7,0	0,7	80
Панама	76,5	27,1	7,7	0,3	75
Парагвай	71,8	25,8	9,6	0,2	69
Польша	75,7	26,4	11,5	0,3	75
Португалия	78,9	26,2	12,5	0,6	80
Российская Федерация	68,0	26,5	14,5	0,3	63
Румыния	73,0	25,3	12,9	0,1	72
Свазиленд	50,6	26,5	6,4	0,1	58
Сербия	73,7	25,8	12,9	0,3	65
Словацкая Республика	74,9	26,5	12,5	0,3	76
Словения	78,6	26,9	10,9	0,3	78
Соединенные Штаты	78,0	28,8	9,0	0,9	80
Сьерра Леоне	46,0	22,8	8,2	0,1	36
Таиланд	73,1	24,1	8,3	0,1	75
Танзания	58,8	23,1	8,1	0,0	39
Уганда	54,7	22,0	10,5	0,0	44
Украина	69,4	26,0	11,8	0,2	63
Уругвай	76,2	26,8	7,0	0,2	79
Филиппины	68,1	23,2	5,6	0,1	58
Финляндия	79,6	25,9	11,9	0,6	79
Хорватия	75,9	25,5	11,7	0,2	69
Чешская Республика	76,9	26,9	14,1	0,2	73
Чили	78,2	27,8	9,3	0,4	70
Швейцария	81,8	25,3	10,4	1,5	80
Швеция	81,1	25,8	8,7	0,6	80
Эквадор	74,7	27,0	6,1	0,3	75
Южная Африка	56,2	27,3	11,5	0,1	67
Ямайка	74,2	27,4	5,1	0,1	60
Япония	82,5	22,6	7,5	0,4	80

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Техническое задание на выполнение научно-исследовательской работы по теме: «ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ»

1. Общие сведения

1.1. Основание для выполнения научно-исследовательской работы (НИР): государственное задание Финансового университета при Правительстве Российской Федерации на 2018 год.

1.2. Источник финансирования: средства федерального бюджета.

1.3. Научная специальность: 22.00.03 (Экономическая социология и демография); 08.00.05 (экономика и управление народным хозяйством)

2. Цель и выполняемые работы

2.1 Цель НИР: Определение потребительской оценки качества медицинского обслуживания в России, а также его влияния на повышение качества жизни населения России.

2.2 Для реализации поставленной цели должны быть выполнены следующие работы:

2.2.1 Сравнительный анализ отечественных и зарубежных научно-методических подходов к оценке качества жизни людей и качества медицинского обслуживания населения как составной части качества жизни;

2.2.2 Анализ показателей, используемых для оценки качества жизни и качества медицинского обслуживания в России и в экономически развитых странах мира (США, Франция, Великобритания, Германия и др.);

2.2.3 Совершенствование системы критериев, объективных и субъективных показателей, а также методики расчета показателей для оценки качества жизни в России и качества медицинского обслуживания как

составной части качества жизни с учетом мирового опыта применения современной модели «непрерывного улучшения качества» (TQM);

2.2.4 Оценка качества медицинского обслуживания в России, определение ожиданий населения в части качества медицинского обслуживания, а также оценка чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям населения в части качества медицинской помощи;

2.2.5 Оценка влияния уровня медицинского обслуживания на восприятие населением качества собственной жизни;

2.2.6 Оценка «стоимости» жизни человека в современных условиях;

2.2.7 Оценка готовности россиян заботиться о собственном здоровье с целью повышения продолжительности жизни, методы стимулирования склонности россиян к здоровому образу жизни (ЗОЖ);

2.2.8 Оценка динамики средней ожидаемой продолжительности жизни россиян с учетом повышения качества медицинского обслуживания населения;

2.2.9 Разработка научно-практических рекомендации по улучшению качества медицинского обслуживания с учетом современных технологий организации медицинского обслуживания, а также мер по повышению чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям населения в части повышения качества медицинской помощи.

3. Ожидаемые результаты

Результатами данной работы должны стать:

- Анализ современных российских и международных подходов к оценке качества жизни населения (раздел 2, подраздел 2.2);

- Анализ современных российских и мировых подходов к оценке качества медицинского обслуживания населения как важнейшей составляющей качества жизни (раздел 1, подраздел 1.1);

- Система объективных и субъективных показателей и методика для оценки качества жизни населения в России (раздел 2, подраздел 2.4);
- Оценки качества жизни населения России (раздел 2, подраздел 2.5);
- Система объективных и субъективных показателей, а также методика для оценки качества медицинского обслуживания населения России как составной части качества жизни людей (раздел 2, подраздел 2.4);
- Оценки качества медицинского обслуживания населения России (раздел 1, подраздел 1.3);
- Оценка ожиданий населения по повышению качества медицинской помощи, оценка чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям населения в части повышения качества медицинского обслуживания (раздел 1, подраздел 1.4);
- Предложения по совершенствованию системы медицинского обслуживания населения России и повышению чувствительности российской системы здравоохранения к ожиданиям граждан с использованием современных методов организации медицинского обслуживания (раздел 5);
- Анализ влияния уровня медицинского обслуживания на восприятие населением качества своей жизни в России и за рубежом (раздел 3);
- Анализ влияния качества медицинского обслуживания на среднюю ожидаемую продолжительность жизни (раздел 4);
- Численная оценка «стоимости» человеческой жизни, сделанная с учетом данных по средней ожидаемой продолжительности жизни в России и за рубежом (раздел 3, подраздел 3.6, 3.7);
- Прогноз динамики средней ожидаемой продолжительности жизни россиян с учетом повышения качества медицинского обслуживания населения и повышения готовности россиян следовать рекомендациям ЗОЖ (раздел 4, подраздел 4.4);
- подготовленные проекты аналитических записок.

По теме исследования и ее результатам необходимо иметь:

- до 20 января 2020 года не менее 2 (двух) публикации в изданиях, индексируемых в базе данных «Сеть науки» (Web of Science) или индексируемых в базе данных Scopus;

- до 20 января 2019 года не менее 8 (восьми) публикаций, в журналах из списка ВАК рекомендованных Финуниверситетом и отраженных Google Scholar, в реквизитах которых обязательна ссылка по форме: «Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финуниверситету».

Основные результаты исследования должны быть опубликованы в СМИ.

Полученные в ходе исследования прикладные результаты должны быть оформлены в виде результатов интеллектуальной деятельности (РИД).

По теме НИР должны быть организованы исследования в рамках подготовки кандидатских и докторских диссертаций.

4. Этапы НИР

Научно-исследовательская работа выполняется в один этап с выплатой аванса в размере 30% от стоимости НИР.

Начало: с даты подписания технического задания.

Окончание: до 06 ноября 2018г.

5. Требования к отчетной документации

Результаты исследований оформляются в виде отчета о НИР. Отчет о НИР должен быть выполнен в соответствии с ГОСТ 7.32 - 2001 (в ред. Изменения № 1 от 01.12.2005, ИУС № 12, 2005) «Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления». Рекомендуемый объем отчета не более 200 страниц.

При этом разделы, относящиеся к содержательной части, должны заканчиваться конкретными результатами и рекомендациями по их

практическому использованию. В сведенном виде полученные результаты должны быть изложены в заключении. В совокупности информация, являющаяся результатом исследований, посвященная рекомендациям по их использованию и прогнозу результатов от их использования должна составить не менее 40% от общего объема отчета.

Математические модели, предусмотренные Техническим заданием, должны отвечать следующим требованиям:

- адекватности - способности отображать заданные свойства объекта с погрешностью не выше заданной;
- точности - совпадению значений параметров действительного объекта и рассчитанных на математических моделях;
- универсальности - полноте отображения в модели свойств реального объекта;
- экономичности - достаточности необходимых затрат машинной памяти, времени и/или количества операций необходимых при одном обращении к модели;
- новизны - обоснованности, новых решений поставленных задач с помощью математической модели, разработке и использованию новых принципов решения задач, способности решать новые задачи.
- практической применимости - возможности практического применения математической модели потенциальным Заказчиком, востребованности модели на рынке.

При построении модели целесообразно предусмотреть следующие этапы:

Формулировка проблемы. Описание проблемы и обоснование необходимости использования математической модели для ее решения, актуальность и практическая применимость математической модели;

Формализация. Постановка целей и задач моделирования. Выбор численного аппарата и проведение вычислений/решение уравнений. Отладка и корректировка модели. Оценка точности и интерпретация результатов.

Предложения, предусматривающие совершенствование законодательства, должны готовиться специалистами юридического профиля и содержать конкретные предложения по внесению изменений в действующие нормативные акты.

К отчету о НИР прилагается отчет системы «Антиплагиат – ВУЗ» о проверке на использование заимствованного материала с подписью руководителя НИР. Объем авторского текста исполнителей НИР должен составлять не менее 80%.

Для проведения экспертизы отчет о НИР представляется в электронном виде (одним файлом в формате Word) в Управление координации научных исследований до 24 октября 2018г., а в отпечатанном и сброшюрованном виде (пружина) до 06 ноября 2018г.

Кроме отчета в виде отдельных документов представляются проект аналитической записки в органы законодательной и исполнительной власти, подготовленный в соответствии с «Методическими рекомендациями по подготовке аналитических записок в рамках экспертно-аналитической деятельности» и презентация (в формате Power Point), в которых должны быть отражены цель, полученные результаты, предложения по их практическому использованию в интересах Правительства Российской Федерации, министерств, ведомств, организаций, учреждений; справка, содержащая краткие сведения о публикациях, результатах интеллектуальной деятельности (РИД), подготовленных или готовящихся кандидатских и докторских диссертациях.

6. Порядок приемки НИР

Отчет о НИР принимается экспертной комиссией, назначенной приказом Финуниверситета, на основе технического задания в течение 30 рабочих дней со дня представления отчета о НИР в Управление координации научных исследований. Решение экспертной комиссии оформляется заключением. Приемка НИР оформляется актом сдачи-приемки установленной формы с учетом заключения экспертной комиссии.