

Правительство Российской Федерации  
ФИНАНСОВЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Финансовый университет)

УДК 316.33; 316.27  
Регистрационный № НИОКР

115070810143

Регистрационный № ИКРБС

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

\_\_\_\_\_ Д.Е. Сорокин

« » \_\_\_\_\_ 2015 г.

Отчет  
О НАУЧНО - ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

по теме:

ИССЛЕДОВАНИЕ СПРАВЕДЛИВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ  
«СТОИМОСТИ ЖИЗНИ» В СВЯЗИ С ГИБЕЛЬЮ ЧЕЛОВЕКА  
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Руководитель НИР,  
заведующий кафедрой  
«Прикладная социология»  
д-р эконом. наук

\_\_\_\_\_ А.Н. Зубец

\_\_\_\_\_ 2015 г.

Москва 2015

## СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель НИР,  
заведующий кафедрой  
«Прикладная социология»,  
д-р эконом. наук

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

А.Н. Зубец  
(подразделы 2.3, 3.3,  
раздел 4, заключение,  
список использованных  
источников, приложение)

Исполнители:

Заместитель заведующего  
кафедрой «Прикладная  
социология» по научной  
работе, профессор кафедры  
«Прикладная социология»,  
д-р социол. наук, профессор

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

А.В. Новиков  
(реферат, введение,  
раздел 1, список  
использованных  
источников, приложение)

Профессор кафедры  
«Прикладная социология»,  
д-р эконом. наук, профессор

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

А.В. Ярашева  
(подраздел 3.1,  
заключение, список  
использованных  
источников, приложение)

Заместитель заведующего  
кафедрой «Прикладная  
социология», доцент кафедры  
«Прикладная социология»,  
к. ф. н., доцент  
Заведующая учебной  
лабораторией кафедры  
«Прикладная социология»

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

А.Ю. Оборский  
(реферат, введение,  
список использованных  
источников, приложение)

Заместитель проректора по  
международному  
сотрудничеству

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

Е.И. Шарафутдинова  
(список использованных  
источников, приложение)

Заведующая учебно-научной  
социологической  
лабораторией

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

М.Е. Родионова  
(подраздел 2.1, список  
использованных  
источников)

Аспирант кафедры  
«Прикладная социология»

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

К.А. Трофимова  
(подраздел 3.1, список  
использованных  
источников, приложение)

Магистрант кафедры  
«Прикладная социология»

\_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

А.С. Сазанаква  
(подраздел 1.1, список  
использованных  
источников)

## РЕФЕРАТ

Отчет 160 с., 14 рис., 12 табл., 97 источников, 1 прил.

СТОИМОСТЬ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, СТОИМОСТЬ СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ, КРИТЕРИИ ПОНЕСЕННОГО УЩЕРБА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОБЪЕКТИВНЫЕ ИНДИКАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, СУБЪЕКТИВНЫЕ ИНДИКАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

*Объектом исследования* является жизнь человека и его интересы, связанные с величиной справедливого и объективного материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при чрезвычайных ситуациях (далее ЧС) различного происхождения в рамках общего возмещения материального ущерба при ЧС, а также с качеством оказываемых человеку медицинских услуг.

*Цель работы:*

- разработка методики определения величины справедливого материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения в рамках общего возмещения материального ущерба при ЧС;
- разработка методики определения качества медицинского обслуживания населения российских городов.

Для реализации поставленной цели выполнены следующие работы:

- исследование и обоснование критериев определения величины справедливого материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного

происхождения в рамках общего возмещения материального ущерба при ЧС;

- разработка методики определения величины справедливого материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения в рамках общего возмещения материального ущерба при ЧС;
- разработка системы из объективных и субъективных индикативных показателей для исследования качества медицинского обслуживания населения российских городов;
- разработка методики для определения качества медицинского обслуживания населения российских городов;
- проведение исследования качества медицинского обслуживания населения на примере следующих российских городов: Астрахань, Барнаул, Владивосток, Волгоград, Воронеж, Екатеринбург, Ижевск, Иркутск, Кемерово, Казань, Краснодар, Красноярск, Липецк, Махачкала, Москва, Набережные Челны, Нижний Новгород, Новокузнецк, Новосибирск, Омск, Оренбург, Пенза, Пермь, Ростов-на-Дону, Рязань, Санкт-Петербург, Самара, Саратов, Тольятти, Томск, Тюмень, Ульяновск, Уфа, Хабаровск, Челябинск, Ярославль.

*Методология исследования* основана на системно-информационный подходе, позволяющем осуществить междисциплинарный анализ взаимовлияния основных целевых установок жизнедеятельности населения российских городов в современных условиях экономического развития с учетом требований национальной экономической безопасности на величины справедливого материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения, а также качество оказываемых человеку медицинских услуг.

Расчеты произведены в Microsoft Excel, а также в SPSS.

*Теоретической основой* настоящего исследования служат:

- классические и современные труды отечественных и зарубежных ученых-экономистов и социологов, материалы научно-практических конференций и семинаров, научных исследований, посвященных проблемам качества жизни населения;
- данные докладов и отчетов международных и российских организаций;
- опубликованные данные правительственных программ социально-экономического развития;
- энциклопедии, словари, интернет-издания.

В работе использованы правовые документы Российской Федерации, регулирующие исследуемые социально-экономические процессы.

*Эмпирическую основу* исследования составили:

- материалы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, Министерства экономического развития и торговли РФ;
- данные академических научно-исследовательских институтов;
- экспертные оценки специалистов о величине справедливого материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения;
- различные оценки качества оказываемых медицинских услуг населению российских городов;
- материалы периодической печати.

*Основными понятиями* в научно-исследовательской работе являются понятия чрезвычайной ситуации, «стоимости жизни» человека (стоимость среднестатистической жизни - ССЖ), а также понятие качества медицинских услуг, оказываемых человеку в рамках действующей в стране системы здравоохранения.

Чрезвычайная ситуация (ЧС) - это 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).

«Стоимость жизни» человека (стоимость среднестатистической жизни - ССЖ) 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 [1].

«Качество медицинских услуг», оказываемых человеку, является оценочной категорией, определяемой объективными и субъективными индикативными показателями жизнедеятельности человека и/или социума по отношению к объективному и/или субъективному эталону имеющихся у них потребностей, интересов, ценностей и целей.

*Результатами* данной работы должны стать:

- методика определения величины справедливого материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения в рамках общей системы возмещения ущерба от ЧС;
- методика определения качества медицинского обслуживания населения российских городов;
- результаты определения величины справедливого материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения в рамках общей системы компенсации ущербов от ЧС;
- оценки качества медицинского обслуживания населения российских городов.

Научная новизна исследования заключается в разработке:

- критериев и методики определения величины справедливого материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения в рамках общей системы возмещения ущерба от ЧС;
- системы объективных и субъективных индикативных показателей для исследования качества медицинского обслуживания населения российских городов;
- методики для определения качества медицинского обслуживания населения российских городов.

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

- 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 разработки мер обеспечения безопасности человека;
- при планировании правоохранительной деятельности, деятельности служб МЧС, служб системы здравоохранения, аварийных служб и др.;
- для определения страховых сумм, страховых премий и выплат при страховании жизни и здоровья российских граждан;
- при оценке реальной эффективности работы системы здравоохранения в российских городах;
- при планировании и разработке мер по улучшению качества медицинского обслуживания населения российских городов.

Определение обследуемой совокупности.

По мнению авторов исследования, проведение НИР по теме «Исследование справедливого возмещения «стоимости жизни» в связи с гибелью человека в чрезвычайных ситуациях», в отношении исследования справедливого и объективного материального возмещения ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения целесообразно провести, используя среднестатистические данные на уровне Российской Федерации, так как сложно представить, чтобы «стоимость жизни» человека варьировалась от региона к региону или от города к городу. Однако, исследования качества медицинского обслуживания целесообразно проводить в отношении населения крупных и средних населенных пунктов, в которых работа системы здравоохранения имеет свои особенности. В связи с этим анализ работы лечебных учреждений целесообразно проводить для российских городов с населением более 500 тыс. человек, к которым относятся: Астрахань, Барнаул, Владивосток, Волгоград, Воронеж, Екатеринбург, Ижевск, Иркутск, Кемерово, Казань, Краснодар, Красноярск, Липецк, Махачкала, Москва, Набережные Челны, Нижний Новгород, Новокузнецк, Новосибирск, Омск, Оренбург, Пенза, Пермь, Ростов-на-Дону, Рязань, Санкт-Петербург, Самара, Саратов, Тольятти, Томск, Тюмень, Ульяновск, Уфа, Хабаровск, Челябинск, Ярославль, используя среднестатистические данные о медицинском обслуживании населения в указанных городах, а также данные социальных опросов самого населения этих городов о качестве оказываемых человеку медицинских услуг.

Федеральной службой государственной статистики (Росстат) предоставляются достоверные сведения по Российской Федерации в целом и по каждому российскому городу, являющие собой отдельные объективные социально-экономические характеристики, применяемые в НИР в качестве объективных индикативных показателей.

Выбор субъективных индикативных показателей обследуемой совокупности по заданным параметрам квот (не менее 600 респондентов в

каждом городе) осуществляется по данным социологических опросов населения названных выше российских городов, а также по опубликованным данным социологических исследований качества жизни, проводимых в данных городах, что гарантирует статистически значимые результаты исследования.

Основные методы сбора информации:

- вторичный анализ данных официальных статистических сборников, докладов и отчетов международных и российских организаций;
- контент-анализ современных научных трудов отечественных и зарубежных ученых—экономистов и социологов, материалы научно-практических конференций и семинаров, научных исследований, посвященных проблемам качества жизни населения;
- сбор совместно с Росгосстрахом первичной социальной информации, проводимом при помощи массового анкетирования.

Работа выполнена на кафедре «Прикладная социология» ФГОБУВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации» в течение марта - октября 2015 года.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	13
1 Анализ теоретико-методологических подходов к исследованию величины справедливого материального возмещения семьям погибших при ЧС различного происхождения, а также к исследованию качества медицинского обслуживания населения российских городов. ....	20
1.1 Анализ теоретико-методологических подходов к определению величины справедливого материального возмещения объективно понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения .....	20
1.2 Анализ теоретико-методологических подходов к оценке качества медицинского обслуживания населения в российских городах .....	34
2 Методика определения величины справедливого и объективного материального возмещения понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения .....	46
2.1 Исследование и обоснование критериев определения оценки объективной и справедливой «стоимости» человеческой жизни при наступлении ЧС .....	46
2.1.1 Российская практика компенсаций в связи с гибелью людей на производстве, транспорте или при исполнении служебных обязанностей ....	46
2.1.2 Практика компенсаций в связи с гибелью людей и нанесения ущерба их здоровью в зарубежных странах .....	57
2.1.2.1 Выплаты семьям погибших военнослужащих .....	57
2.1.2.2 Компенсации жертвам терактов .....	59
2.1.2.3 Жертвы авиакатастроф .....	61
2.1.3 Оценки «справедливого» возмещения в связи с гибелью человека, а также потерей трудоспособности, полученные на основании данных социологических исследований .....	62

2.2 Разработка методики определения величины справедливого и объективного материального возмещения понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения .....	68
2.2.1 Выбор основных параметров при конструировании модели для определения «стоимости» человеческой жизни.....	68
2.2.2 Оценка «стоимости» жизни человека в России, основанная на требовании сохранения прежнего уровня удовлетворенности человека своей жизнью .....	74
3 Методика определения реального качества медицинского обслуживания населения российских городов .....	88
3.1 Основные дефиниции и разработка критериев для определения системы из объективных и субъективных индикативных показателей для исследования качества медицинского обслуживания населения российских городов.....	88
3.3.1 Объективные и субъективные показатели состояния здоровья населения и качества работы системы здравоохранения.....	109
3.3.2 Обоснование методики оценки качества работы системы здравоохранения в городах России. Основные результаты оценки качества работы системы здравоохранения в городах России с населением более 500 тыс. человек на основании разработанной методики .....	121
3.4 Выводы и разработка научно-практических рекомендаций по улучшению качества медицинского обслуживания населения российских городов .....	132
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	136
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	141
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Результаты ряда всероссийских социологических опросов, касающихся состояния здравоохранения в России (по данным Минздрава РФ).....	151

## ВВЕДЕНИЕ

*Бытие только тогда и есть, когда ему грозит небытие.*

*Ф.М. Достоевский*

В настоящее время цели, приоритеты и инструменты государственной политики определяет Стратегия инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года (разработана на основе положений Концепции долгосрочного развития Российской Федерации на период до 2020 года в соответствии с Федеральным законом «О науке и государственной научно-технической политике»), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 г. № 2227-р, которая призвана ответить на стоящие перед Россией вызовы и угрозы в сфере инновационного развития.

В Стратегии определено, что «одним из важнейших с точки зрения инновационного развития сохраняющихся у России конкурентных преимуществ является человеческий капитал», который является основой национального богатства страны и способен решить задачи опережающего развития российской экономики и обеспечения ей достойного места среди экономически развитых стран мира. Достижимость поставленных амбициозных целей долгосрочного развития страны, заключающихся в обеспечении высокого уровня благосостояния российского населения, определяется переходом российской экономики на инновационную, социально ориентированную модель развития, при этом необходимо отметить, что инновационная экономика - это экономика интеллекта, науки, высокого качества жизни и высококачественного человеческого капитала.

Сегодня человек, обладающий соответствующим профессиональным и интеллектуальным уровнем и духовностью, должен располагать соответствующей оценкой и стоимостью своего ресурсного потенциала. Человеческий капитал сегодня - это строгое научное понятие, под которым принято понимать запас знаний, навыков и способностей, которые есть у

каждого человека и которые могут использоваться им либо в производственных, либо в потребительских целях. Человеческий капитал — это интеллект, здоровье, знания, качественный и производительный труд и качество жизни [1].

Однако становление российского государства как социального государства (в соответствии с п. 1 ст. 7 Конституции, «Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека»), увеличение стоимости человеческого капитала и повышение качества жизни россиян невозможно без повышения социальной защищенности человека от различных неблагоприятных событий и чрезвычайных ситуаций, которые ему угрожают, а также без качественной системы здравоохранения, в совокупности объединяющей все медицинские организации, институты и ресурсы, главной целью которых является улучшение здоровья населения страны. Собственно, наращивание человеческого капитала, которое можно интерпретировать как повышение качества жизни людей, требует повышения стабильности человеческого существования. А оно, в свою очередь, недостижимо без повышения безопасности существования людей, повышения качества медицинских услуг и наличия системы социальных гарантий и компенсаций при нанесении ущерба жизни и здоровью людей.

Развитие российской экономики и становление социального государства обусловили необходимость повышения безопасности людей во всех сферах жизнедеятельности, нейтрализации и минимизации опасных факторов и рисков.

Актуальность проведения данного исследования обусловлена потребностью в разработке отсутствующей сегодня в России единой методики оценки "стоимости" человеческой жизни как справедливого, обоснованного возмещения семьям погибших в результате ЧС природного, техногенного и иного характера.

Необходимость выработки методологии и соответствующих методик оценки «стоимости», материального эквивалента человеческой жизни возникла в России в начале 90-х годов. Надо сказать, что в мире на эту тему обратили внимание намного раньше: проблема «стоимости» человеческой жизни рассматривалась учеными и специалистами в США начиная с 70-х годов XX века в связи с развитием крупномасштабной промышленности и в частности – атомной энергетики. Толчком к развитию этого направления послужила масштабная ядерная авария на АЭС Три-Майл-Айленд в США. Цель этих исследований состояла в том, чтобы определить материальный эквивалент ценности среднестатистической человеческой жизни, чтобы учесть его при планировании мероприятий по обеспечению безопасности ядерных установок. Надо отметить, что это направление является одним из основных векторов исследований в этой области до сегодняшнего дня [2]. С тех пор на эту тему накоплен большой объем фактических оценок, которые, тем не менее, часто значительно расходятся между собой [3,4].

В связи с политическими изменениями в России и переходом к рыночной экономике, резким увеличением количества военных действий на территории России и за ее пределами, возникновением терроризма, аварий и катастроф техногенного и природного характера все более актуальным становится вопрос о необходимости оценки «стоимости» человеческой жизни для целей компенсации ущерба, понесенного россиянами при различных чрезвычайных ситуациях (далее ЧС).

Кроме того, развитие экономики определило появление новых источников повышенной опасности, вызывающих ранее не встречавшиеся угрозы для жизни и здоровья людей. Во сколько оценить стоимость человеческой жизни, во сколько и как определить затраты на восполнение потери здоровья при оценке последствий ЧС различного происхождения? Как определить экономическую эффективность при расчетах объемов инвестиций в сокращение смертности в стране, в каком объеме определить величину справедливого материального возмещения объективно понесенного

ущерба пострадавшим и их семьям – эти вопросы стали практически ежедневной задачей для различных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, коммерческих и общественных организаций.

До настоящего времени в России отсутствует официально признанная методология и соответствующая методика оценки человеческой жизни при получении травм или гибели человека на производстве, транспорте или при осуществлении различных служебных обязанностей. Это приводит, по мнению авторов, к различным правовым коллизиям в достаточно чувствительных сферах социальной защиты отдельных категорий российских граждан. Например, до принятия Федерального закона от 4 июня 2011 г. № 128-ФЗ «О пособии детям военнослужащих и сотрудников некоторых федеральных органов исполнительной власти, погибших (умерших, объявленных умершими, признанных безвестно отсутствующими) при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), и детям лиц, умерших вследствие военной травмы после увольнения с военной службы (службы в органах и учреждениях)» право на ежемесячное пособие предоставлялось только детям отдельных категорий военнослужащих и сотрудников некоторых федеральных органов исполнительной власти, погибших (пропавших без вести), умерших при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в отдельные периоды в ходе выполнения особых задач: на территории Северо-Кавказского региона Российской Федерации (постановление Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2004 г. № 65); на территории Республики Дагестан (постановление Правительства Российской Федерации от 25 августа 2000 г. № 936); при исполнении обязанностей военной службы на атомном подводном крейсере «Курск» (постановление Правительства Российской Федерации от 1 сентября 2000 г. № 650), а также в ходе выполнения задач по обеспечению безопасности и защите граждан Российской Федерации, проживающих на территориях Южной Осетии и Абхазии (постановление

Правительства Российской Федерации от 12 августа 2008 г. № 587). С принятием Федерального закона от 4 июня 2011 г. № 128-ФЗ право на получение ежемесячного пособия предоставлено детям всех погибших и, в частности, пропавших без вести при исполнении обязанностей военной службы военнослужащих.

В настоящее время в России действует целый ряд законов, определяющих компенсации пострадавшим при различных ЧС на производстве или на транспорте. Так, полис обязательного страхования гарантирует семьям погибших пассажиров возмещение не менее чем 2 025 000 рублей. Тем не менее, в настоящее время у российских федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также у муниципальных органов власти отсутствует единая научно обоснованная методика определения величины справедливого и объективного материального возмещения ущерба жизни и здоровью пострадавших или их семьям при ЧС различного происхождения. Решение этой проблемы должно стать одним из предметов настоящей работы. Разработка такой методики позволит снять напряженность социальной обстановки и повысить эффективность общественных механизмов. Выплата справедливых и достаточных возмещений в связи с гибелью людей или потерей здоровья позволит создать дополнительные механизмы социального страхования.

Действенную и качественную медицинскую помощь пострадавшим при ЧС способно оказать эффективное функционирование системы здравоохранения страны на различных уровнях (Российская Федерация; субъекты Российской Федерации; российские города с населением свыше 1 млн. чел., свыше 500 тыс. чел., свыше 100 тыс. чел.; сельские поселения), имеющей в своем распоряжении необходимые ресурсы в виде кадров, финансовых средств, информационного обеспечения, оборудования, материалов и транспорта. При этом важнейшее значение имеет то, что развитие и усиление системы здравоохранения и ее качественное

функционирование при справедливом доступе и распределении медицинской помощи среди населения признается международным сообществом основой для каждой национальной стратегии борьбы с нищетой и содействием развитию человеческого потенциала.

До настоящего времени отечественными учеными не выработаны критерии для определения системы из объективных и субъективных индикативных показателей для исследования качества медицинского обслуживания населения, и в частности – населения российских городов, а также общая методика измерения качества лечебного обслуживания населения. Поэтому в современных условиях важнейшей социальной проблемой становится не только определение величины справедливого и объективного материального возмещения понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения с максимально возможным сохранением и стабилизацией качества их жизни, но и контроль качества оказываемых медицинских услуг. Оба эти фактора работают на сохранение и поддержание высокого качества жизни россиян. Таким образом, определение и введение в оборот «справедливого» возмещения в связи с гибелью человека при различных неблагоприятных ситуациях, а также введение единой методики оценки качества медицинских услуг населению становятся частями единого комплекса мер по повышению качества жизни населения страны.

По мнению академика Г.В. Осипова, в настоящее время теоретическая ситуация в системе социологического знания «в самом общем виде характеризуется теоретическим плюрализмом, разнородностью **теоретических** ориентаций, двумя противоположными тенденциями в социологическом мышлении — к дивергенции и интеграции. Парадигма «социальных фактов» интерпретируется с позиций структурно-функциональной, системной и конфликтной теорий. Парадигма «социальных дефиниций» включает теории социального действия, символического интеракционизма, феноменологической социологии, **этнометодологии**. Парадигма «социального поведения» трактует социальную реальность с

позиций теории социального **бихевиоризма** (бихевиористской **социологии**) и теории социального обмена.»

Проведенное исследование имеет прикладной характер и соответствует существующим представлениям об общепринятых четырех парадигмах социологического знания: социально-исторического детерминизма К. Маркса (Германия), социальных фактов Э. Дюркгейма (Франция), социальных дефиниций М. Вебера (Германия) и социального поведения Б. Скиннера (США), при этом необходимо отметить, что в проведенном исследовании социальная реальность соответствует двум группам фактов: социальным структурам и социальным институтам в соответствии с парадигмой «социальных фактов», а способы, посредством которых определяются сами социальные факты, являются элементами парадигмы социальных дефиниций. Описанная в исследовании социальная реальность детерминирует социальное действие, соответствующее парадигме «социального поведения».

Учитывая изложенное, представляется целесообразным в данной научно-исследовательской работе на основе анализа современных теоретико-методологических подходов к исследованию величины справедливого материального возмещения семьям погибших при ЧС различного происхождения, а также к исследованию качества медицинского обслуживания населения российских городов большее внимание уделить решению прикладных научно-исследовательских задач в соответствии с техническим заданием НИР.

1 Анализ теоретико-методологических подходов к исследованию величины справедливого материального возмещения семьям погибших при ЧС различного происхождения, а также к исследованию качества медицинского обслуживания населения российских городов.

1.1 Анализ теоретико-методологических подходов к определению величины справедливого материального возмещения объективно понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения

В апреле 2015 года в г. Абакан Президент Российской Федерации В.В. Путин провёл совещание по вопросу «О ликвидации последствий чрезвычайной ситуации, возникшей в результате природных пожаров, произошедших в апреле 2015 года на территории Сибирского федерального округа». Особое внимание было уделено вопросам восстановления жилищного фонда и оказания помощи семьям погибших и пострадавших. Президент Российской Федерации отметил: «Последствия, как я уже сказал, тяжёлые. По предварительным данным, уничтожено около двух тысяч домов, две тысячи семей остались без крова. Всё это произошло в 39 населённых пунктах, и в зоне бедствия оказалось около семи тысяч человек.

Сейчас первоочередные меры уже принимаются, оказывается первая помощь. Правительство оперативно выделило необходимые средства на этот этап работы – 687 миллионов рублей. Конечно, для того, чтобы решить все проблемы, с которыми люди столкнулись, этого недостаточно. ...И хотел бы ещё раз повторить: эта помощь должна быть предоставлена людям в оперативном порядке» [5].

Специалисты считают, что «определение стоимости жизни может потребоваться в различных случаях: для определения размера компенсационных выплат при травме и гибели людей на производстве, в авариях и катастрофах, при террористических актах; для разработки мер безопасности; для планирования деятельности правоохранительной системы,

здравоохранения, аварийных служб; для определения страховых сумм, страховых премий и выплат при страховании жизни и здоровья»[6].

Экономическая оценка стоимости жизни человека может использоваться в следующих сферах жизнедеятельности человека: судебные выплаты; страхование, включая систему социального страхования, а также страхование жизни и здоровья индивидов; системы поддержания безопасности жизнедеятельности; личное пространство человека.

В судебных выплатах стоимостная оценка человеческой жизни необходима для определения выплат, которые назначаются решением суда в качестве компенсации за потерю жизни или здоровья, причинение морального вреда.

В государственном социальном страховании определение стоимости жизни требуется для планирования средств государственного бюджета и внебюджетных фондов на различном уровне. В системе частного страхования оценка стоимости жизни может служить ориентиром для актуарных расчетов страховых сумм, премий и выплат.

Считается, что понятие стоимости человеческой жизни появилось в глубокой древности с господством институтов кровной мести и натурального или денежного выкупа в общественных отношениях. В древних странах Европы, Азии, Африки определение стоимости жизни человека использовалось при регулировании общественных отношений для исчисления суммы материального возмещения выгодоприобретателю, в качестве которого выступала семья или государство, за погибших в итоге совершенного преступления. Стоимость жизни определена еще в вавилонских законах Хаммурапи, позднее она появляется в т.н. «варварских правдах», включая сюда «Русскую правду», судебный сборник XI века. По законам Хаммурапи случайное убийство человека влекло за собой выплату суммы от 1 до трети мины в зависимости от пола, социального статуса погибшего и обстоятельств гибели (мина составляет около 600 г. серебра). В «Русской правде» компенсация за погибшего человека варьируется в

широких пределах от 5 до 80 гривен, также в зависимости от пола и социального статуса убитого (гривна в то время составляла немногим более 200 гр. серебра).

При заключении Версальского договора 1919 г., подписанного после окончания Первой мировой войны, страны-победительницы пытались оценить стоимость жизней своих убитых граждан для определения сумм выплаты репараций победителям со стороны побежденных, при этом особо подчеркивалось, что полученные средства будут направлены на выплаты пенсий и пособий вдовам, сиротам и инвалидам войны. Однако, до сегодняшнего дня универсальные оценки «стоимости» человеческой жизни отсутствуют как в экономически развитых странах, так и в России. Кроме того, анализ источников позволяет сделать вывод об отсутствии как в России, так и за рубежом не только единых оценок, но и общепризнанной методологии и методики определения величины справедливого материального возмещения объективно понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения [7,8].

В то же время в России имеется достаточно серьезная законодательная база, описывающая выплату возмещений в связи с гибелью людей в различных ситуациях.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29 апреля 1995 г. № 444 «О подготовке ежегодного государственного доклада о состоянии защиты населения и территорий Российской Федерации от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» Министерством Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий ежегодно осуществляется подготовка соответствующего Государственного доклада. Государственный доклад «О состоянии защиты населения и территорий Российской Федерации от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера за 2014 год» составлен с учетом информации и аналитических разработок федеральных органов исполнительной власти,

материалов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и данных научных исследований в этой области с определением обобщенного показателя состояния защиты населения от потенциальных опасностей. В Докладе отмечено, что «в 2014 г. имели место масштабные чрезвычайные ситуации (далее – ЧС) природного и техногенного характера, источниками которых были различные опасные природные явления и техногенные аварии — наводнения в Сибири, нагонная волна в Краснодарском крае и Ростовской области, крупные природные пожары на Дальнем Востоке и в Сибири, катастрофа в Московском метрополитене, аварии на железнодорожном транспорте в Московской и Сахалинской областях и другие катаклизмы в регионах страны». Указанный Доклад был одобрен решением Правительственной комиссии (протокол от 11 марта 2015 г. № 2) и поручением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2015 г. № РД-ПЧ-2259 [9]. В Докладе приводятся суммы возмещений, выплаченных в 2014 году семьям погибших при стихийных бедствиях на территории нашей страны – в порядке безвозмездной помощи из государственных резервных фондов, которые служат источником возмещения при отсутствии виновных в нанесении ущерба. Таким образом, одной из методических основ определения возмещений в связи с гибелью человека являются прецеденты выплат в подобных ситуациях, осуществляемые государственными органами.

Права граждан Российской Федерации в области защиты населения и территорий от ЧС, в том числе на возмещение ущерба, причиненного их здоровью и имуществу в следствии ЧС, закреплены в ст. 18 Федерального закона от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» (с изменениями на 2 мая 2015 года), что, по мнению специалистов МЧС России «обеспечит оперативное принятие мер по восстановлению нарушенных прав и защите интересов граждан, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, а также позволит обеспечить согласованные и эффективные действия органов

государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления».

В настоящее время в России действует целый ряд законов, определяющих компенсации пострадавшим при различных ЧС на производстве или на транспорте. Так, в соответствии с п.1 ст. 1 Федерального закона от 14.06.2012 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» регулируются отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного страхования гражданской ответственности перевозчика за причинение при перевозках вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров (далее также - обязательное страхование), определяются правовые, экономические и организационные основы этого вида обязательного страхования, а также регулируются отношения, возникающие в связи с возмещением вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров, причиненного при их перевозках метрополитеном.

В соответствии с указанным Федеральным законом разработаны Правила расчета суммы страхового возмещения при причинении вреда здоровью потерпевшего, которые утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 1164 «Об утверждении Правил расчета суммы страхового возмещения при причинении вреда здоровью потерпевшего» (вступило в силу с 1 января 2013 года).

Таким образом, полис обязательного страхования гарантирует пассажирам возмещение причиненного вреда их жизни, здоровья или имуществу при перевозке на следующих видах транспорта:

- железнодорожный транспорт (пригородного сообщения, дальнего следования, международные перевозки);
- воздушный транспорт (самолеты внутренних и международных линий и вертолеты);

- морской транспорт;
- внутренний водный транспорт;
- автобусные перевозки (внутригородские, пригородные, междугородные и международные перевозки);
- городской электрический транспорт (троллейбусы и трамваи);
- легкое метро и монорельсовый транспорт.

Законодательством установлены лимиты страховых выплат при наступлении ответственности перевозчика в результате причинения вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров.

Аналогичные лимиты ответственности действуют на воздушном транспорте, а также при страховании особо опасных промышленных объектах-семьям жертв аварий выплачивается базовое страховое возмещение в 2 млн. рублей.

Однако, становление российского государства как социального государства, увеличение стоимости человеческого капитала и повышение качества жизни россиян невозможно без повышения социальной защищенности человека от различных неблагоприятных событий и чрезвычайных ситуаций, которые ему угрожают, а также без качественной системы здравоохранения, в совокупности объединяющей все медицинские организации, институты и ресурсы, главной целью которых является улучшение здоровья населения страны. А для этого требуются адекватные, эффективные методики определения компенсации в связи с гибелью человека, а также методики для оценки эффективности работы системы здравоохранения.

Мировой опыт показывает, что на сегодняшний день эта проблема не решена и в других странах.

Проблема определения стоимости жизни человека становится более значимой в условиях социально-экономической нестабильности общества, вызванной обострением межконфессиональных, межнациональных и межэтнических конфликтов и войн, существованием опасности совершения

террористических актов, возникновением антропогенных и техногенных аварий и катастроф, природно-климатических катаклизмов.

Как правило, эти события обуславливают потери доходов и имущества человека, увеличивают уровни травматизма и заболеваемости, преждевременной смертности людей.

В связи с социально-экономической нестабильностью усиливается необходимость найти адекватную сложившимся обстоятельствам оптимальную методологию и методику расчета стоимости человеческой жизни на всех ее этапах.

Критериями оптимальности возмещений в связи с гибелью человека при различных ЧС природного, техногенного и иного характера, определяемых согласно методике, разработанной в рамках данной НИР, являются:

- 1) соответствие субъективному требованию "справедливости" - значительное большинство взрослого населения страны должно рассматривать возмещение в связи с гибелью человека при ЧС различного характера как достаточное для компенсации понесенного ущерба;
- 2) достаточность возмещения для компенсации суммарного материального ущерба, реально понесенного среднестатистическим домохозяйством в результате гибели человека в результате ЧС;
- 3) достаточность материальной компенсации для возмещения морального ущерба, нанесенного семье в результате гибели человека в результате ЧС;
- 4) минимизация размера возмещения с целью сокращения потенциальных расходов бюджетов различных уровней, а также средств предприятий при компенсации ущерба из-за гибели человека в ЧС различного характера - при условии выполнения условий 1-3, перечисленных выше.

Основные современные направления теоретико-методологических разработок оценки человеческой жизни изложены ниже (таблица 1).

Таблица 1 - Основные современные направления теоретико-методологических разработок оценки человеческой жизни

п/п	Основные направления	Реализация теоретико-методологических разработок
1.	Философский, религиозный, нравственный и мировоззренческий подход	1. Определение значения, смысла, ценности жизни самим человеком, его близкими и обществом в целом
2.	Социальный подход	2.1. Формирование и развитие обществом человеческого капитала; 2.2. Обеспечение качества жизни населения; 2.3. Обеспечение воспроизводства населения; 2.4. Повышение эффективности социальной защиты населения
3.	Личностно-индивидуальный подход	3.1. Определение доходов, полученных лично человеком, семьей, социальной группой, населением территории; 3.2. Определение стоимости принадлежащего человеку имущества; 3.3. Определение имущественных прав человека; 3.4. Определение произведенных человеком расходов; 3.5. Определение объемов, взятых человеком потребительских и ипотечных кредитов
4.	Экономический подход	4.1. Определение дохода индивидуума и вклада каждого работающего в формирование дохода предприятия, регионального и национального ВВП; 4.2. Определение объема затрат на функционирование специализированных учреждений, обеспечивающих жизнедеятельность каждого человека в период до начала трудовой деятельности, в период трудовой деятельности, в пенсионный период - образовательные, медицинские услуги, услуги обеспечения безопасности, ЖКХ, услуги по обеспечению питания, одеждой и т.д.

Первая попытка оценить экономический эквивалент человеческой жизни была предпринята Л. Дублином и Альфредом Лоткой [10]. Они

считали наиболее приемлемым методом определение дисконтированной стоимости чистых будущих доходов индивида (разница ожидаемых будущих доходов и предполагаемых будущих расходов на потребление). Нематериальные («сентиментальные» или «эстетические» факторы также играют определенную роль в ценности человеческой жизни, они были отображены в работе Д. Рейнолдса годы спустя [11]. В исследовании было рассмотрено, какие «убытки» несет общество в случае ДТП (в том числе с летальным исходом). Он уточнил две категории:

- боль, страх и страдания, причиненные аварией (или риск их возникновения);
- конкретные и поддающиеся определению расходы: потеря будущего выпуска товаров или услуг в случае смерти или травмы и расходы средств на устранение последствий аварии – медицинские расходы, ремонт автомобиля и другие административные расходы.

Как отмечает Рейнолдс – экспертиза первой категории находится вне компетенций экономистов.

Схожее исследование было проведено Р. Доунсоном в 1967 году за исключением того, что во внимание принималась калькуляция будущих доходов потенциальной жертвы [12].

Проведенный в рамках исследования анализ основных современных направлений теоретико-методологических разработок оценки человеческой жизни показывает наличие огромной совокупности взаимозависимых и факторов, влияющих на теоретико-методологические подходы к оценке размера стоимости жизни человека и результаты. Эти факторы можно объединить в обособленные группы.

Основные группы взаимозависимых факторов, влияющих на теоретико-методологические подходы к оценке размера стоимости жизни человека приведены в таблице 2.

Таблица 2 - Основные группы взаимозависимых факторов на теоретико-методологические подходы к оценке размера стоимости жизни человека

п/п	Наименование группы факторов	Характеристика составляющих группу факторов
1.	Социально-политические	1.1 Уровень социально-экономического развития государства; 1.2 Совершенство законодательной системы государства; 1.3 Функционирование системы социальной защиты и страхования населения; 1.4 Обеспечение реализации конституционных прав и свобод личности; 1.5 Обеспечение качества жизни населения; 1.6 Выбор методологии и методики определения стоимости человеческой жизни и др. параметры
2.	Личностно-индивидуальные	2.1 Возраст, пол, уровень образования и общая культура; 2.2 Состояние физического здоровья; 2.3 Социальный статус и социально-общественное положение человека; 2.4 Жилищно-коммунальные условия жизни человека; 2.5 Уровень реальных и ожидаемых доходов человека и др. параметры
3.	Профессиональные	3.1 Профессия, уровень квалификации; 3.2 Занятость в производстве; 3.3 Условия труда, наличие производственных вредностей, причины и обстоятельства производственных травм; 3.4 Размер заработной платы, дохода; 3.5 Состояние техники безопасности и культуры труда и др. параметры
4.	Этно-демографические	4.1 Национальность; 4.2 Состав, статус, этно-демографическая принадлежность семьи; 4.3 Национальная культура межличностных отношений и др. параметры
5.	Нравственно-религиозные	5.1 Приверженность к определенной религии; 5.2 Знание религиозных источников норм; 5.3 Степень соблюдения индивидуумом религиозных норм и др. параметры

Вся совокупность воздействующих на человека факторов оказывает влияние на качество жизни населения в стране, формирование и эффективное использование человеческого капитала, методологию оценки стоимости человеческой жизни. Основные факторы и методы, применяемые при оценке стоимости человеческой жизни изложены в таблице 3.

Таблица 3 - Основные факторы и методы, применяемые при оценке стоимости человеческой жизни

п/п	Наименование факторов и методов оценки стоимости человеческой жизни	Характеристика факторов и методов оценки стоимости человеческой жизни
1.	Факторы, учитываемые при расчетах стоимости жизни	<p>Возрастная категория:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дети младшего возраста 0-3 года;</li> <li>-дети дошкольного возраста 3-7 лет;</li> <li>-дети школьного возраста 7-18 лет;</li> <li>- студенты 18-21 год;</li> <li>- трудоспособное население 21-60 лет;</li> <li>- пенсионный возраст 60-70 лет</li> </ul> <p>1.2 Доход, полученный человеком;</p> <p>1.3 Стоимость принадлежащего человеку имущества;</p> <p>1.4 Имущественные права человека;</p> <p>1.5 Правовой и социальный статус индивида (инвалид, пенсионер, безработный, ветеран труда и др.), с государственной гарантией получения и выплаты социальных льгот;</p> <p>1.6 Имущественный статус в связи с получением компенсации по причине нанесения ущерба жизни и здоровью (выгодоприобретатель)</p>
2.	Факторы, зависящие от времени наступления ущерба здоровью и жизни человека:	<p>2.1 До наступления факта ущерба – государственные социальные гарантии;</p> <p>2.2 После наступления момента и факта ущерба пострадавшим в результате ЧС.</p>
3.	Источник оценки стоимости жизни	<p>3.1 Человек, в том числе при использовании добровольного страхования жизни;</p> <p>3.2 Третье лицо (выгодоприобретатель);</p> <p>3.3 Действующая инфраструктура, проводящая оценку (системы страхования, образования, здравоохранения, социальной защиты, научные институты и др.).</p>
4.	Причина нанесения ущерба жизни и здоровью человека, послужившая основанием оценки стоимости жизни	4.1 Различные виды чрезвычайных ситуаций

Продолжение таблицы 3

5.	<p>Определение стоимости жизни методом калькуляционного расчета</p>	<p>5.1 Актуарные расчеты, осуществляемые страховыми организациями при создании страховых продуктов при определении стоимости жизни (страховой суммы) и величины страхового взноса;</p> <p>5.2 Решения руководства страны в соответствии с общественным резонансом на последствия для пострадавших от произошедшего ЧС, определяющие размер компенсации нанесенного пострадавшим ущерба;</p> <p>5.3 Социальная политика государства в отношении определенных категорий граждан и социальных групп населения, которые формируются, реализуются и контролируются в расходной части бюджета страны;</p> <p>5.4 Судебные решения о компенсации нанесенного здоровью и жизни человека вреда, когда расчет размера выплаты базируется на сложившейся судебной практике или на заключениях экспертов,</p> <p>5.5. Научные исследования и расчеты, направленные на определение справедливой компенсации в связи с нанесением ущерба жизни и здоровья человека.</p>
6.	<p>Прогнозирование стоимости жизни человека</p>	<p>6.1 Прогноз «общественных желаний», основанный на экстраполяции объективных и субъективных индикативных показателей качества жизни населения, и применение интегрированного индикативного показателя стоимости жизни, признаваемого обществом справедливым на данный период времени по результатам социологических опросов;</p> <p>6.2 Прогноз «коммерческого спроса», основанный на оценке:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- величины совокупного дохода личности;</li> <li>- стоимости имущества личности;</li> <li>- стоимости состояния личности;</li> <li>- размер максимального гонорара личности;</li> </ul> <p>6.3 Статистический прогноз, основанный на официальных статистических данных о финансово-экономических показателях социальных групп различных регионов на определенный период времени;</p> <p>6.4 Прогнозный расчет инвестиций в развитие человеческого потенциала на всех этапах жизни индивида, основанный на расчете реальных и прогнозных затрат на осуществление его жизнедеятельности;</p> <p>6.5 Прогнозный расчет показателя нормы отдачи от комплекса инвестиций из различных источников в человека для развития экономики страны и увеличения ВВП.</p>

Основные теоретико-методологические подходы к оценке стоимости человеческой жизни изложены в таблице 4.

Таблица 4 - Основные теоретико-методологические подходы к оценке стоимости жизни человека

№ п/п	Наименование основных теоретико-методологических подходов к оценке стоимости жизни человека	Краткая характеристика основных теоретико-методологических подходов к оценке стоимости жизни человека
1.	Экономический подход	Основывается на понятии «качество жизни населения», при этом экономическая оценка жизни представляется как совокупность оценок стоимости жизни, цены жизни и ценности жизни
2.	Социологический подход	Основывается на социологических опросах различных социальных групп населения страны (региона, города) и позволяет определить экономический эквивалент стоимости жизни среднего человека в определенный период времени
3.	Экономико-демографический подход	Основывается на официальных экономико-демографических показателях и позволяет определить стоимость жизни как разницу накопленных и потребленных человеком (представителем условного или какого-либо реального поколения) материальных благ и услуг
4.	Подход с позиции оценки рисков	Основывается на экономической оценке (с точки зрения теории потребительской стоимости) риска нанесения ущерба здоровью и жизни человека в условиях ЧС посредством определения размера денежного эквивалента, который общество готово заплатить за уменьшение, избежание или предотвращение воздействия ЧС или использовать в качестве компенсации человеку за понесенный ущерб.
5.	Подход с позиции полезности человека для общества	Основывается на теории полезности и направлен на расчет экономической или общественной полезности человека для общества при наступлении временной или стойкой утраты человеком трудоспособности или его преждевременной смерти; выражается через показатель произведенного ВВП на душу населения страны за расчетный период
6.	Подход с позиций теории человеческого капитала	Основывается на расчетах будущего возможного заработка человека в каждый возрастной период времени
7.	Подход с позиции готовности физических лиц платить за устранение риска смерти	Основывается на гипотетической готовности физических лиц платить за устранение риска смерти от конкретных управляемых внешних факторов ЧС

Продолжение таблицы 4

8.	Подход с позиций страхования стоимости жизни для отдельных групп населения	Основывается на определении страховыми компаниями размера страховых сумм страховых взносов и компенсации стоимости жизни для отдельных социальных и профессиональных групп населения
9.	Подход с позиций исполнения решения суда	Основывается на решении суда, определившего максимальный размер компенсации по возмещению ущерба здоровью и жизни пострадавшего человека от действия физического или юридического лица в результате ЧС.
10.	Подход с позиций стоимости медицинских услуг, обеспечивающих снижение риска преждевременной смерти	Основывается на расчетах реальных и прогнозируемых максимальных затрат общества на предоставление медицинских услуг, обеспечивающих снижение риска преждевременной смерти человека в условиях ЧС.

Разнообразие указанных методов и подходов к оценке стоимости жизни человека затрудняет выбор какой-либо одной методологии или метода определения стоимости жизни человека, однако дает возможность рассчитать диапазон колебаний стоимости жизни человека на конкретный момент времени для какой-либо однородной социальной группы. По мнению авторов, при определении стоимости человеческой жизни целесообразно использовать социологический подход, при котором размер денежного возмещения семье погибшего в результате ЧС лица должен признаваться обществом справедливым и обеспечивать в достаточной степени компенсацию материального ущерба. Если же проанализировать весь комплекс методических подходов к оценке "стоимости" жизни среднестатистического человека, приведенный выше, то их в целях дальнейшего исследования можно разделить на следующие основные группы:

- экономические методики - в основу которых кладется потеря ВВП из-за ущерба жизни и здоровью человека, или же потери дохода семьи;
- методики, в основу которых кладется готовность платить за избежание риска (например, при покупке более безопасного автомобиля или

дома), или требование надбавки за риск при оплате труда сотрудников опасных профессий;

- методики, где расчеты ведутся на основании оценок "стоимости" жизни, сделанных самим населением - в ходе социологических опросов или при заключении полиса страхования жизни, например, судами или различными государственными органами.

## 1.2 Анализ теоретико-методологических подходов к оценке качества медицинского обслуживания населения в российских городах

Выступая на Форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!» 7 сентября 2015 года, В. В. Путин сказал: «Здравоохранение, что уж там говорить, – это жизнь, это здоровье, качество жизни... Цель ... в том, чтобы людям жить стало лучше, чтобы качество медицинских услуг стало выше. И для этого все мы должны искать пробелы, понимать их и искать способы их ликвидировать» [13].

Понятие «качество медицинского обслуживания населения» является одним из составляющих понятия «высокое качество жизни», которое содержит в себе в первую очередь следующие показатели [14]:

- продолжительность жизни и поддерживающее ее качественное медицинское обслуживание;
- доступ к знаниям (качественному образованию) и культурным ценностям,
- уровень материального благополучия;
- обеспечение безопасности личности;
- социальное благополучие – низкую конфликтность социальной среды существования человека, которое подразумевает высокую степень социальной защиты, а также благополучие ближайшего окружения человека – в первую очередь – его семьи;

- удовлетворенность трудовыми условиями и иные показатели.

Известно, что качество жизни населения определяется в виде интегральной оценки системы из объективных и субъективных индикативных показателей [15]. В соответствии с этим, анализ качества медицинского обслуживания населения методологически целесообразно также осуществлять в виде интегральной оценки системы из объективных и субъективных индикативных показателей, при этом объективные индикативные показатели формируются на основе официальных статистических данных, а субъективные индикативные показатели – на основе результатов социологических опросов населения по территориальному признаку (город, регион) о качестве медицинского обслуживания.

При этом в масштабах страны нельзя говорить о едином для всех качестве медицинского обслуживания, так как в России отсутствует единое пространство оказания медицинских услуг. Они отличаются от территории к территории, от города к городу в связи с различной оснащенностью медицинских учреждений, численностью врачей и уровнем их квалификации (который, как правило, прямо связан с уровнем оплаты труда медицинских работников). Поэтому авторы полагают, что в рамках данного исследования следует применять «дифференцированный» подход, основанный на раздельном анализе качества здравоохранения на отдельных обособленных территориях. Этот подход можно применить для анализа качества медицинского обслуживания в отношении населения российских городов с населением более 500 тыс. человек: это Астрахань, Барнаул, Владивосток, Волгоград, Воронеж, Екатеринбург, Ижевск, Иркутск, Кемерово, Казань, Краснодар, Красноярск, Липецк, Махачкала, Москва, Набережные Челны, Нижний Новгород, Новокузнецк, Новосибирск, Омск, Оренбург, Пенза, Пермь, Ростов-на-Дону, Рязань, Санкт-Петербург, Самара, Саратов, Тольятти, Томск, Тюмень, Ульяновск, Уфа, Хабаровск, Челябинск, Ярославль. По данным о положении медицинского обслуживания в этих

городах, предоставленных Росстатом, а также собранных с использованием социологических инструментов, можно составить систему из объективных и субъективных индикативных показателей, используя в виде объективных индикативных показателей среднестатистические данные о медицинском обслуживании населения в указанных городах, а в виде субъективных индикативных показателей - данные социологических опросов населения этих городов о качестве медицинского обслуживания.

Основным показателем работы системы здравоохранения является, по мнению ВОЗ, продолжительность жизни человека, свободная от серьезных заболеваний [16]. В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [17] за 2014 год показатели эффективности работы здравоохранения сводятся к трем основным параметрам:

- доступ населения к разнообразным медицинским услугам,
- приемлемый уровень цен на медицинское обслуживание (отсутствие финансовых рисков при пользовании этими услугами),
- качество медицинских услуг, выражаемое, например, уровнем смертности в стационарах при возникновении одного и того же заболевания (в отчете в качестве такого «модельного» заболевания рассматривается ишемический инсульт).

В соответствии с Двухгодичным соглашением о сотрудничестве между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения на 2006/2007 гг., Независимым институтом социальной политики по заказу Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения в декабре 2007 года была разработана Методика оценки эффективности территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации [18], целью которой являлось проведение оценки эффективности функционирования систем здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных систем здравоохранения. При этом отмечалось, что предложенный ВОЗ подход открывает возможности не только

сопоставления друг с другом полученных комплексных оценок эффективности работы территориальных систем здравоохранения, но и сравнений с другими странами. Дело в том, что в большинстве субъектов Российской Федерации на тот момент ежегодно проводилась оценка эффективности деятельности муниципальных систем здравоохранения на основе самостоятельно разработанных в этих регионах методик оценки, в которых использовались разные критерии и, соответственно, разные показатели. Это приводило к невозможности объективного сравнения эффективности их деятельности.

Предложенная методика базировалась на методологии оценки эффективности деятельности систем здравоохранения, предложенной ВОЗ, но которая была адаптирована к особенностям организации системы здравоохранения и информационных систем в Российской Федерации, что позволяло оценить развитие системы здравоохранения Российской Федерации в достижении следующих целей ВОЗ:

- улучшение состояния здоровья населения;
- справедливость в распределении бремени финансирования здравоохранения;
- отзывчивость к ожиданиям людей в вопросах, не связанных с состоянием здоровья;
- эффективность использования ресурсов.

Понятие справедливости распределения расходов на здравоохранение отражает требования к ответственности за обеспечение защиты от финансовых рисков, связанных с получением медицинской помощи. Достижение справедливости в распределении расходов на здравоохранение понимается как распределение расходов с учетом реальных возможностей населения нести эти расходы.

Понятие отзывчивости связано с немедицинскими (неклиническими) аспектами работы системы здравоохранения: обеспечением уважения человека, конфиденциальности информации, внимания к пациентам,

качеству условий оказания медицинской помощи, свободе выбора поставщиков медицинских услуг. Отзывчивость характеризует отношение здравоохранения к людям с точки зрения уважения к пациентам и ориентации на их запросы со стороны медицинских организаций.

В качестве исходных данных в данной Методике предлагалось использовать официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики, данные ведомственной статистики, статистики системы обязательного медицинского страхования (ОМС), результаты опросов населения. Тем не менее, использование данной методики в России оказалось затруднено из-за сложности доступа к данным, необходимым для расчетов. Показателей, предлагаемых в методике. К тому же сама методика является усложненной, непрозрачной и не отвечающей требованиям быстрой, эффективной оценки работы системы здравоохранения, доступной и понятной для населения.

В «Докладе о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года» были определены следующие основные цели деятельности Минздравсоцразвития на период 2008–2010 гг.:

- 1) улучшение демографической ситуации и положения семей с детьми, а также детей, находящихся в трудной жизненной ситуации
- 2) повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, особенно для малоимущих групп населения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

Для оценки достижения первой цели использовались показатели числа родившихся и числа умерших в расчете на 1000 человек населения, а для оценки достижения второй - показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении и средней продолжительности жизни больных с хронической патологией, при этом для каждой цели разрабатывалась система

подцелей со своими показателями для каждой подцели, однако при этом не принимались во внимание аспекты, связанные с дифференциацией состояния здоровья различных социальных групп населения и бремени несения расходов на здравоохранение между ними а также отзывчивости систем здравоохранения к запросам населения, т.е. рамки оценки эффективности системы здравоохранения являлись более узкими, чем рамки, предложенные ВОЗ.

Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», был установлен перечень показателей (в том числе для системы здравоохранения), на основании которого Комиссией при Президенте Российской Федерации по вопросам совершенствования государственного управления и правосудия была разработана Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Предложенные для оценки эффективности деятельности системы здравоохранения показатели включали в себя следующую систему:

1) Смертность населения:

- а) младенческая;
- б) от 1 года до 4 лет;
- в) от 5 до 9 лет;
- г) от 10 до 14 лет;
- д) от 15 до 19 лет;
- е) материнская;
- ж) в трудоспособном возрасте - всего, в том числе по трем основным причинам;
- з) в результате дорожно-транспортных происшествий.

2) Средняя продолжительность временной нетрудоспособности в связи с заболеванием в расчете на одного работающего.

- 3) Удельный вес детей первой и второй групп здоровья в общей численности учащихся государственных (муниципальных) общеобразовательных учреждений.
- 4) Удовлетворенность населения медицинской помощью (процент от числа опрошенных).
- 5) Удельный вес населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом.
- 6) Обеспеченность спортивными сооружениями в субъекте Российской Федерации.
- 7) Доля населенных пунктов, обеспеченных питьевой водой надлежащего качества.
- 8) Расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение в расчете на одного жителя, в том числе на территориальную программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, из них средства обязательного медицинского страхования.
- 9) Доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений:
  - а) применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи;
  - б) переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности;
  - в) переведенных на новую (отраслевую) систему оплаты труда, ориентированную на результат.

Однако, из-за слишком большого числа показателей практическое использование этой системы столкнулось с рядом методологических трудностей. Например, весьма сложным стало получение корректных интегральных выводов о сравнительной эффективности разных территориальных систем здравоохранения, на что оказывало достаточно большое влияние отсутствия методов свода частных оценок в интегральные. Несмотря на обилие показателей, не учитывались характеристики

дифференциации состояния здоровья и бремени несения расходов на здравоохранение между социальными группами населения, отзывчивости территориальных систем здравоохранения к запросам населения, связанным с условиями получения медицинской помощи, а также оценки эффективности в использовании ресурсов данной территориальной системы здравоохранения.

Пунктом 1 Указа Президента РФ от 21 августа 2012 г. N 1199 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями от 28 декабря 2012 г., 2 мая 2014 г., 16 января 2015 г.) утвержден новый Перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, при этом п. 2 настоящего Указа предписывается «высшим должностным лицам (руководителям высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации ежегодно, до 1 апреля года, следующего за отчетным, представлять в Правительство Российской Федерации доклады о фактически достигнутых значениях показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и их планируемых значениях на 3-летний период, а п. 11 прилагаемого к Указу Перечня предусматривается наличие показателя «оценка населением деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации». В качестве показателя, описывающего состояние системы здравоохранения, в перечень, прилагаемый к Указу, вошел единственный индикатор – ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

Статьей 5 Федерального закона Российской Федерации от 21 июля 2014 г. N 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» внесены дополнения и

изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в частности, внесена статья 79.1 «Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями». Пункт 1 этой статьи устанавливает, что «независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности». Установлены права общественных советов по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями с учетом информации, представленной организацией-оператором, осуществляющей сбор, обобщение и анализ информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями по контрактам, заключаемых с организацией-оператором в установленном порядке уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации или органами местного самоуправления.

В ноябре 2014 года пунктом 1 приказа Министерства здравоохранения РФ от 28 ноября 2014 г. N 787 н "Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» утверждены показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. К ним относятся:

- доля потребителей услуг с ограниченными возможностями здоровья, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации;
- доля потребителей услуг, госпитализированных в назначенный срок плановой госпитализации;
- доля потребителей услуг, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи;

- доля потребителей услуг, которые записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию;
- доля потребителей услуг, которым диагностическое исследование выполнено вовремя, установленное по записи;
- доля потребителей услуг, которых врач принял вовремя, установленное по записи;
- доля потребителей услуг, положительно оценивающих доброжелательность и вежливость работников медицинской организации;
- доля потребителей услуг, положительно оценивающих компетентность медицинских работников медицинской организации;
- доля потребителей услуг, у которых во время пребывания в стационаре не возникла необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет;
- доля потребителей услуг, у которых во время пребывания в стационаре не возникла необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет;
- доля потребителей услуг, удовлетворенных действиями персонала медицинской организации по уходу;
- доля потребителей услуг, удовлетворенных качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации;
- доля потребителей услуг, удовлетворенных качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации;
- доля потребителей услуг, удовлетворенных оказанными услугами;

- доля потребителей услуг, удовлетворенных питанием в медицинской организации;
- доля потребителей услуг, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации;
- доступность записи на прием к врачу: по телефону, с использованием сети Интернет, в регистратуре лично, лечащим врачом на приеме при посещении;
- наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг: форма для подачи электронного обращения: анкета для оценки качества оказания услуг в медицинской организации (в электронном виде);
- наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи с потребителями услуг: форма для подачи электронного обращения; анкета для оценки качества оказания услуг в медицинской организации (в электронном виде);
- показатель рейтинга на официальном сайте в сети Интернет для размещения информации о государственных и муниципальных учреждениях ([www.bus.gov.ru](http://www.bus.gov.ru));
- полнота, актуальность и понятность информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации:
  - а) общая информация;
  - б) информация о медицинской деятельности;
  - в) информация о медицинских работниках;
  - г) иная информация;
  - д) среднее время ожидания в приемном отделении медицинской организации;
  - е) средний срок ожидания диагностического исследования с момента получения направления на диагностическое исследование (относительно сроков ожидания, установленных территориальной

программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи);

ж) средний срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (относительно сроков ожидания, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи);

з) средний срок ожидания приема врача с момента записи на прием (относительно сроков ожидания, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи).

В целях реализации статьи 79.1 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 года № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» утверждены правила организации и проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

2 Методика определения величины справедливого и объективного материального возмещения понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения

2.1 Исследование и обоснование критериев определения оценки объективной и справедливой «стоимости» человеческой жизни при наступлении ЧС

2.1.1 Российская практика компенсаций в связи с гибелью людей на производстве, транспорте или при исполнении служебных обязанностей

В настоящее время выплаты семьям погибших и пострадавшим при ЧС техногенного и природного характера осуществляются из двух источников: бюджетных средств, а также резервов страховых компаний в рамках обязательного и добровольного страхования.

Компенсации из бюджетных средств, предназначенных для ликвидации чрезвычайных ситуаций выплачиваются в пределах, установленных Правительством РФ или отдельными органами власти. Так, например, по линии МЧС в 2014 году семьям погибших при стихийных бедствиях на территории нашей страны в порядке безвозмездной помощи из государственных резервных фондов, которые служат источником возмещения при отсутствии виновных в нанесении ущерба, выплачивались суммы в размере 2 млн. рублей [19].

В общем случае выделение компенсации в связи с гибелью человека определяется Правилами выделения бюджетных ассигнований из резервного фонда Правительства Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и последствий стихийных бедствий [20]. В п. 10 Правил устанавливается следующее. «Бюджетные ассигнования из резервного фонда выделяются федеральным органам исполнительной власти и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в целях осуществления компенсационных выплат физическим и юридическим лицам,

которым был причинен ущерб в результате террористического акта, и возмещения вреда, причиненного при пресечении террористического акта правомерными действиями, для покрытия расходов по финансовому обеспечению следующих мероприятий:

- членам семей (супруге (супругу), детям, родителям и лицам, находившимся на иждивении) граждан, погибших (умерших) в результате террористического акта и (или) при пресечении террористического акта правомерными действиями, в размере 1 млн. рублей на каждого погибшего (умершего) в равных долях каждому члену семьи;
- семьям граждан, погибших (умерших) в результате террористического акта и (или) при пресечении террористического акта правомерными действиями, в размере, равном стоимости услуг, предоставляемых согласно гарантированному перечню услуг по погребению, установленному законодательством Российской Федерации;
- гражданам, получившим в результате террористического акта и (или) при пресечении террористического акта правомерными действиями вред здоровью, с учетом степени тяжести вреда здоровью из расчета степени тяжести вреда (тяжкий вред или средней тяжести вред - в размере 400 тысяч рублей на человека, легкий вред - 200 тысяч рублей на человека)».

После терактов на станциях метро «Лубянка» и «Парк культуры», по распоряжениям правительства Москвы и губернатора Московской области семьям погибших была выделена компенсация в размере 300 тысяч рублей, а кроме того по решению правительства РФ оказана единовременная материальная помощь на средства из федерального бюджета, полученная правительством Москвы в виде дотации (размер дотационной компенсации одной семье составил 700 тысяч рублей, а в целом семьи погибших получили по 1 миллиону рублей).

В рамках Закона об обязательном страховании ответственности владельцев автотранспортных средств [21] лимит ответственности автовладельца в связи с гибелью пострадавшего установлен в размере 0,5 млн. рублей, в целом ряде законодательных актов, посвященных защите населения от аварий на производстве или на транспорте установлен лимит ответственности в связи с гибелью человека в размере 2 млн. рублей. В соответствии с Федеральным законом от 14.06.2012 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»:

- в случае причинения вреда жизни потерпевшего страховая выплата равна страховой сумме, которая должна составлять не менее чем 2 025 000 руб.;
- в случае причинения вреда здоровью потерпевшего производится единовременная выплата, размер которой определяется в зависимости от характера и степени тяжести повреждения здоровья по нормативам, установленным Правительством Российской Федерации (таблица выплат);
- в случае причинения вреда имуществу потерпевшего, возмещение вреда равно 600 руб. за один килограмм веса багажа и 11 000 руб. за иное имущество, но в пределах страховой суммы, которая должна составлять не менее чем 23 000 руб. на каждого потерпевшего.

В тексте Воздушного кодекса РФ [22] в ст. 117, п. 1.1 говорится: «Перевозчик обязан обеспечить выплату компенсации в счет возмещения вреда, причиненного при воздушной перевозке жизни пассажира воздушного судна, гражданам, имеющим право на возмещение вреда в случае смерти кормильца в соответствии с гражданским законодательством, при отсутствии таких граждан - родителям, супругу, детям умершего пассажира воздушного судна, а в случае смерти пассажира воздушного судна, не имевшего самостоятельного дохода, - гражданам, у которых он находился на

иждивении, в сумме 2 миллиона рублей. Указанная компенсация распределяется между гражданами, имеющими право на ее получение, пропорционально количеству таких граждан».

Такая же сумма возмещения прописана в Федеральном законе "Об обязательном страховании гражданской ответственности владельца опасного объекта за причинение вреда в результате аварии на опасном объекте" [23]. В Статье 6 п. 2. Закона говорится: «...размеры страховых выплат по договору обязательного страхования составляют:

- 1) два миллиона рублей - в части возмещения вреда лицам, понесшим ущерб в результате смерти каждого потерпевшего (кормильца);
- 2) не более 25 тысяч рублей - в счет возмещения расходов на погребение каждого потерпевшего;
- 3) не более двух миллионов рублей - в части возмещения вреда, причиненного здоровью каждого потерпевшего;
- 4) не более 200 тысяч рублей - в части возмещения вреда, причиненного в связи с нарушением условий жизнедеятельности каждого потерпевшего;
- 5) не более 360 тысяч рублей - в части возмещения вреда, причиненного имуществу каждого потерпевшего - физического лица, за исключением вреда, причиненного в связи с нарушением условий жизнедеятельности...»

2.1.1.1 Компенсации семьям погибших военных и сотрудников силовых ведомств, а также пострадавшим сотрудникам в случае ущерба здоровью

Министерство обороны РФ и компания, являющаяся официальным оператором по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации и граждан, призванных на военные сборы, для нужд Министерства обороны Российской Федерации в 2015-2016 годах (в настоящее время это компания СОЗА3) выплачивают следующие возмещения по основным страховым рискам:

- гибель (смерть): страховая выплата – 2 337 352 рубля 50 копеек, а также единовременное пособие – 3 000 000 рублей;
- инвалиду I группы – 1 753 014 рублей 38 копеек, ежемесячные выплаты -14 000 рублей;
- инвалиду II группы – 1 168 676 рублей 25 копеек, ежемесячные выплаты - 7 000 рублей;
- инвалиду III группы – 584 338 рублей 13 копеек; ежемесячные выплаты - 2 800 рублей,
- тяжелое увечье (ранение, травма, контузия) – 233 735 рублей 25 копеек;
- легкое увечье (ранение, травма, контузия) – 58433 рубля 81 копейка;

При увольнении в связи с получением травм, препятствующих прохождению службы:

- страховая выплата -58 433 рубля 81 копейка;
- единовременная выплата - 2 000 000 рублей;
- военнослужащему, проходящему военную службу по контракту- 1 000 000 рублей [24,25].

Аналогичные выплаты были предусмотрены для российских военнослужащих, погибших в ходе учений в Ростовской области летом 2014 года - 2 млн. руб. (страховая сумма) и 3 млн. руб. – единовременное пособие [26].

Министерство внутренних дел РФ, Государственная противопожарная служба, Органы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждения и органы уголовно-исполнительной системы выплачивают в рамках контракта по обязательному страхованию своих сотрудников следующие возмещения по страховым случаям:

- гибель (смерть) – страховая сумма 2 000 000 рублей и единовременное пособие – 3 000 000 рублей;
- инвалиду I группы – 1 500 000 рублей;

- инвалиду II группы – 1 000 000 рублей;
- инвалиду III группы – 500 000 рублей;
- тяжелое увечье (ранение, травма, контузия) – 200 000 рублей;
- легкое увечье (ранение, травма, контузия) – 50 000 рублей.

В 2009 году указом Президента РФ был установлен размер компенсации иждивенцам по потере кормильца-военнослужащего. По данному указу иждивенцам погибших военнослужащих было установлено ежемесячное пособие в размерах 1,5 тысяч рублей. По состоянию на 2014 год суммы компенсаций значительно выросли в связи с их индексацией. Ежемесячная денежная компенсация нетрудоспособным членам семьи погибшего военнослужащего составляет:

- одному члену семьи 7754 руб. 00 коп.;
- двум членам семьи 5169 руб. 00 коп. каждому;
- трем членам семьи 3877 руб. 00 коп. каждому;
- четырем членам семьи 3101 руб. 00 коп. каждому;
- пяти членам семьи 2585 руб.00 коп. каждому.

Круглые сироты получают выплаты каждый месяц в размере 3910 рублей (данные на 2014 год). Если ребенок погибшего кормильца проживал в районе Крайнего Севера, выплаты увеличиваются на специальный районный коэффициент.

Фонд социального страхования выплачивает в настоящее время единовременное пособие в связи со смертью на производстве размером в 1 млн. рублей, и эта сумма не изменяется, даже если пострадавший был виновен в произошедшем (выплата действует, если погибший был оформлен на работе официально).

Иждивенцам, в том числе несовершеннолетним детям, назначается ежемесячная выплата. Детям до 18 лет или, если ребенок учится в любом учебном заведении по очной форме, до окончания учебы, но не дольше 23 лет. Другие иждивенцы, в том числе родители погибшего, если доказано (через суд) их иждивенство, получают ежемесячные выплаты пожизненно.

Сумма причитающихся иждивенцам ежемесячной выплаты рассчитывается на основании средней зарплаты погибшего кормильца, разделенной пропорционально количеству иждивенцев и его самого.

В России отсутствует механизм подсчёта суммы компенсаций тем, кого в той или иной степени коснулись теракты. Компенсации жертвам погибших выплачиваются только по особым решениям властей. Депутаты так и не приняли закон, определяющий понятие «жертвы террористического акта», а также закон о социальной поддержке жертв теракта. В соответствии со статьей 18 Федерального закона «О противодействии терроризму» от 06 марта 2006 г., компенсацию физическим и юридическим лицам, которым был причинён ущерб в результате террористического акта, государство осуществляет в порядке, установленном правительством Российской Федерации. В законе, в частности, устанавливается, что часть средств выделяется из федерального бюджета, часть из регионального, а если у региона нет денег для выплат, все компенсации производятся из федерального бюджета. На практике пострадавшим выплачивается пособие по отдельным постановлениям правительства РФ и местной власти. В каждом конкретном случае теракта власти определяют, каким будет размер компенсации. Что касается единовременной материальной помощи, то соответствующие средства направляются из федерального бюджета в виде дотации. Как правило, средства выделяются из расчета от 700 тыс. до 1 млн. руб. рублей для членов семей погибших, 300 тысяч рублей тем, кто получил средние или тяжёлые травмы, и 150 тысяч рублей — людям с лёгкими травмами. 25 октября 2013 года Государственная дума РФ одобрила закон, согласно которому жертвы терактов смогут получать компенсацию за моральный вред с террористов, а также за счёт средств близких родственников и лиц, состоящих с ними в родстве при условии, что деньги и ценности получены в результате террористической деятельности.

До вступления в силу правил выделения бюджетных ассигнований из резервного фонда в редакции от 17.08.2010, в каждом отдельном случае

Правительство выпускало специальное постановление с указанием размера компенсационной выплаты, и, как правило, до сих пор, помощь государства жертвам терактов ограничивается разовыми выплатами. Дети жертв терактов дополнительно могут рассчитывать на пособие по потере кормильца. Сегодня сложилась практика одновременного принятия в связи с конкретными трагическими событиями федеральных, субфедеральных и муниципальных нормативных актов о выплате компенсаций.

2.1.1.2 Компенсации семьям погибших на производстве, а также пострадавшим сотрудникам в случае ущерба здоровью

15 июля 2014 в Московском метрополитене произошла одна из самых крупных катастроф за всю его историю. На "синей" ветке между станциями "Парк Победы" и "Славянский бульвар" три вагона сошли с рельсов. В результате аварии погибли 22 человека, более сотни — пострадали. Столичная подземка обязалась выплатить по 2 млн. рублей семьям погибших, а пострадавшим - до миллиона рублей в зависимости от тяжести травм [27].

Определенный интерес представляют данные страховой статистики. Расчеты по данным ЦБ РФ показывают, что средняя страховая сумма по договорам страхования жизни в 2014 году составила 174-350 тыс. рублей (в зависимости от типа договора). При этом страховые суммы по договорам пенсионного страхования в последние годы заметно росли (рисунок 1).

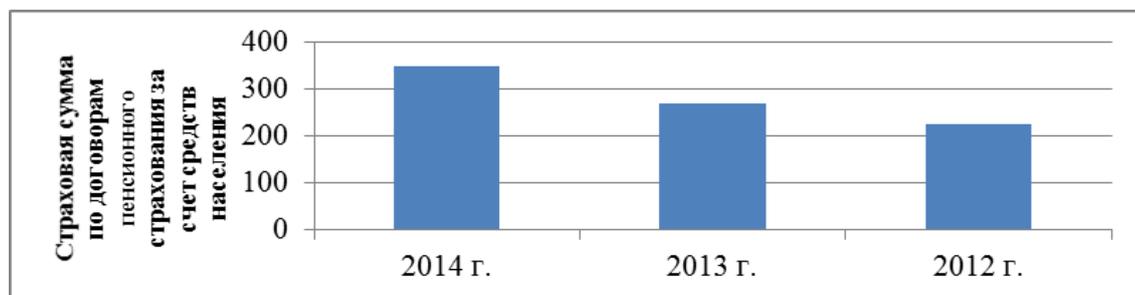


Рисунок 1 - Страховая сумма по договорам пенсионного страхования за счет средств населения

Социологический подход к «стоимости» жизни или инвалидности исходит из предположения, что размер возмещения, выплаченного пострадавшим или семьям погибших в результате несчастных случаев, должен восприниматься россиянами как справедливый и достаточный. Малый размер компенсации приведет к возникновению зоны социальной напряженности и недовольства. Слишком высокие, по мнению населения, выплаты также не будут способствовать улучшению общественных отношений. Так что, при всем уважении к экономическим способам оценки размера возмещения в связи с гибелью человека и потерей трудоспособности, основной приоритет в оценках должен отдаваться мнению населения, оценка которого осуществляется социологическими методами. Что вовсе не исключает экономических оценок, которые могут выступить в качестве объективных корректировок к мнениям россиян.

2.1.1.3 Компенсации погибшим в природных ЧС и на транспорте, а также пострадавшим в случае ущерба здоровью

В 2009 году произошло крушение поезда «Невский экспресс», следовавшего из Москвы в Санкт-Петербург, которое привело к гибели 28 и ранениям не менее 132 человек. Семьям погибших выделено из федерального бюджета по 300 тыс. рублей, тяжело раненым — по 100 тыс. рублей, легко раненым — по 50 тыс. рублей. Такую же сумму пострадавшие получили из

региональных бюджетов. ОАО РЖД дополнительно выплатило семьям погибших по 500 тыс. рублей, тяжело раненым — по 200 тыс. рублей. Помимо выплат из бюджетов разного уровня и от ОАО РЖД потерпевшие получили выплаты от страховой компании ЖАСО до 12 тыс. рублей. Всего сумма выплат составила около 1 млн. рублей на семью погибшего [28].

В результате аварии на Саяно-Шушенской ГЭС, произошедшей 17 августа 2009 года, погибло 75 человек, оборудованию и помещениям станции нанесён серьёзный ущерб. Материальная помощь семьям погибших осуществлялась из различных источников. Компанией «РусГидро» было выплачено по 1 млн. рублей семье каждого погибшего, отдельно выплачен двухмесячный заработок погибших и выделены средства на организацию похорон [29]. Семье каждого погибшего была выдана компенсация в размере 1,1 млн. рублей дополнительно от федерального бюджета. Выжившие, но пострадавшие при аварии получили единовременные выплаты в размере от 50 до 150 тыс. рублей в зависимости от тяжести повреждений. В общей сложности на социальные программы помощи компанией было выделено 185 млн. рублей. В рамках собственной благотворительной программы Сбербанк России обязался погасить ипотечные кредиты семей погибших на общую сумму 6 млн. рублей [30].

В результате двух взрывов на шахте «Распадская» в мае 2010 года погибли 91 человек - горняки и горноспасатели. Семьям горняков, погибших в результате двух взрывов, прогремевших на шахте "Распадская" в Кузбассе, в общей сложности было выплачено почти три миллиона рублей. Выплаты семьям погибших горняков из государственных фондов составили по 1 млн. рублей. Выплаты единовременной материальной помощи гражданам, получившим тяжкий вред здоровью или вред средней тяжести, составят 400 тыс. рублей на человека, гражданам, получившим легкий вред здоровью, - 200 тыс. рублей на человека. Такую же сумму семьям погибших выплатила компания ОАО "Распадская угольная компания". Кроме того, семьям погибших шахтеров выплачена годовая зарплата, плюс зарплата за последние

три месяца, плюс государственные выплаты, что в сумме составило от 700 до 900 тыс. рублей. Пострадавшие горняки получили дополнительно от 30 до 200 тыс. рублей в зависимости от характера полученных травм [31].

13 декабря 2012 года в Таганроге произошло обрушение строящегося трехэтажного дома. При этом 5 человек погибло и двенадцать пострадало. Семьям погибших из областного бюджета было выплачено по 1 млн. рублей, пострадавшим – по 300 тысяч рублей. Кроме того, администрация Таганрога приняла решение оказать материальную помощь потерпевшим и выплатить по 200 тысяч – семьям погибших и по 50 тысяч – пострадавшим [32].

На территории Краснодарского края 6–7 июля 2012 года произошло стихийное бедствие – наводнение, повлёкшее многочисленные человеческие жертвы и разрушения. Исходя из особо тяжких последствий этого стихийного бедствия Президент РФ принял следующее решение: «Правительству Российской Федерации оказать семьям погибших единовременную материальную помощь в размере 1 млн. рублей. Администрации Краснодарского края оказать семьям погибших единовременную материальную помощь в таком же размере» [33].

В результате природных пожаров, произошедших в апреле 2015 года на территории Сибирского федерального округа было уничтожено почти две тысячи домов, зона бедствия охватила 39 населённых пунктов, 34 человека погибли. На совещании по вопросу о ликвидации последствий чрезвычайной ситуации 21 апреля 2015 года в Абакане особое внимание было уделено вопросам восстановления жилищного фонда и оказания помощи семьям погибших и пострадавших. По решению Правительства Российской Федерации была организована выплата материальной помощи пострадавшим в Республике Хакасия – по 10 тысяч рублей каждому. Начаты выплаты по компенсации за утрату имущества: частичного имущества – 50 тысяч рублей, и за утрату полного имущества – по 100 тысяч рублей каждому.

Также МЧС приступило к работе по оформлению всех необходимых документов для получения компенсации за нанесение лёгкого, среднего или тяжкого вреда здоровью. Каждый пострадавший получит или 200, или 400 тысяч рублей. Также начаты выплаты компенсаций семьям погибших – по 1 миллиону рублей [34].

На 701-м км трассы М53 «Байкал» 22 июля 2015 года столкнулись рейсовый автобус Hyundai «Красноярск – Шарыпово» (ехал со стороны Красноярска) и грузовик. В аварии погибли 11 человек, в том числе оба водителя фуры. Еще 40 получили ожоги и переломы. Родственники погибших получили страховые выплаты в размере 2,025 млн. руб. Для пострадавших выплаты рассчитываются по специальной таблице в соответствии с травмами. За повреждение головного мозга пострадавшие могут получить от 60 тыс. до 500 тыс. руб., за переломы конечностей — от 60 тыс. до 300 тыс. руб. в зависимости от места перелома и степени тяжести [35].

2.1.2 Практика компенсаций в связи с гибелью людей и нанесения ущерба их здоровью в зарубежных странах

2.1.2.1 Выплаты семьям погибших военнослужащих

В США существует развитая система выплаты компенсаций семьям погибших военнослужащих, или им самим, если во время выполнения служебных обязанностей их здоровью был нанесен какой-либо ущерб. Министерство Обороны США в случае гибели военнослужащего выплачивает его семье разовую компенсацию в размере \$100 тыс. - эти деньги идут на оплату похорон, единовременные пособия и пр. Кроме того, повсеместной практикой среди американских военнослужащих является приобретение страховых полисов государственной программы страхования военнослужащих, а также коммерческих страховых компаний, работающих

совместно с Министерством обороны США. В настоящее время в США функционирует 99 частных страховых компаний и организаций, занимающихся реализацией программ страхования жизни и здоровья военнослужащих. В таких программах, как правило, применяются льготные страховые тарифы, дотируемые государством, в силу чего максимальный страховой взнос не превышает 40 долл. в месяц. Деятельность страховых программ осуществляется под контролем независимой неправительственной общественной организации, комплектуемой, как правило, из бывших военнослужащих.

В случае смерти военнослужащего, страховщики выплачивают его наследникам до \$400 тыс. Кроме того, несовершеннолетние дети погибшего солдата и его вдова также получают пенсию и ряд льгот - например, медицинские страховки. Таким образом, жизнь солдата стоит не менее \$500 тыс., а максимум до \$1.5 - 1.7 млн. (в зависимости от количества и возраста детей). Пенсии, а также бесплатное медицинское обслуживание получают инвалиды, потерявшие здоровье на военной службе, а также все военнослужащие – по достижении определенного возраста.

С другой стороны, Правительство США совершенно по-другому оценивает жизнь граждан Ирака, случайно погибших от рук американских военных. Размеры «соболезнующих» выплат не превышали \$2.5 тыс. (за смерть, ранение или повреждение, уничтожение собственности). «Компенсационные» выплаты рассчитывались по следующей шкале: до \$2.5 тыс. - смерть, до \$1.5 тыс. - тяжелое ранение, от \$200 - легкое ранение. В Афганистане американские военные применяли несколько иные «расценки»: примерно \$2.3 тыс. за смерть, \$467 - за тяжелое ранение, \$236 - за легкое ранение или поврежденное (уничтоженное) имущество. Таким образом, жизнь иракца, погибшего по вине американского солдата, стоит \$2.5 тыс., а жизнь американского военнослужащего, убитого иракцем - в 200 раз больше. Схожая ситуация наблюдалась и в иных ситуациях, связанных с военными действиями. В 1999 году, во время операции в Косово, американский

бомбардировщик В-52 сбросил бомбу на посольство Китая в Белграде. В результате взрыва погибли три китайских журналиста, 27 человек получили ранения. США согласились заплатить \$4.5 млн. семьям убитых и раненым – каждая жертва получила около \$150 тыс. В 2002 году самолет ВВС США в итальянских Альпах повредил трос, на котором находилась гондола с пассажирами - в результате, погибли 20 граждан Италии. В 2004 году Конгресс США принял решение выплатить наследникам погибших по \$2 млн. [36].

Система компенсации ущерба жизни и здоровью военнослужащих в странах Европы отличается от той системы, которая существует в США. В Европе она ближе к социальному обеспечению, тогда как в США в ее основе лежат принципы коммерческого страхования. В Швеции, например, максимальный размер «рисковой выплаты» составляет в настоящее время более 100 тыс. долларов. Эта сумма выплачивается Государственным страховым советом в случае 100-процентной инвалидности или смерти военнослужащего. Для итальянских военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях в составе «многонациональных миротворческих сил» в зоне Персидского залива, парламент страны установил в случае гибели специальные страховые выплаты в размере от 120 тыс. до 450 тыс. долларов [37].

#### 2.1.2.2 Компенсации жертвам терактов

Система компенсации семьям погибших в террористических атаках существует практически во всех странах, подвергающихся время от времени террористическим атакам – и в Европе, и в США. В Испании, например, статус «жертвы теракта» гарантирует дополнительную пенсию гражданским лицам. Семьям погибших в терактах выплачивают компенсации — примерно по 1 миллиону долларов США.

В Израиле размеры компенсаций пострадавшим от терактов определяются индивидуально в каждом отдельном случае. Как правило, жертвам теракта покрываются расходы на лечение, содержание на период нетрудоспособности, пособие по инвалидности (порядка 800 долларов в месяц), похороны и выплаты иждивенцам порядка 1,5 тыс. долларов в месяц). В Великобритании суммы выплат жертвам терактов регулируются законом о выплате компенсации жертвам уголовных преступлений. Размер компенсации колеблется от 2 тысяч до 500 тысяч долларов.

В США существует негосударственная, страховая система компенсационных выплат жертвам терактов, к которой государство не имеет отношения. Исключением стал теракт 9/11, после которого государство создало специальный фонд September 11th Victim Compensation Fund (VCF) для выплаты компенсаций пострадавшим и семьям погибших; сумма компенсации семьям жертв терактов 11 сентября вычислялась на основе личного дохода с учетом его потенциального увеличения в результате продвижения по карьерной лестнице.

Так, исследование корпорации RAND показало, что компенсации частным лицам и бизнесам, пострадавшим в результате этих терактов 11 сентября 2001 года в Нью-Йорке, составили \$32 млрд. Соглашаясь на получение компенсации из этого фонда, родственники погибших отказывались от каких-либо претензий к компаниям или организациям, которые в суде могли бы быть признанными ответственными за теракт [38]. Семьи погибших получили в сумме \$8.7 млрд., средняя сумма компенсации составила \$3.1 млн. на семью погибшего. Однако семьи погибших полицейских, пожарных, медиков и пр. должностных лиц, которые участвовали в спасательных работах и погибли при исполнении служебных обязанностей, получили больше - \$4.2 млн.

С другой стороны, до терактов 11 сентября жертвы терактов каких-либо серьезных компенсаций не получали. В 1995 году при взрыве бомбы в городе Оклахома-Сити, организованном местными экстремистами, погибли

168 человек. До 2001 года этот взрыв считался крупнейшим актом терроризма на территории США. После теракта Конгресс США отказался выделить пострадавшим денежные компенсации, но предоставил семьям погибших двухлетние налоговые каникулы - два года эти семьи не должны были платить федеральный подоходный налог (местные налоги для них отменены не были). То есть, размеры компенсации за смерть колебались от \$3 тыс. до \$30 тыс., в зависимости от доходов семьи погибших. Дополнительные выплаты в общем размере 40 млн. долл. были осуществлены благотворительными организациями.

### 2.1.2.3 Жертвы авиакатастроф

Согласно принятой в 1999 году Монреальским дополнениям к Варшавской конвенции [39] (Россия не приняла этих дополнений), обязательные компенсации семьям погибших составят 113,1 тыс. специальных прав заимствования (SDR, расчетная единица МВФ), или по текущему курсу \$157 тыс. за человека. Родные жертв вправе потребовать и большей компенсации, если сочтут, что перевозчик мог предотвратить катастрофу, но не сделал этого по халатности [40].

В конце марта Airbus A320 немецкой авиакомпании Germanwings, следовавший из Барселоны в Дюссельдорф, разбился на юго-востоке Франции. Все находившиеся на борту пассажиры и члены экипажа — 150 человек — погибли. Запись с обнаруженных «черных ящиков» указывает на то, что катастрофа стала результатом умышленных действий второго пилота — гражданина Германии Андреаса Лубитца. Все родственники жертв авиакатастрофы получили предварительно по 50 тысяч евро компенсации.

Общая стоимость компенсаций в связи с авиакатастрофой составит примерно 300 млн. долл. – около 100 млн. за сам самолет и около 200 млн. долл. семьям погибших (примерно 1,3 млн. долл. на семью) [41].

В апреле 2015 г. в городе Чарльстон штата Южная Каролина (США) полицейский, превысив свои полномочия, застрелил афроамериканца, у автомобиля которого был разбит задний габаритный фонарь. Власти города решили выплатить 6,5 млн. долларов семье этого человека [42].

Надо отметить, что в США нет единой оценки «стоимости» человеческой жизни. Для ее определения используются нормативные акты (как в случае военнослужащих), судебная практика, или же рекомендации ряда правительственных агентств. При этом последние достаточно сильно различаются между собой: от 1 до 6,3 млн. долларов [43].

2.1.3 Оценки «справедливого» возмещения в связи с гибелью человека, а также потерей трудоспособности, полученные на основании данных социологических исследований

Отдельный интерес для исследований в области «стоимости» человеческой жизни представляют оценки, сделанные с использованием данных социологических опросов. Их ценность состоит в том, что они опираются на мнения населения как на авторитетный источник, в определенном смысле – «критерий истины». Дело в том, что оценки «стоимости» человеческой жизни, полученные на основании объективных индикаторов расчетным путем, могут не отражать реальную ценность человеческой жизни с учетом всех обстоятельств – стоимости материального и морального ущерба, понесенного как самим потерпевшим, так и его семьей, а также обществом в целом. Субъективные оценки, полученные на основании данных социологических опросов, лишены этого недостатка. Они опираются на мнения населения, которое считает тот или иной размер компенсаций разумным и достаточным, в полной мере компенсирующим ущерб, понесенный как самим пострадавшим, так и его семьей. Социологический подход к «стоимости» жизни или инвалидности исходит из предположения, что размер возмещения, выплаченного пострадавшим или

семьям погибших в результате несчастных случаев, должен восприниматься россиянами как справедливый и достаточный. Малый размер компенсации приведет к возникновению зоны социальной напряженности и недовольства. Слишком высокие, по мнению населения, выплаты также не будут способствовать улучшению общественных отношений. Так что, при всем уважении к экономическим способам оценки размера возмещения в связи с гибелью человека и потерей трудоспособности, основной приоритет в оценках должен отдаваться мнению населения, оценка которого осуществляется социологическими методами. Что вовсе не исключает экономических оценок, которые могут выступить в качестве объективных корректировок к мнениям россиян.

Наиболее полные исследования в области субъективных оценок «стоимости» жизни среднестатистического человека выполняются Центром стратегических исследований компании «Росгосстрах» [44]. Под «стоимостью» жизни в рамках данного исследования понимаем размер справедливого возмещения семьям людей, погибших в результате несчастных случаев на транспорте, на производстве или по месту службы при выполнении служебных обязанностей. «Стоимость» инвалидности – это справедливая, достойная компенсация человеку, если он потерял способность к труду в результате несчастного случая на транспорте или при выполнении различных служебных обязанностей. Последнее исследование, проведенное с использованием социологических опросов летом 2015 года в 35 городах с населением более 500 тыс. человек показало, что россияне в среднем оценивают свою жизнь в 4,5 млн. рублей, что несколько больше, чем год назад. Медианное значение «стоимости» человеческой жизни составило 1,4 млн. рублей, как и годом ранее (рисунок 2).

Рост среднего значения произошел в силу того, что среди ответов респондентов увеличилась доля экстремально больших значений, что и подняло среднюю величину «справедливой» компенсации. Медианное значение, менее чувствительное к проявлениям крайностей, более точно

отражает мнение большинства россиян относительно справедливой компенсации за гибель человека.

Средняя «стоимость» инвалидности, напротив, несколько снизилась по сравнению с прошлогодним показателем до значения 3,3 млн. руб. против значения в 3,4 млн. годом ранее. Медианное значение «стоимости» инвалидности не изменилось и составило 1,1 млн. рублей, как и год назад (рисунок 2).

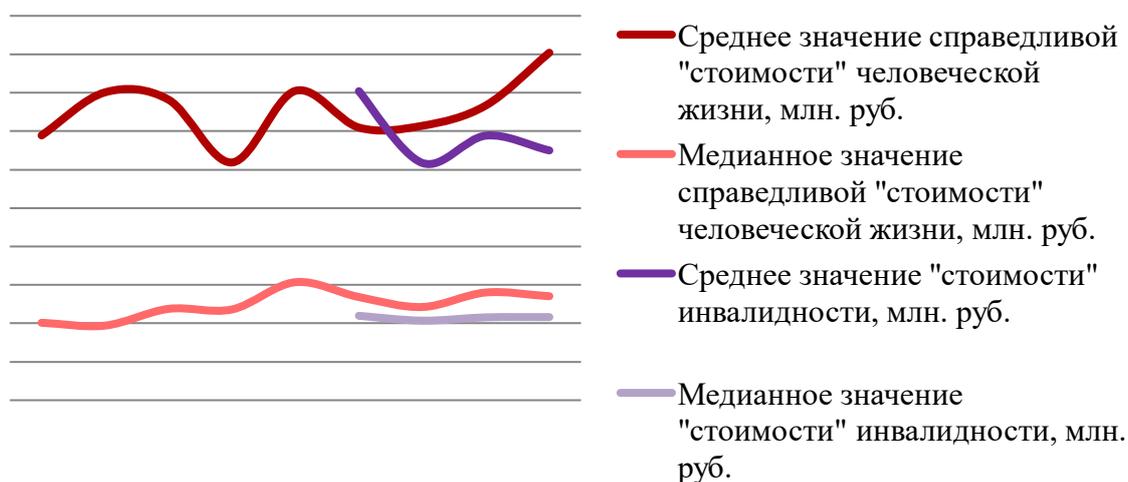


Рисунок 2 - «Стоимость» жизни и инвалидности в России  
в 2007-2015 гг.

Самые высокие требования по компенсации в связи с гибелью человека на транспорте или при выполнении служебных обязанностей отмечены среди руководителей разного уровня, а также среди домохозяек. Ниже всего оценивают «стоимость жизни» студенты, пенсионеры и люди с невысоким профессиональным статусом (рисунок 3).

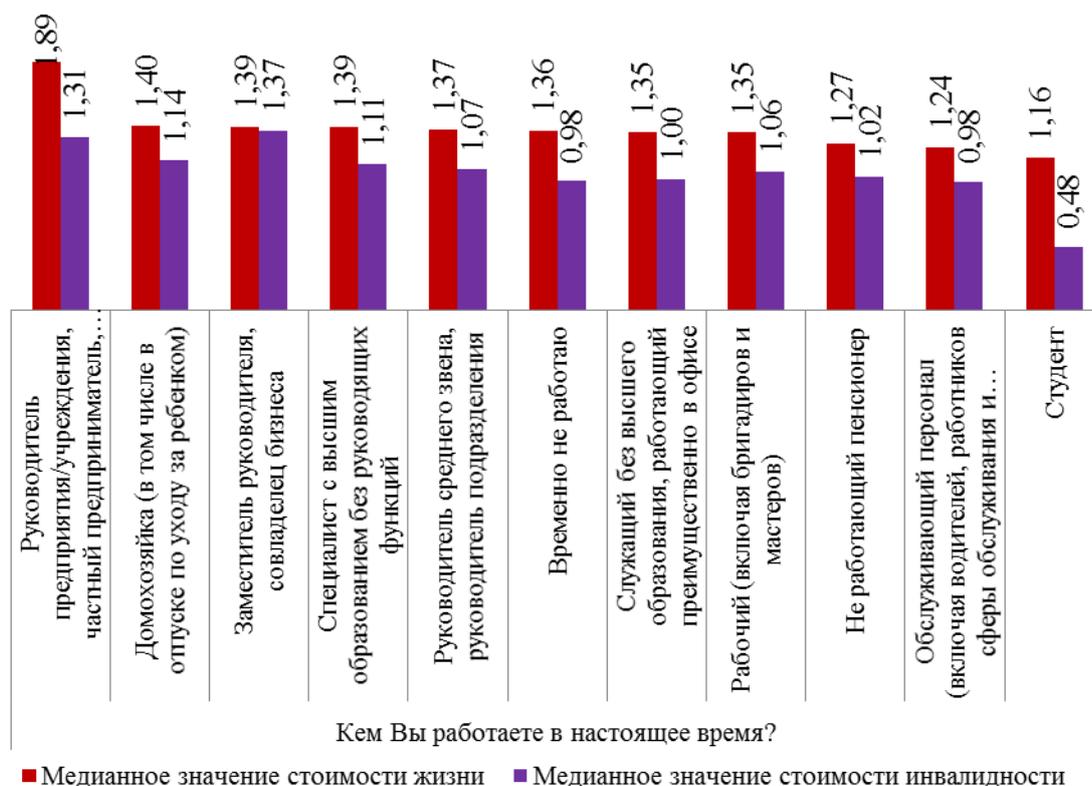


Рисунок 3 - Медианное значение «стоимости» жизни и инвалидности в зависимости от профессионального статуса

Самые высокие значения «стоимости» жизни также характерны для мужчин, лиц с высшим образованием, а также россиян с самыми высокими доходами (рисунок 4).

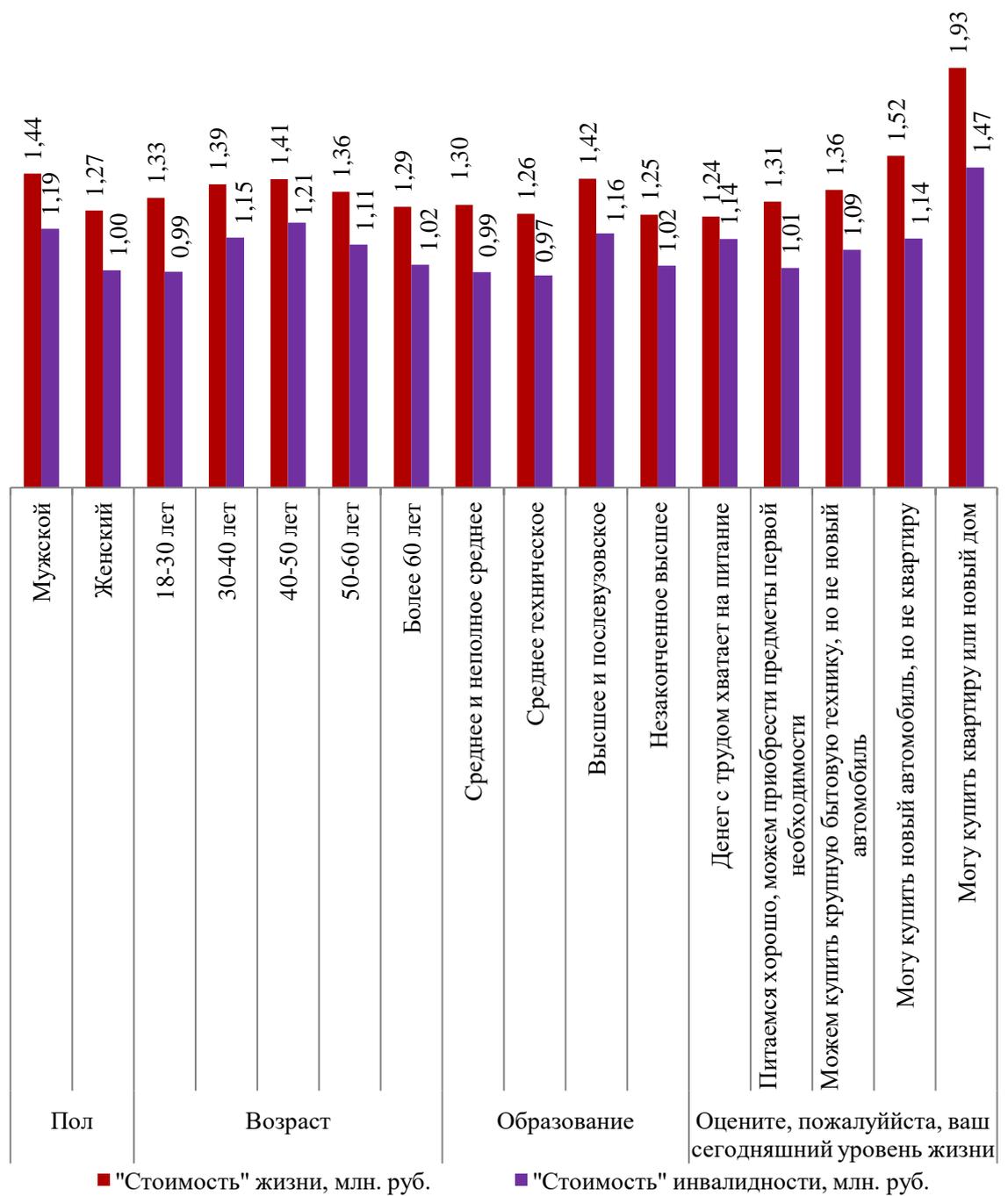


Рисунок 4 - Медианное значение «стоимости» жизни и инвалидности по социально-демографическим группам

Среди городов, где проводились исследования, самые высокие медианные значения «стоимости» человеческой жизни зафиксированы в

Москве, Ростове-на-Дону и в Хабаровске, самые низкие – в Пензе, Волгограде и Воронеже (рисунок 5).

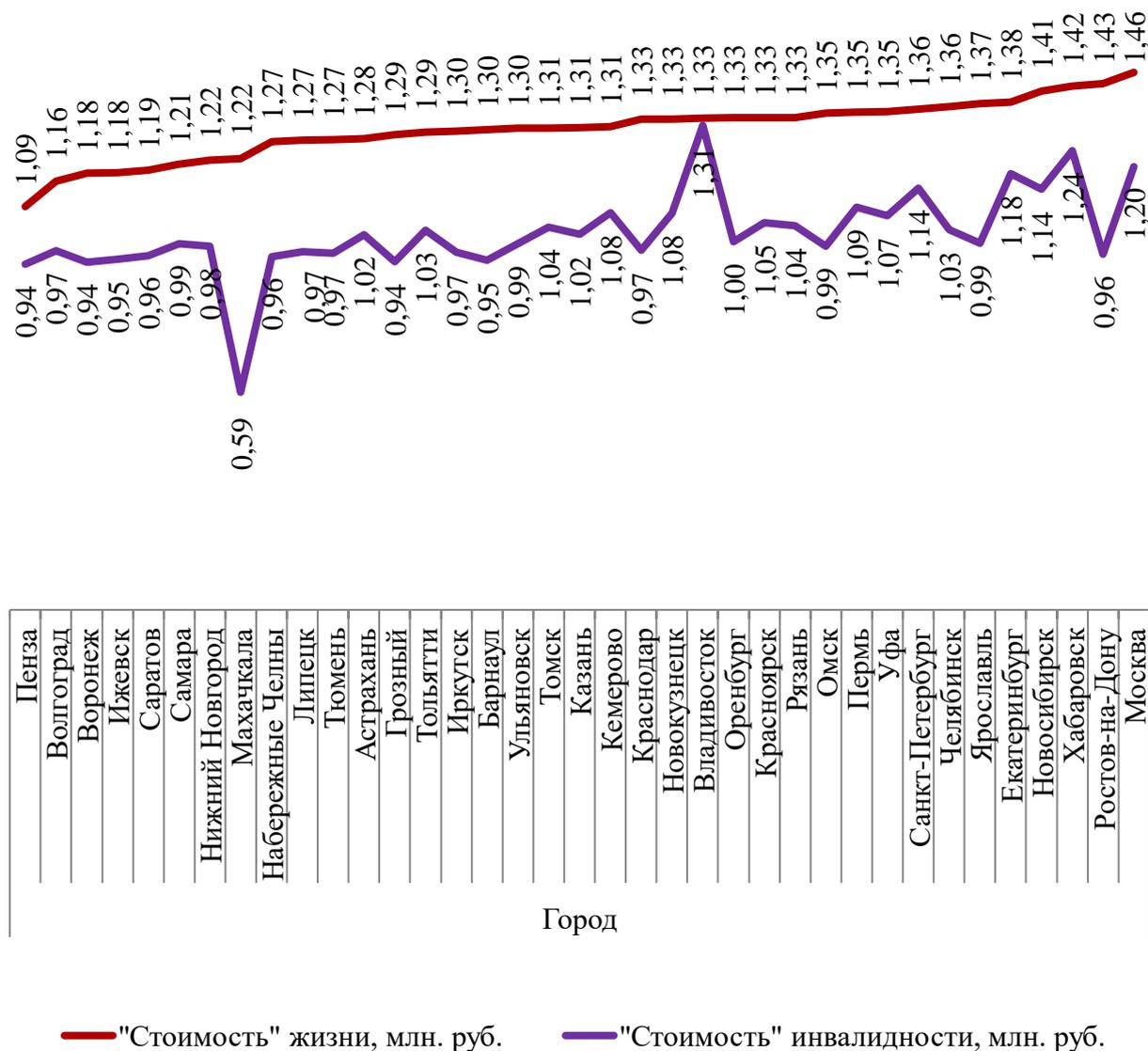


Рисунок 5 - Медианное значение «стоимости» жизни и инвалидности по городам, где проводилось исследование

Как видно из данных приведенного социологического исследования, средняя «стоимость» человеческой жизни, по оценке самих россиян, в нашей стране крайне невелика. Вполне возможно, низкий размер данной оценки «стоимости» человеческой жизни определяется тем, что она сделана «со стороны», без учета эмоционального дискомфорта, моральных страданий

человека и его семьи. Кроме того, в России пока отсутствует практика крупных возмещений в связи с гибелью людей или потери ими трудоспособности. Как показано в п. 2.1.1, в России размер возмещений в связи с гибелью людей чаще всего составляет около 2 млн. рублей. Так что население ориентируется на имеющиеся не слишком высокие цифры.

2.2 Разработка методики определения величины справедливого и объективного материального возмещения понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения

2.2.1 Выбор основных параметров при конструировании модели для определения «стоимости» человеческой жизни

В настоящее время в России накоплен определенный набор оценок «стоимости» человеческой жизни, основанных на применении различных подходов к этой проблеме. В исследованиях используется ряд методик оценки «стоимости» среднестатистической человеческой жизни, из которых, по нашему мнению, основной интерес представляют следующие методики, основанные на:

- статистике по заработкам и уровню жизни – в рамках данного подхода среднестатистическая стоимость человеческой жизни определяется как недополученный доход семьи из-за потери кормильца или его неспособности работать с прежней отдачей;
- макроэкономической статистики – «стоимость» жизни рассчитывается как потеря ВВП из-за сокращения численности рабочей сил и увеличения социальных выплат;
- готовности населения платить за избежание риска, например, при покупке более дорогого, но безопасного автомобиля – «стоимость» жизни в рамках данного подхода рассчитывается как отношение прироста стоимости более безопасного автомобиля по сравнению с

менее безопасным к разнице в риске погибнуть на дороге для пассажиров этих автомобилей;

- надбавкам за риск сотрудникам опасных профессий – стоимость жизни определяется как отношение разницы годового дохода представителей различных профессий к разнице рисков смерти на производстве (при этом для сравнения выбираются профессии, требующие сходного уровня образования – например, пожарный, строитель и фабричный рабочий);
- практики судебных компенсаций в связи с гибелью людей на производстве или транспорте – в рамках данного подхода «стоимость» среднестатистической жизни – это средний размер компенсации, выплачиваемой по суду семье погибшего;
- оценки «справедливого» возмещения в связи с гибелью людей, полученной по данным социологических опросов, в ходе которых людям предлагают оценить «справедливый» и «достаточный» размер компенсации семье погибшего;
- страховых сумм по страхованию жизни – предполагается, что «стоимость» жизни является эквивалентом страховой суммы (максимальной компенсации), зафиксированной в договоре страхования жизни или страхования от несчастного случая на случай смерти.

Ряд результатов исследований, проведенных по приведенным выше методикам, представлен в [45] – по мнению авторов, оценка «стоимости» жизни среднестатистического человека колеблется в нашей стране в пределах от 7 до 40 млн. рублей, в зависимости от применяемой методики. В предыдущем разделе были приведены различные оценки «стоимости» человеческой жизни, сделанные исходя из практики выплат в связи с гибелью людей.

Оценочный размер компенсации в связи с травмами или гибелью людей может быть определен на основании объективных экономических показателей, а также субъективных оценок, сделанных самими гражданами.

Как представляется, подходы к оценке «стоимости» жизни, основанные на объективных показателях, имеют один существенный недостаток. В них отсутствует основной критерий истинности сделанных оценок – в какой степени они соответствуют реальной «стоимости» человеческой жизни.

Для продолжения исследования необходимо сделать важное методическое замечание. Оценка «стоимости» человеческой жизни для экономики в целом и для отдельной семьи заметно различаются между собой. «Стоимость» жизни или «стоимость» инвалидности среднестатистического человека для экономики – это потеря национального благосостояния, вызванная его гибелью или потерей способности трудиться в прежнем объеме. В рамках данного подхода «стоимость» жизни можно оценить как суммарные потери произведенного ВВП из-за гибели среднестатистического человека при ЧС различного характера по формуле (1):

$$ССЖ = \sum_{i=1}^n ДВВП_i \quad (1)$$

где ССЖ – «стоимость» среднестатистической жизни человека,

ДВВП<sub>*i*</sub> – размер душевого ВВП в *i*-тый год в постоянных ценах (с исключением инфляции),

*n*-среднее число лет жизни, «потерянной» в результате преждевременной гибели человека – разница между средним возрастом и средней продолжительностью жизни россиянина.

В общем случае «стоимость» среднестатистической человеческой жизни в расчете на год при таком подходе составляет годовой размер душевого ВВП, или по состоянию на 2014 год в текущих ценах – 503 тыс. рублей. Учитывая, что средняя продолжительность жизни в России составляет 71 год (данные Росстата), а средний возраст – 38,5 лет (данные

ООН за 2015 год), средняя величина «потерянной» продолжительности жизни эквивалентна 32,5 года.

Таким образом, в предположении, что объем душевого ВВП в реальных ценах останется прежним в среднесрочной перспективе, средняя «стоимость» человеческой жизни в России исходя из макроэкономического подхода составляет 17,1 млн. рублей (271,4 тыс. долл. по курсу 63 рубля за доллар США).

У этой оценки есть два ограничения.

Если предположить, что страну ожидает заметный экономический рост, значения ДВВП, должны быть скорректированы вверх на прогнозируемую величину экономического роста.

Вторая условность состоит в том, что эта сумма определена в предположении, что доходность инструментов инвестирования средств населения, имеющих на рынке и доступных широким слоям граждан, будет примерно соответствовать средней потребительской инфляции. Если предположить, что на рынке появятся массовые инвестиционные инструменты с положительной доходностью, значения ДВВП<sub>*i*</sub> должны быть скорректированы с учетом ожидаемой доходности вложений.

Еще раз необходимо подчеркнуть, что данная оценка является макроэкономической и описывает потери национальной экономики от смерти среднестатистической гражданина или потери им способности к труду в прежнем объеме с прежним качеством. Однако с точки зрения семьи погибшего или самого пострадавшего, если он получил травму, ситуация выгладит иначе, и материальная компенсация им (пострадавшему или семье) может отличаться от оценки экономических потерь.

Экономические потери средней статистической семьи можно оценить на основании того же подхода – исходя из снижения потребления среднестатистической семьи.

В этом случае место душевого ВВП в формуле (1) занимает душевой размер конечного потребления товаров и услуг в постоянных ценах года, для которого вычисляется "стоимость" человеческой жизни.

По состоянию на 2014 год «стоимость» человеческой жизни, оцененная исходя из уровня душевого потребления в домохозяйствах, составляет 9,1 млн. рублей в ценах 2014 года, что намного больше оценки, полученной по опросам населения – 4,5 млн. рублей (см. п. 2.1.3).

Это расхождение легко объяснимо: субъективные оценки В этом случае место душевого ВВП в формуле (1) занимает душевой размер конечного потребления товаров и услуг. По состоянию на 2014 год «стоимость» человеческой жизни, оцененная исходя из уровня душевого потребления в домохозяйствах, составляет 9,1 млн. рублей (по состоянию на 2014 год, в текущих ценах), что намного больше оценки, полученной по опросам населения – 4,5 млн. рублей (см. п. 2.1.3).

Это расхождение легко объяснимо: субъективные оценки «стоимости» человеческой жизни, сделанные населением, ориентируются больше на экономические и бытовые реалии страны, чем на необходимость сохранения уровня жизни в семье на прежнем уровне в течение длительного времени.

Как и оценка «стоимости» жизни, сделанная исходя из размера потерь для экономики в связи с гибелью среднестатистического человека, и в основу которой положен размер душевого ВВП, оценка, построенная вокруг размера душевого потребления, имеет ряд ограничений:

- она определена исходя из постоянства размера душевого потребления и не учитывает возможности экономического роста, который должен привести к увеличению потребления товаров и услуг, соответственно, и компенсация в связи с гибелью человека на транспорте или при выполнении служебных обязанностей должна быть пересмотрена в сторону повышения;

- мы исходим из того, что доходность инвестиционных инструментов, доступных широкому кругу граждан, близка к уровню инфляции, если это требование нарушается, компенсация в связи со смертью человека должна быть пересмотрена вниз (при положительной реальной доходности), или вверх (при отрицательной реальной доходности).

Здесь приходится признать, что оценка денежной компенсации в связи с гибелью или серьезной травмой содержит в себе объективную и субъективную составляющую. Объективная составляющая компенсации ущерба составляет денежный эквивалент расходов, которые необходимы самому пострадавшему и (или) его семье для поддержания прежнего качества жизни. Сюда входит не только набор товаров и услуг, который пострадавший или его семья могли бы приобрести, но и стоимость работ, которые мог бы осуществить пострадавший человек в интересах семьи (например, ремонт или строительство дома, работа на приусадебном участке и т.п.).

Кроме этого, для семьи важен прирост благополучия, который мог бы в определенной степени компенсировать моральные страдания семьи погибшего. Так что оценка «стоимости» жизни должна быть сделана с учетом того, чтобы компенсировать не только материальный, но и моральный ущерб семье и самому пострадавшему (в случае утраты трудоспособности). Надо учитывать, что моральный ущерб может намного превосходить материальные потери, и об этом ясно свидетельствует практика выплат возмещений пострадавшим по судебным решениям, накопленная в экономически развитых странах.

Как видно из изложенного выше, для оценки «стоимости» человеческой жизни применительно к каждому конкретному случаю или в среднестатистической российской семье необходимо учитывать материальные потери, а также моральный ущерб, вызванные нанесением ущерба жизни и здоровью человека.

Очевидно, что при оценке "стоимости" человеческой жизни моральный ущерб необходимо оценить в материальном эквиваленте. При этом также очевидно, что моральный ущерб пострадавшему и его близким - понятие более широкое, нежели материальный ущерб. Недостаточность денежного возмещения семье в связи с гибелью человека, а также незначительные размеры пенсии, выплачиваемых людям, потерявшим работоспособность в результате ЧС - все это приводит к повышению уровня страданий, и, как следствие, снижению удовлетворенности собственной жизнью, которое в свою очередь приводит к необходимости выплаты дополнительных компенсаций жертвам или чрезвычайных ситуаций или их семьям.

В связи с этим при оценке "стоимости" жизни среднестатистического россиянина необходим учет следующих параметров:

- уровень материального благополучия населения;
- моральные страдания, связанные с полной или частичной потерей жизни и здоровья, выраженные в денежном эквиваленте;
- удовлетворенность жизнью среди различных слоев населения;
- факторы, снижающие удовлетворенность человека своей жизнью, и в частности - недостаточная продолжительность жизни, преждевременная смертность среди населения.

2.2.2 Оценка «стоимости» жизни человека в России, основанная на требовании сохранения прежнего уровня удовлетворенности человека своей жизнью

Как мы отметили выше, экономические модели оценки "стоимости" жизни среднестатистического человека имеют серьезный недостаток: они не могут предложить нам подходы к определению материального эквивалента человеческих страданий - самого потерпевшего и/или его семьи. Этим же недостатком отличаются модели, построенные вокруг внешнего оценивания

«стоимости» жизни - населением, судами, государственными органами, закрепляющими в законодательных актах размер компенсации в связи с гибелью человека или нанесением серьезного ущерба его здоровью. В определенной степени от этого недостатка избавлены модели, в которых «стоимость» жизни определяется надбавками за риск в опасных профессиях, а также доплатой за более безопасные предметы потребления – например, более безопасные автомобили. Однако и у них есть недостатки.

Во-первых, опасные профессии часто привлекательны для людей, склонных к риску, что снижает ценность такого подхода. Точно так же менее безопасные автомобили привлекательны для любителей агрессивного стиля вождения, что смазывает картину предпочтений в части избегания риска и готовности платить за это.

Во-вторых, зарплаты людей, занятых в опасных профессиях, часто нормируются на государственном уровне – например, доходы военных, пожарных и иных сотрудников МЧС. В связи с этим сложно определить размер реальной надбавки за риск среди представителей опасных профессий.

В связи с этим представляется оправданным использовать для более точной оценки «стоимости» жизни показатели, поддающиеся более точному определению: продолжительность жизни, размер потребления товаров и услуг, а также удовлетворенность населения своей жизнью.

В качестве основного посыла для конструирования модели оценки «стоимости» человеческой жизни мы будем исходить из того, что компенсация, выплачиваемая в случае нанесения ущерба жизни и здоровью человека, должна обеспечивать восстановление прежней удовлетворенности пострадавшего и/или членов его семьи своей жизнью, которая для них была характерна до наступления чрезвычайной ситуации, ущерб от которой и необходимо компенсировать.

Для сравнительного анализа влияния различных факторов на долю населения, полностью или в основном довольных своей жизнью, были

использованы данные Всемирного банка, ООН и ОЭСР по следующим темам:

- а) качества образования;
- б) качества медицинской помощи;
- в) уровень жизни;
- г) безработица и удовлетворенность населения качеством рабочих мест;
- д) безопасность;
- е) свобода выбора;
- ж) уровень доверия в местных сообществах;
- з) борьба с бедностью;
- и) качество окружающей среды;
- к) доверие национальному правительству;
- л) ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет);
- м) средняя продолжительность обучения в школе (лет);
- н) ожидаемая продолжительность обучения (лет);
- о) валовой национальный доход (ВНД) на душу населения.

Сравнительный анализ взаимного влияния показателей из приведенного перечня показывает, что душевой располагаемый доход, и средняя ожидаемая продолжительность жизни относятся к числу факторов, в наибольшей степени определяющих уровень удовлетворенности населения своим существованием.

Из этого следует, что использование трехпараметрической модели (продолжительность жизни, потребление, удовлетворенность жизнью) для моделирования влияния «потерянных» лет жизни и дохода является вполне оправданным – и доход, и продолжительность жизни довольно точно определяют уровень удовлетворенности россиян и граждан других стран своим существованием.

В рамках данной методики наша задача состоит в том, чтобы определить, какая прибавка в потреблении компенсирует более низкую продолжительность жизни или, другими словами, «потерянные» годы жизни

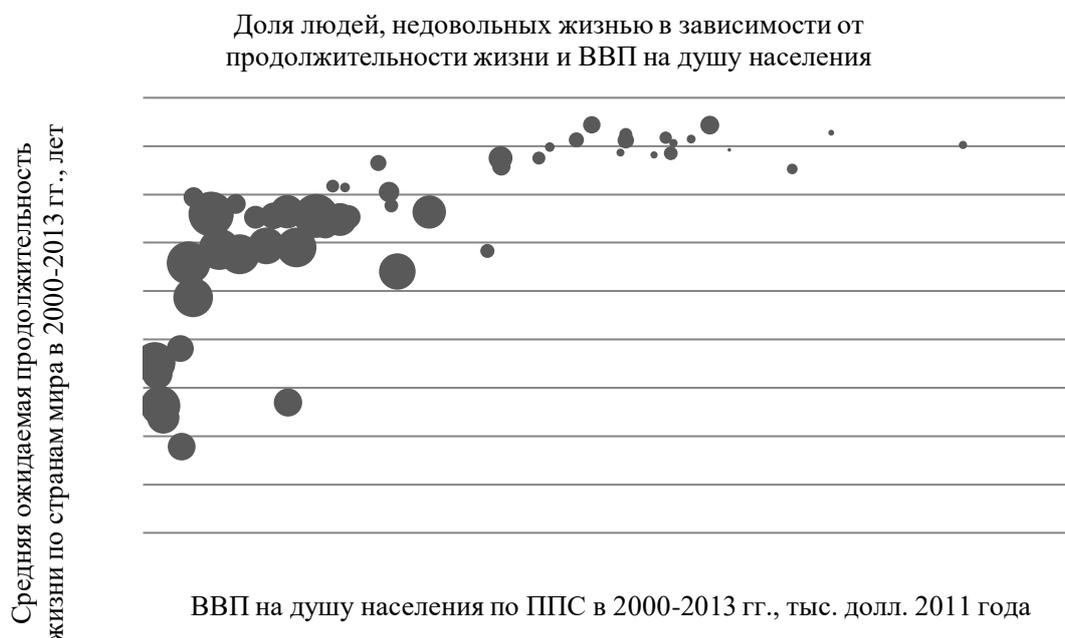
среднестатистического человека. Зная их соотношение, мы легко определим «стоимость» одного года и далее - всей человеческой жизни (исходя из ее средней продолжительности).

При этом мы не выделяем специально потери продолжительности жизни, вызванные несчастными случаями, плохой экологией, некачественным медицинским обслуживанием, или, например, стихийными бедствиями. Таким образом, полученные нами оценки должны иметь универсальный характер, отражая «стоимость» жизни применительно к широкому кругу ситуаций.

Стартовой точкой расчетов является создание модельных зависимостей, увязывающих удовлетворенность жизнью среди населения со значением средней ожидаемой продолжительности жизни и среднедушевым уровнем дохода (или потребления) населения.

Для построения этих зависимостей мы воспользуемся данными Всемирного банка [46] и международного исследовательского проекта World Values Survey [47], который среди прочего содержит долгосрочные оценки доли населения, полностью или в основном довольного жизнью по широкому перечню стран мира.

Сопоставление данных по продолжительности жизни, размерам среднедушевого потребления, а также доли населения, полностью или в основном довольного жизнью, показывает, что между ними существует достаточно жесткая зависимость (в соответствии с рисунком 6, доля недовольных своей жизнью граждан отражается размером маркера).



Источник: расчеты авторов по данным WB и WVS

Рисунок 6 - Соотношение средней ожидаемой продолжительности жизни, душевого потребления в ценах 2011 г. (пересчитаны по ППС) и доли граждан, удовлетворенных своей жизнью по странам мира в 2000-2013 годах

Из рисунка хорошо видно, что доля граждан, недовольных своей жизнью, резко снижается после достижения средней ожидаемой продолжительности жизни в 75 лет и душевого размера потребления в 15-20 тыс. долл. в год. Для проведения расчетов и оценки «стоимости» человеческой жизни мы предполагаем:

- что существует определенная «модельная» зависимость доли граждан, полностью или в основном довольных жизнью, от годового размера душевого потребления;
- отклонение значения доли довольных жизнью от «модельного» значения определяется более низкой продолжительностью жизни людей.

Соответственно, на основании этих величин можно установить, какая прибавка к годовому размеру среднедушевого размера потребления необходима для того, чтобы обеспечить «модельный» уровень удовлетворенности жизнью. Соотношение «потерянной» продолжительности жизни и необходимой прибавки к уровню потребления легко позволяет нам вычислить «стоимость» всей человеческой жизни.

Для анализа взаимного влияния уровня благосостояния населения, средней ожидаемой продолжительности жизни и среднего уровня удовлетворенности населения своей жизнью была построена математическая модель, использующая соответствующие данные из различных источников, прежде всего - данные Всемирного банка относительно социально-экономических условий существования человека в различных странах мира, а также данные международного проекта World Values Survey. Анализ зависимостей позволяет нам установить, что доля граждан, довольных своей жизнью, средняя ожидаемая продолжительность жизни, а также душевой размер потребления связаны между собой следующей зависимостью:

$$УЖ = 0,95 * П + 0,482 * СОПЖ + 23,664 \quad (2)$$

где УЖ – доля граждан страны, полностью или в основном довольных своей жизнью;

П – годовой размер среднедушевого потребления, тыс. долл. в ценах 2011 года;

СОПЖ – средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет.

Из формулы (2) легко определить, что в среднем по исследованным странам мира средняя стоимость снижения продолжительности жизни на 1 год требует компенсации в виде дополнительных расходов на потребление в размере 507 долларов США (в ценах 2011 года). По данным ООН [48] средняя ожидаемая продолжительность жизни составляет сегодня в мире немногим менее 71 года. Соответственно, на протяжении всей человеческой жизни компенсация за потерю одного года из ее общей продолжительности должна составить 36 тыс. долларов. И, далее, общая "стоимость"

человеческой жизни (при ее продолжительности в 71 год) составляет, соответственно, 2,55 млн. долларов США в ценах 2011 года. Здесь мы предполагаем, что доходность инвестиционных инструментов, находящихся в распоряжении потребителя, равна потребительской инфляции. Это позволяет предположить, что номинальная сумма возмещения обеспечивает выплату ежегодной компенсации, не снижающейся в реальном исчислении.

Как мы видим, "стоимость" человеческой жизни в рамках данной методики среди прочего определяется ее продолжительностью. Однако в России по данным Росстата средняя ожидаемая продолжительность жизни сегодня близка к 71 году (70,93 года по итогам 2014 г.), так что полученная цифра "стоимости" жизни может быть использована и в России.

Разумеется, у полученной оценки есть ограничения. Она рассчитана на основании средних мировых зависимостей между удовлетворенностью людей своей жизнью, ее продолжительностью и уровнем потребления. Нужно, конечно же, согласиться с тем, что у этой зависимости есть особенности в каждой стране, в том числе и в России, которые могут ее корректировать в ту или иную сторону. Эти особенности поведения определяются различной чувствительностью к опасностям, уровнем жизни и стоимостью потребительской корзины, традицией, жизненной философией, поведенческими установками. Поэтому, очевидно, полученная выше «стоимость» жизни должна корректироваться в каждой стране в ту или иную сторону применительно к местным условиям. Это в полной мере касается и России. Однако для проведения аналогичных расчетов на российских данных пока недостаточно статистической информации. В дальнейшем, при накоплении статистики по продолжительности жизни, настроениям населения и уровню потребления, необходимо вернуться к этой теме.

Сегодня же мы можем ограничиться только оценками, сделанными на достаточно ограниченной фактической базе – данных Росстата по душевому потреблению, средней ожидаемой продолжительности жизни, а также данных ЦСИ страховой компании «Росгосстрах» относительно динамики

удовлетворенности россиян своей жизнью. Эти данные представлены в таблице 5.

Таблица 5 - Основные данные для оценки «стоимости» человеческой жизни в России на основании подхода, основанного на сохранении прежней удовлетворенности жизнью после наступления ЧС

	Средняя ожидаемая продолжительность жизни, лет (Росстат)	Душевое потребление, тыс. руб. в год в ценах 2008 года (Росстат)	Доля тех, кто полностью или в основном доволен жизнью, % (ЦСИ Росгосстраха)
2009	68,8	133,4	74,7
2010	68,9	140,8	77,4
2011	69,8	150,4	79,6
2012	70,2	162,2	80,8
2013	70,8	170,3	81,6
2014	70,9	172,4	82,7

Данный набор сведений в силу своей ограниченности не позволяет проводить полноценных расчетов.

Тем не менее, он позволяет сделать оценки, согласно которым средняя компенсация за потерю одного года из общей продолжительности жизни составляет в России 4,9 тыс. руб. в ценах 2008 года. Соответственно, пожизненная компенсация за потерю одного года жизни равна 349 тыс. руб. (при средней ожидаемой продолжительности жизни в 71 год), а общая «стоимость» жизни – 24,8 млн. рублей в ценах 2008 года.

В сегодняшних ценах, с учетом накопленной инфляции, эта сумма увеличивается до 39,3 млн. рублей или 624 тыс. долл. (по курсу 63 рубля за 1 доллар США).

Эта оценка намного уступает средней мировой «стоимости» жизни в 2,55 млн. долл., причины такого сильного расхождения между ними должны стать темой самостоятельного исследования.

### 2.3 Выводы и разработка научно-практических рекомендаций по определению величины справедливого и объективного материального возмещения понесенного ущерба пострадавшим и их семьям при ЧС различного происхождения

В настоящее время, как уже было показано выше, в нашей стране существует острая потребность в оценке справедливой «стоимости» человеческой жизни. Такие оценки необходимы для определения выплат возмещений при травмировании или гибели людей в разнообразных обстоятельствах - на транспорте, при исполнении служебных обязанностей, при различных чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера. Значимость полученных оценок «стоимости» человеческой жизни состоит в том, что они дают возможность стабилизировать качество жизни людей, обеспечить им долгосрочное благополучие, а также гарантии устойчивости потребления – гарантии того, что семья не потеряет достигнутый уровень потребления, если с членом семьи произойдет какой-либо несчастный случай. Справедливая и достойная оценка возмещения при гибели человека или потере им трудоспособности является одним из основных факторов стабилизации общественной ситуации, повышения качества жизни населения, предотвращения общественных конфликтов и социальной напряженности.

Социальные гарантии надлежащего уровня являются необходимой составляющей общественной инфраструктуры любого развитого государства. Россия, которая в силу базовых законодательных актов является социальным государством, должна двигаться в том же направлении. А для этого совершенно необходимо иметь в нашей стране справедливые, взвешенные, обоснованные оценки компенсации в связи с гибелью человека или потерей им трудоспособности на случай различного рода неблагоприятных ситуаций.

К сожалению, в России на сегодняшний день отсутствует единая методика определения средней статистической «стоимости» человеческой жизни, на основании которой можно было бы определить компенсации семьям погибших или возмещение людям, пострадавшим в результате различных ЧС.

Как показано выше, на сегодняшний день в нашей стране имеется широкий ряд оценок возмещений, применяемых для оценки возмещения в связи с гибелью человека – различные оценки «стоимости» человеческой жизни. Например, в рамках закона об обязательном страховании ответственности автовладельцев применяется «стоимость» человеческой жизни в 500 тыс. руб. На воздушном транспорте сумма потенциальных возмещений в связи с гибелью пассажира достигает 2 миллионов рублей. Если говорить о практике компенсаций, в отдельных случаях семьи погибших получают возмещение вплоть до 5 миллионов рублей.

При этом надо отметить, что россияне в целом не высоко оценивают размер возмещения, который они считают достаточным для компенсации морального и материального ущерба от гибели человека. Согласно приведенным данным социологических опросов, средняя «стоимость» человеческой жизни, по мнению россиян, сегодня составляет 4,5 миллиона рублей. При этом медианное значение «стоимости» человеческой жизни по опросам населения намного ниже и составляет 1,4 миллиона рублей.

Значительно ниже россияне оценивают «стоимость» инвалидности – справедливый размер компенсации в связи с полной потерей трудоспособности из-за травмы на производстве, на транспорте или в результате иной чрезвычайной ситуации. По данным проведенных социологических опросов, средняя «стоимость» инвалидности настоящее время составляет 3,2 миллиона рублей, медианное значение «стоимости» инвалидности намного ниже - 1,1 миллион рублей, именно в столько россияне оценивают компенсации, связанные с потерей человеком возможности трудиться в прежнем объеме и с прежним качеством.

Таким образом, мы видим достаточно низкий порог требований населения к «стоимости» человеческой жизни и «стоимости» инвалидности. Разумеется, эти цифры, хотя и соответствуют общественному мнению, являются совершенно неудовлетворительными и не покрывают реального ущерба, нанесенного травмами и смертью людей благополучию, как самих пострадавших, так и их семей.

Проведенные нами расчеты показали, что экономические потери от смерти среднестатистического россиянина составляют сегодня более 17 миллионов рублей. Если говорить о потере благополучия семьи из-за гибели одного из членов этой семьи, то необходимая компенсация потерянного дохода, связанного с гибелью человека, сегодня составляет 9,1 млн. рублей. Это значительно больше средней «стоимости» человеческой жизни, определенной на основании данных социологического исследования.

Недостатком этих оценок является то, что они не учитывают моральных страданий человека в случае потери трудоспособности, а также морального ущерба для членов семьи пострадавшего, жизни и/или здоровью которого был нанесен ущерб. Поэтому была разработана методика оценки «стоимости» жизни с учетом материальной компенсации морального вреда, нанесенного семье в результате гибели человека, и которая должна привести уровень удовлетворенности жизнью среди пострадавших на тот же уровень, что существовал до ЧС. Расчеты, сделанные по данным методикам, дают гораздо более высокие оценки «стоимости» жизни.

По миру в целом в настоящий момент средняя оценка стоимости жизни составляет 2,55 млн. долларов США в ценах 2011 года. Оценка, сделанная для России по той же методике, показывает, что среднестатистическая жизнь россиянина имеет стоимость в 624 тыс. долларов.

Таким образом, мы имеем на сегодняшний день широкий набор оценок, показывающих возможный размер компенсации в связи с гибелью человека в различных чрезвычайных – «стоимости» человеческой жизни. Это

делает возможным и необходимым принятие решения об установлении в России стандартной, единой оценки «стоимости» человеческой жизни, которая бы позволила определить размер компенсации семьям погибших и самим пострадавшим в случае получения тяжелой травмы, повлекшей за собой инвалидность и потерю трудоспособности.

Как представляется, минимальные оценки стоимости человеческой жизни необходимо повысить с нынешних 0,5-2 млн. руб. как минимум до 4,5 миллионов рублей, что соответствовало бы средней оценке справедливой компенсации в связи с гибелью человека по мнению значительного большинства россиян. Законодательные акты, определяющие размер компенсаций в связи с гибелью людей, следует унифицировать и ввести в них одинаковые, стандартные оценки «стоимости» жизни.

В то же время в дальнейшем, по мере развития российской экономики, роста благополучия российского населения и возможностей бюджета, стандартная, закрепленная в законодательстве оценка «стоимости» жизни должна быть увеличена. Представляется, что минимальный размер компенсации должен быть повышен до величины в 9 млн. рублей.

При этом мы понимаем, что указанная оценка позволяет компенсировать основную часть материального ущерба в связи с гибелью человека, но не покрывает моральный ущерб семье. В связи с этим в дальнейшем следует ориентироваться на повышение «стоимости» человеческой жизни до уровня в 39,3 млн. рублей. В дальнейшем можно перейти к оценке «стоимости» среднестатистической жизни человека в 2,5 млн. долларов США.

Может последовать возражение, что такое значительное увеличение «стоимости» человеческой жизни будет представлять определенную дополнительную нагрузку для бизнеса, государственного бюджета и бюджетов домохозяйств. С другой стороны, это заставит бизнес и государственные органы прикладывать больше усилий для того, чтобы минимизировать риск гибели человека на производстве, транспорте, в

различных ЧС или при исполнении служебных обязанностей. Таким образом, увеличение стандартного значения «стоимости» человеческой жизни будет способствовать повышению безопасности и в конечном итоге снизит расходы на выплату компенсаций из-за гибели людей.

В качестве примера можно привести эволюцию безопасности на авиационном транспорте. Как мы показали выше (см. п. 2.1.2), авиационные компании экономически развитых государств в случае гибели пассажиров вынуждены выплачивать семьям пострадавших возмещения по несколько миллионов долларов, в практике некоторых стран (например, в США) верхний «потолок» компенсации семьям пострадавших вообще отсутствует, а возмещения, как правило, определяются по решению суда. При этом стоимость авиабилетов тех компаний ненамного превосходит, или вообще часто ниже цен на билеты основных российских авиаперевозчиков. Сокращение страховой составляющей в стоимости авиаперевозок достигается за счет улучшения работы по обеспечению безопасности пассажиров и населения в целом.

Можно утверждать, что увеличение размера компенсации в связи с гибелью человека будет стимулировать бизнес к вложению средств для создания более комфортной и безопасной среды для своих сотрудников на месте работы. Дополнительные вложения безопасность, вызванные оценкой потенциального ущерба в связи с выплатой многомиллионных компенсаций из-за гибели людей на дорогах, сделают российских автомобилистов более защищенными. Все это вместе будет способствовать улучшению качества жизни российского населения.

Таким образом, повышение размера «стоимости» человеческой жизни и соответствующий рост компенсации в связи с гибелью человека является одним из инструментов для обеспечения социально-экономического развития страны и повышение качества жизни людей.

Отдельно стоит остановиться на проблеме экономического роста, вызванного повышением «стоимости» человеческой жизни. Можно

утверждать, что ужесточение требований к безопасности перевозок, защищенности работников на производстве и ужесточение требований к мероприятиям по предотвращению гибели людей в различных чрезвычайных ситуациях, являются одним из инструментов стимулирования экономического развития.

Известно, что изменение нормативного регулирования вообще является одним из инструментов, способных стимулировать развитие экономики. Поэтому различные меры такого рода – например, запрет небезопасной пищевой продукции или экологически «грязных» автомобилей, «шумных» самолетов – широко используются в мировой практике. Более жесткие требования к безопасности, внедренные в России, представляют собой стимулы к инвестированию в средства предотвращения ЧС на широком перечне направлений – в частности, на производстве или транспорте. В силу этого постепенное увеличение стоимости человеческой жизни в России неизбежно будет способствовать не только повышению качества среды существования человека, но и экономическому развитию страны.

### 3 Методика определения реального качества медицинского обслуживания населения российских городов

#### 3.1 Основные дефиниции и разработка критериев для определения системы из объективных и субъективных индикативных показателей для исследования качества медицинского обслуживания населения российских городов

Создание в 1960-е годы концепции человеческого капитала, ставящей человека как производителя и потребителя в центр социально-экономической системы, продолжает вызывать огромный теоретический и практический интерес у ученых - экономистов, социологов, психологов, а также у государственных и политических деятелей [49]. На сегодняшний день уже очевидно, что основой конкурентоспособности страны и ее экономического роста выступает именно человеческий капитал, а не производственные мощности, оборудование и иные материальные объекты.

Человеческий капитал, как сложная категория общественного воспроизводства, имеет системную структурно-функциональную организацию [50]. Однако, несмотря на целый ряд уже опубликованных работ и исследований, вопросы измерения человеческого капитала остаются до конца не проработанными, методы оценки величины этого капитала весьма противоречивы.

Общенациональные интересы и перспективы долгосрочного развития страны требуют рассматривать здоровье человека как одно из важнейших составляющих человеческого капитала и качества жизни [51,52]. Еще в 1980 году Всемирной организацией здравоохранения была разработана и принята глобальная стратегия по развитию здоровья населения - «Здоровье для всех в XXI веке». Во Всемирной декларации по здравоохранению 1998 г., обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из

основных прав каждого человека. Здоровье выступает условием и предпосылкой благополучия и надлежащего качества жизни, а также эталоном, мерилем степени продвижения к уменьшению бедности, упрочению социальной сплоченности, демографическому росту и ликвидации дискриминации [53]. В связи с этим из всех видов инвестиций в человеческий капитал наиболее важными являются вложения в здоровье наряду с образованием.

Что касается здоровья, то в зависимости от целей научного исследования дефиниция «здоровье» толкуется учеными по-разному, и, соответственно, подходы к изучению различны. В Уставе Всемирной организации здравоохранения записано, что «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» [54].

Отсутствие общепризнанного, согласованного между всеми учеными понятия «здоровье» объясняется тем, что его наиболее характерные признаки не поддаются однозначным формулировкам. Всякий раз в зависимости от целей, задач и объекта исследования теории и практики предлагают свои определения.

На наш взгляд, самым логичным является разделение понятий, и, соответственно, формулировок на: «здоровье индивидуальное» и «здоровье общественное». Так, например, «здоровье индивида» определяется учеными как «состояние организма человека, которое обеспечивает полноценное и эффективное выполнение им социальных функций, при этом важным условием сохранения, укрепления и развития данного состояния выступает ведение индивидом здорового образа жизни» [55], или определение Б.Н. Ильина: «...здоровье человека – это функциональное состояние его организма, обеспечивающее продолжительность жизни и функцию воспроизводства здорового потомства» [56].

Понятие «общественного здоровья» приведем в следующей формулировке: это интегративное выражение динамической совокупности

индивидуальных уровней здоровья общества, которое с одной стороны, отражает степень вероятности для каждого человека достижения максимально продленной индивидуальной жизни, а с другой стороны, характеризует жизнеспособность всего общества и его возможности непрерывного пропорционального (гармоничного) роста и социально-экономического развития, обороны, рационального использования природных ресурсов и поддержания экологического и другого равновесия с окружающей средой [57]. То есть коллективное (общественное) здоровье – это совокупное здоровье группы людей или всего населения, измеряемое санитарно- (медико-) статистическими показателями: смертность, заболеваемость, средняя продолжительность жизни, физическое развитие [58].

По мнению ряда ученых, научный подход к понятию здоровья должен быть количественным, так как без измерения этого явления невозможно в должной мере исследовать здоровье, а также рационально оценивать капитал здоровья и управлять им [59].

По мере развития и распространения различных научных школ появлялись и обосновывались новые дефиниции. Так, во франкоязычных странах еще в 30-40-е годы XX века возникло понятие «социальная медицина», которое в последствие получило широкое распространение. Подходы и методы клинической медицины начали применяться к изучению популяционного здоровья [60].

Теоретическая база изучаемого вопроса пополнилась терминами «социология медицины» и «медицинская социология», а также «медицинская география» и «медицинская демография» [61].

Что же касается парадигмы здравоохранения, то она длительное время базировалась на приоритете медико-экономической эффективности здравоохранения, а на сегодняшний день вынуждена модифицироваться. Если ранее социальная эффективность рассматривалась только в качестве следствия медицинской и экономической эффективности, то в настоящее

время можно утверждать, что она является достаточно обособленным фактором.

Социальная эффективность здравоохранения может выступать в качестве основной категории общественного здоровья, обусловленной успешным институциональным взаимодействием здравоохранения с другими социальными институтами, и прямо пропорциональной социальной приемлемости отрасли [62]. Необходимо подчеркнуть, что все преобразования в сфере здравоохранения должны быть тесно связаны с общей целью уменьшения рисков нарушения здоровья населения.

Такие риски ученые подразделяют на:

1) эндогенный биологический:

- генетический риск и связанный с ним репродуктивный риск;

2) экологический:

- природно-географический;

- производственно-профессиональный;

3) социальный:

- психосоциальный (стресс-фактор);

- социально-экономический (факторы среды и образа жизни; медико-организационный и медико-социальный риск) [63].

Все виды указанных рисков тесно связаны между собой теми последствиями, которые приходится преодолевать органам и институтам здравоохранения, медицинским работниками и самому населению.

По поводу существующих методик оценки качества здравоохранения, можно сказать, что они не дают объективного представления о качестве деятельности в этой сфере: социальный эффект либо есть и сведен к узкой экономической оценке, либо слишком субъективный - оценка основывается на мнении потребителя, экспертные возможности которого ограничены. В то же время, объективное измерение удовлетворенности потребителей, наряду с

другими факторами, должно являться определяющим в управлении социальной эффективностью здравоохранения.

Оценивая удовлетворенность пациентов, многие авторы рассматривают отдельные характеристики медицинской помощи. Базовой является классификация характеристик медицинской помощи, предложенная J. Ware и др. [64], включающая 8 измерений: межличностные взаимоотношения врача и пациента, квалификация врача, удобство и своевременность предоставления помощи, стоимость услуг, медицинская результативность, непрерывность, комфортабельность учреждений, обеспеченность персоналом и оборудованием.

Очевидно, что измерение удовлетворенности пациентов не может выступать единственным критерием социальной эффективности здравоохранения, так как большинство из измерений, характеризующих медицинскую помощь, связаны с ее доступностью, и нередко оказывается, что субъективная оценка низкой доступности, высказываемая потребителями медицинских услуг, обусловлена недостаточной активностью самих пациентов.

Представления пациентов о медицинском обслуживании складываются под влиянием потребления медицинских услуг, а также поведения персонала, оказывающего данные услуги. Согласно российского законодательства, под медицинской услугой понимается «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» [65], а под медицинской деятельностью – «профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой)

органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях» [66].

В настоящее время изучение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи и факторов, определяющих эту удовлетворенность, проводится с позиции социально-гигиенического [67] и социологического [68, 69, 70] подходов.

Как правило, в российских исследованиях не даются комплексные оценки качества медицинских услуг, исследования затрагивают отдельный регион или отдельный вид услуг в конкретной клинике, такие исследования не регулярны и не могут отражать всей объективной картины. Кроме того, это результаты осуществления проектов, касающихся определенного слоя населения: возрастной или половозрастной группы, профессиональной (отраслевой) группы или граждан, проживающих в конкретном регионе страны.

Так, например, исследование Т.Г. Светличной, О.А. Цыгановой, Е.А. Борчаниновой было проведено с целью изучения факторов, определяющих удовлетворенность пациентов качеством стационарного обслуживания в Республике Коми [71]. Основная анализируемая переменная – удовлетворенность стационарной медицинской помощью оценивалась по 14 параметрам, характеризующим: сроки ожидания госпитализации в больницу, организацию приема пациентов в приемном отделении; качество и полноту первичного осмотра врачом приемного отделения; бытовые условия пребывания в больнице; своевременность назначения и проведение обследования; полноту диагностического обследования и лечения; знания и умения лечащего врача и медицинских сестер; вежливость, заботу и индивидуальный подход лечащего врача и медицинских сестер; вежливость и заботу, а также индивидуальный подход лечащего врача и медицинских сестер; доступность объяснений врача при выписке из стационара; наличие информационных и образовательных материалов для пациентов.

В Институте социально-экономических проблем народонаселения РАН в рамках многолетнего (с 1968 г.) социологического лонгитюдного исследования под руководством член-корреспондента РАН Н.М. Римашевской, изучается состояние и тенденции здоровья различных слоев населения в г. Таганрог [72,73,74].

Интерес представляют и сравнительные научные изыскания в сфере медицинских услуг в нашей стране и за рубежом [75,76].

Сложность для большинства современных исследователей представляет то обстоятельство, что здоровье – весьма изменчивый, постоянно колеблющийся феномен, имеющий много уровней. Так, для изучения демографической структуры имеет значение средняя продолжительность жизни и репродуктивные возможности населения, для физического и интеллектуального потенциала – работоспособность (трудовой потенциал, адаптационные возможности), для психологического здоровья – морально-психологический комфорт в обществе, в конкретном городе проживания, в семье. Кроме того, удовлетворенность населением качеством своего здоровья зависит от определенного устоявшегося уровня жизни, и чем выше этот уровень, тем больше требований предъявляет человек к качеству услуг здравоохранения.

Количественная оценка состояния здоровья большей части населения (особенно экономически активной) осложняется еще и следующим обстоятельством. По мере роста уровня безработицы, в связи с опасениями потери рабочего места или понижения должностного статуса (и соответственно, заработной платы) люди зачастую не обращаются за медицинской помощью, занимаясь либо самолечением, либо лечением по совету знакомых (родственников) врачей. Между тем и по сей день одним из источников информации о состоянии здоровья для функционирования системы здравоохранения остается официальная статистика заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью.

Вынужденные выполнять задачу выбора показателей (индикаторов), характеризующих здоровье, ученые пытаются отказываться, казалось бы, от самого адекватного индикатора – показателя общей заболеваемости по обращаемости за медицинской помощью.

Таким образом, выбор индикаторов здоровья связан, в первую очередь, с целями мониторинга индивидуального или общественного здоровья населения. Объективные (количественные) и субъективные (количественные и качественные) показатели взаимно дополняют друг друга, помогают составить интегральные показатели и, как следствие – дают общую картину состояния здоровья населения и результатов деятельности государства в сфере здравоохранения.

Почти во всех странах мира система здравоохранения сталкивается с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения. Именно поэтому эта система требует модернизации и, соответственно, определения подходов к реформированию [77,78].

Какой-либо универсальной модели организации здравоохранения не существует. Уровень централизации, регулирования, распределения издержек между всеми гражданами, а также роль частного страхования в сфере медицинских услуг в разных странах очень отличается. Если обратиться к зарубежному опыту, то, например, в США нет единой службы, занимающейся контролем качества учреждений здравоохранения. Но выработана Национальная стратегия качества, цели которой выделены в таблице 6.

Таблица 6 - Цели и результаты Национальной стратегии качества в США

Цель	Лучший уход	Доступный уход	Здоровые люди
Результат	Повышение общего качества здравоохранения за счет пациентоориентированности, надежности, доступности и безопасности	Снижение стоимости качественной медицинской помощи для граждан, семей, работодателей и правительства	Осуществление проверенных мер для поддержания поведенческих, социальных и экологических детерминант здоровья в дополнении к предоставлению качественной медицинской помощи

В качестве примера социологических исследований в США, касающихся удовлетворенности населением услугами здравоохранения, приведем первый национальный, стандартизированный, публично публикуемый опрос удовлетворенности пациентов уходом в госпитале (HCAHPS - Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). До появления этого проекта в США не было единых измерительных и государственных стандартов для сбора и публичной отчетности информации об опыте пациентов. С 2008 г. HCAHPS позволяет надежно сравнивать больницы на локальном, региональном и национальном уровне.

В ходе опроса респондентам задавались 32 вопроса, направленных на сбор информации, для измерения восприятия пациентами больничного опыта. Составленная анкета предполагает достижение трех важных целей.

Во-первых, стандартизированный опрос и заполнение протокола создает данные, которые позволяют сделать объективные и значимые сравнения среди больниц по тем характеристикам, которые важны потребителю.

Во-вторых, публикации результатов HCAHPS дают новые стимулы для больниц по улучшению качества обслуживания.

В-третьих, публичная отчетность увеличивает ответственность в здравоохранении, повышая прозрачность качества стационарной помощи в обмен на государственные инвестиции.

Опрос HCAHPS разрабатывается CMS (федеральное агентство, которое администрирует Медикэр и Медикейт) и AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality – государственный сектор мониторинга и контроля в сфере здравоохранения) с 2002 года. AHRQ и CAHPS Consortium осуществляют строгий и многогранный научный процесс, включая публичную отчетность измерений; литературный обзор; расширенный психометрический анализ; когнитивные интервью; потребительские фокус группы; вложения акционеров; пилотное исследование в трех штатах;

тестирование потребителей; многочисленные шкалированные вопросы. Опрос, его методология и результаты предоставляются в публичном доступе.

В мае 2005 г. опрос HCAHPS был одобрен Национальным форумом качества – государственной организацией, которая представляет согласие многих медицинских провайдеров, групп потребителей, профессиональной ассоциации, покупателей, федеральных агентств и исследовательских организаций. В декабре 2005 федеральный офис менеджмента и бюджета дал окончательное подтверждение для национальной реализации HCAHPS для целей публичной отчетности. Программа опроса была запущена в октябре 2006 г., первый отчет был опубликован в марте 2008.

В 2013 г. в исследование было добавлено пять новых показателей - три вопроса о переходе на после-стационарное обслуживание, один о доступе к скорой помощи и один об умственном и эмоциональном здоровье.

Анкета позволяет выяснить мнение недавно выписанных пациентов об аспектах их пребывания в больнице. Ядро опроса содержит 21 индикатор, касающийся уровня удовлетворенности респондентов, пользовавшихся разными видами медицинского ухода. Кроме того, в опрос включены четыре вопроса, которые направляют пациента к релевантным вопросам, и пять - о распределении пациентов в больнице (каждая больница может добавлять свои дополнительные вопросы в анкету).

HCAHPS осуществляет случайную выборку взрослых стационарных больных в период от 2 дней до 5 недель после выписки. Опрос направлен не только на пациентов федерального агентства Медикэр. Госпитали могут использовать утвержденный опрос поставщиков или собирать собственную HCAHPS информацию, если получают одобрение агентства CMS. Исследования проводятся в больницах (госпиталях), по домашнему медицинскому уходу, в центрах гемодиализа и хосписах.

Опрос может быть осуществлен четырьмя способами: по почте, телефону, почте с телефонным продолжением или с распознавателем голоса. Больницы должны опрашивать пациентов ежемесячно (каждый госпиталь, по

крайней мере, 300 завершенных опросов в квартал). При этом 11 индикаторов HCAHPS размещены на вебсайте Медикэр. Каждый из показателей (блоков) составлен из 2 или 3 опросных вопросов. Объединение связанных вопросов в комплексные индикаторы позволяют заказчикам быстро оценить информацию от пациента и увеличить статистическую надежность измерений.

Вопросы позволяют узнать, как хорошо медсестры и доктора общаются с пациентами, насколько отзывчив персонал к нуждам пациента, насколько успешно персонал больницы помогает пациенту перенести боль, как хорошо персонал больницы рассказывает о новых лекарствах и способах лечения, насколько подробно объяснили пациенту, какой уход ему требуется после выписки из больницы, готовы ли пациенты рекомендовать эту больницу своим друзьям и знакомым.

Оценки HCAHPS разработаны и предназначены для использования на уровне больницы, агентство CMS не одобряет использование показателей для сравнения внутри одной больницы (например, сравнение по палатам, этажам, страховой компании и т.д.).

Чтобы убедиться, что оценки HCAHPS позволяют делать справедливые и точные сравнения среди больниц, необходимо обратить внимание на факторы, которые не связаны непосредственно с деятельностью больницы, но которые влияют на то, как пациенты отвечают на вопросы исследования. Агентство CMS и команда проекта HCAHPS, учитывают те факторы, которые влияют на преимущества или недостатки больницы, но находятся за пределами контроля больницы.

Кроме того, проводятся серии наблюдений за качеством надзорной деятельности, которые включают в себя выезды наблюдателей HCAHPS по инспектированию административных процедур обследования и отслеживанию записей и статистических анализов представленных данных, чтобы гарантировать, что исследование HCAHPS осуществляется правильно и последовательно.

США тратят на здравоохранение гораздо больше всех других стран, как в пересчете на долю ВВП, так и на душу населения. Государство практически не вмешивается в свободный рынок финансирования здравоохранения через систему ДМС и не регулирует рынок предоставления медицинских услуг и лекарств по цене (исключение — оплата поставщиков медицинских услуг через систему государственного медицинского обеспечения).

Санитарные условия предоставления медицинской помощи регулируются через структуры (аналогичные Роспотребнадзору) — Центры по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention), которые имеют также и другие функции, например, занимаются вопросами профилактики заболеваний, контроля над инфекционными заболеваниями, сбором и анализом статистических данных. Качество медицинской помощи регулируется путем прохождения добровольной аккредитации поставщиков медицинских услуг в специальной комиссии — «Joint Commission» (частная некоммерческая организация), которая определяет соответствие медицинской организации определенному набору требований и стандартов [79].

Как видно из приведенного выше обзора, в практике ведущих экономически развитых государств широко распространены опросы населения и получателей медицинской помощи для оценки деятельности лечебных учреждений. В России этот инструмент оценки качества работы лечебных организаций также получил достаточно широкое распространение (см. приложение А).

Это свидетельствует о том, что общество все более внимательно относится к состоянию национальной системы здравоохранения. Кроме того, использование российскими государственными органами, ответственными за качество медицинского обслуживания населения, данных социологических исследований, посвященных качеству работы лечебных учреждений, говорит об их желании добиться прогресса на этом направлении.

### 3.2 Нормативно-правовое обеспечение деятельности органов здравоохранения в России

Современное законодательное регулирование сферы здравоохранения опирается на Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 24.07.2015.

Изменения в законе о здравоохранении РФ 2015 года были приняты Государственной Думой РФ. Накануне принятия законопроекта, в обществе разгорелась дискуссия, в основе которой были опасения, что медицинские услуги могут стать платными. Однако все медицинские услуги, включенные в программу государственной гарантии, остались бесплатными, платными стали только те, которые не входят в этот список.

Закон предусматривает бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственной гарантии. Это фактически все виды помощи – специализированная медпомощь, первичная санитарная помощь, скорая помощь. Закон предусматривает невозможность каждого из медицинских учреждений, вне зависимости от формы собственности, в оказании медицинской помощи нуждающемуся, как и в осуществлении ее за плату. Помимо этого, законодательный документ закрепляет единый стандарт оказания помощи медицинского характера на всей территории РФ.

В Статье 2, Закона содержащей основные понятия, используемые в законе, здоровье определяется как «состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма»<sup>80</sup>.

Под охраной здоровья граждан понимается «система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов

Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи» (там же, статья 2, пункт 2).

Законодательство в сфере охраны здоровья на первый план выдвигает профилактику, как комплекс «мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания» (там же, статья 2, пункт 6).

На заключительном заседании коллегии Министерства здравоохранения РФ подводились итоги всей деятельности органов данной сферы за 2014 г. Министр здравоохранения В.И. Скворцова подчеркнула, что, прежде всего, укрепилось профилактическое направление российской медицины через возрождение системы диспансеризации. Именно диспансеризация – основа для проведения индивидуализированной профилактики заболеваний по стратегии «высокого риска» и раннего выявления наиболее опасных заболеваний (в 2014 г. диспансеризацию прошли 40,1 млн. человек) [81].

В Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» четко разграничены полномочия государственных органов власти в сфере охраны здоровья. В Главе 3 Закона этому посвящены статьи с 14-й по 17-ю. Так, к полномочиям федеральных органов государственной власти относятся:

- проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья;

- защита прав и свобод человека и гражданина в сфере охраны здоровья; управление федеральной государственной собственностью, используемой в сфере охраны здоровья;
- организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;
- организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;
- лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья, за исключением тех видов деятельности, лицензирование которых осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации;
- организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья, в том числе за соблюдением требований технических регламентов в сфере охраны здоровья и другие [82].

Особое внимание обращает на себя пункт 14-й Статьи 14, касающийся «организации и осуществления контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями» (там же, статья 14, пункт 14). На наш взгляд, это очень важно для качества мониторинга данных, используемых в научных количественных исследованиях объективных индикаторов здоровья населения.

Согласно Статье 15-й, Российская Федерация передает органам государственной власти субъектов Российской Федерации осуществление следующих полномочий с 1 января 2015 года:

- 1) лицензирование следующих видов деятельности:

- медицинская деятельность медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти);
- фармацевтическая деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти);
- деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти);

2) организацию обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации (там же, статья 15, пункт 1 и 2).

Средства на осуществление переданных в соответствии с частью 1 Статьи 15 полномочий предусматриваются в виде субвенций из федерального бюджета в соответствии с бюджетным законодательством.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти издает обязательные для исполнения органами исполнительной власти субъектов

Российской Федерации методические указания и инструкции по вопросам осуществления переданных полномочий, а также устанавливает требования к содержанию и формам отчетности, к порядку представления отчетности об осуществлении переданных полномочий; готовит и вносит в Правительство РФ в случаях, установленных федеральными законами, предложения об изъятии у органов государственной власти субъектов РФ переданных полномочий.

Статья 16 Закона устанавливает полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, к которым отнесено следующее:

- защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья;
- разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения;
- разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования;
- формирование структуры исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих установленные настоящей статьей полномочия в сфере охраны здоровья, и установление порядка их организации и деятельности;
- организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том

числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации.

К пункту 5 добавлены:

1) организация проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации;

2) организация медицинской деятельности, связанной с трансплантацией (пересадкой) органов и тканей человека, в том числе с донорством органов и тканей в целях трансплантации (пересадки), в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации;

Пункт 8-й статьи 16-й определяет организацию осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории отдельного региона.

Кроме того, с 21 октября 2014 г. к полномочиям субъектов Федерации отнесены разработка и реализация региональных программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация; установление порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не по территориально-участковому принципу; создание условий для организации проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

Отдельные указанные в части 1 статьи 16-й полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны

здоровья могут быть переданы ими для осуществления органам местного самоуправления в соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» [83]. В этом случае оказание медицинской помощи гражданам осуществляется медицинскими организациями муниципальной системы здравоохранения.

Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья определены в Законе в Статье 17-й.

К полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов в сфере охраны здоровья относится создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законом субъекта Российской Федерации в пределах полномочий, установленных Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» [84].

Перечислим еще ряд важных для нашего исследования пунктов полномочий органов местного самоуправления, таких как:

- участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения и пропаганде донорства крови и (или) ее компонентов;
- участие в реализации на территории муниципального образования мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;
- реализация на территории муниципального образования мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни в соответствии с законом субъекта Российской Федерации;

- создание благоприятных условий в целях привлечения медицинских работников и фармацевтических работников для работы в медицинских организациях в соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» [85].

Следует отметить, что изменения в законе о здравоохранении РФ 2015 г. коснется многих нововведений, которые уже существовали, но не были урегулированы действующим российским законодательством. Так, например, закон предусматривает разрешение на тестирование школьников на употребление наркотиков. Закон вводит обязательную «неделю тишины» для женщин, которым предстоит сделать аборт (после посещения врача и принятия решения об аборте, женщине дается «неделя тишины», если ее срок беременности не превышает 11 недель, если срок беременности составляет 11-12 недель, то ей дается на принятие решения «48 часов тишины») и др.

В нормах документа закреплены гарантии лекарственного обеспечения больных, имеющих редкое заболевание. Государство берет на себя полное обеспечение лекарственными препаратами для таких категорий граждан. При отказе в бесплатной медицинской помощи, каждый гражданин может обратиться с жалобой в страховую организацию или в Роспотребнадзор, которые, в свою очередь, могут наложить административный штраф за нарушение норм оказания помощи на конкретное медицинское учреждение.

Платные медицинские услуги предусмотрены для иностранных граждан, а также для граждан России, которые не имеют страхового медицинского полиса и при этом проживают не в регионе постоянной регистрации. Кроме того, оплатить медицинские услуги необходимо тем гражданам, которые хотят проходить медицинские обследования анонимно.

Примечательно, что согласно закону, все медицинские учреждения передаются из муниципального управления в федеральное, что позволит урегулировать равное финансовое обеспечение во всех регионах страны, а

также увеличить ответственность государственной власти в сфере финансового обеспечения здравоохранения.

В последние годы Минздравом России впервые начато формирование системы документов, устанавливающих единые требования к качеству медицинской помощи. В период с 2012 по 2015 годы Министерством здравоохранения совместно с профессиональным медицинским сообществом было создано более 1200 рекомендаций для лечения наиболее распространенных заболеваний.

25 августа 2015 г. вступил в силу Приказ Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Приказ устанавливает критерии оценки качества медицинской помощи, которые формируются в соответствии с законодательством по группам заболеваний или состояний на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Критерии, установленные приказом, действительны для медицинских организаций любой организационно-правовой формы.

Согласно документу, качество медицинской помощи определяется совокупностью характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильностью выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степенью достижения запланированного результата.

Важными критериями качества оказания помощи также являются проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях не позднее двух часов с момента поступления пациента в приемной отделение, установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления его в профильное отделение, формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза.

Кроме того, Приказ регламентирует своевременное заполнение медицинской документации, наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, в случае необходимости при лечении в стационарных условиях – перевод пациента в другую медицинскую организацию.

В целом законодательная база в сфере здравоохранения должна способствовать достижению краткосрочных и долгосрочных задач сохранения и преумножения здоровья населения.

### 3.3 Разработка методики определения реального качества медицинского обслуживания населения российских городов

#### 3.3.1 Объективные и субъективные показатели состояния здоровья населения и качества работы системы здравоохранения

Как уже показано выше, обеспечение качественного медицинского обслуживания является одним из наиболее эффективных способов повышения качества жизни людей. Расчеты по базам данных ООН и ОЭСР показывают, что состояние здоровья и высокая продолжительность жизни, поддержанная эффективным здравоохранением, представляют собой мощный фактор повышения доли людей, полностью или в основном довольных жизнью, а именно ее мы рассматриваем. В целом, если говорить о влиянии заболеваемости на экономику страны, то нужно подчеркнуть, что ущерб, подразделяющийся на прямой (около 33%) и косвенный (около 67%), включает в себя:

- 1) прямой:
  - расходы на лечебно-профилактическую помощь (22%); выплаты пенсий по инвалидности (4%); выплаты по больничным листам (7%);
  - 2) косвенный:

- потери рабочих дней по временной нетрудоспособности (20%); потери трудовых лет по инвалидности (21%); потери трудовых лет от преждевременной смертности (26%) [86].

Для оценки состояния здоровья населения и качества работы здравоохранения можно использовать объективные данные социальной статистики по следующим направлениям:

- индикаторы бедности, долю малоимущих, для которых затруднен доступ к качественным услугам здравоохранения и дорогостоящим лекарственным препаратам) [87];
- сведения о численности групп населения, нуждающихся в специальной медицинской помощи и (или) неспособных к полноценной трудовой деятельности - в частности, инвалидность (инвалидизацию) взрослого населения [88, 89], а также численность детей-инвалидов [90];
- статистика распространения в обществе таких социальных болезней, как алкоголизм и наркомания, и отдельно - распространенность алкоголизма и наркомании среди подростков [91];
- заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения [92],
- смертность от насильственных причин, общие показатели смертности, а также показатели смертности по возрастным группам;
- доля населения, не способного приобретать необходимые лекарства; а также оплачивать медицинские услуги;
- частота самоубийств (суицидов),
- распространенность заболеваний, связанных с уровнем экологического неблагополучия - загрязнения атмосферного воздуха, загрязнения питьевой воды, и почвы;
- ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет, которое в среднем предстояло бы прожить человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения

повозрастная смертность останется на уровне того года, для которого вычислен показатель);

- показатели смертности, и особенно преждевременной смертности населения трудоспособного возраста [93,94];
- число больничных организаций и количество пациентов, которые они могут обслуживать одновременно;
- число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций и их мощность - число посещений в смену на 10 000 человек населения;
- численность медицинских кадров в России - врачей и среднего медицинского персонала на 10 000 человек населения;
- численность бригад скорой помощи на 10 000 человек населения;
- уровень оплаты труда медицинского персонала и его расхождение со средней заработной платой в регионе;
- государственное финансирование системы здравоохранения в расчете на 1 жителя;
- частное финансирование здравоохранения за счет самих граждан и предпринимателей, оплачивающих медицинские услуги для своих сотрудников сверх обязательных социальных взносов;

Из этого перечня необходимо отобрать те индикаторы, которые в наибольшей степени соответствуют особенностям решаемой нами задачи.

При исследовании различных аспектов здоровья, эффективности деятельности системы здравоохранения, необходимости ее реформирования часто используются межстрановые сравнения.

Так, аналитики агентства Bloomberg на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединённых Наций и Всемирного банка составляют рейтинг стран мира по эффективности системы здравоохранения. В основе рейтинга три ключевых показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения той или иной страны: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на

душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения.

Исследование охватывает 51 государство с населением более 5 миллионов человек, ВВП свыше 5 тысяч долларов на человека в год и средней продолжительностью жизни свыше 70 лет, по которым имеются достоверные статистические данные по всем семи показателям.

По итогам исследования выяснилось, что страной с самой эффективной системой здравоохранения является Сингапур, набравший 78,6 балла. Средняя продолжительность жизни граждан страны составляет 82,1 года, стоимость медицинских услуг на душу населения — \$ 2,426, доля расходов на здравоохранение — 4,5% от ВВП. За Сингапуром с небольшим отставанием идут Гонконг, Италия, Япония и Южная Корея. В десятку лидеров также вошли: Австралия, Израиль, Франция, Объединённые Арабские Эмираты и Великобритания.

Последнее место в рейтинге заняла Россия, которая была включена в список впервые в 2014 г. и набрала только 22,5 балла. В предыдущем исследовании Россия не была представлена по причине того, что средняя продолжительность жизни населения страны на тот момент составляла 69 лет. Сейчас средняя продолжительность жизни граждан страны составляет 70,5 лет, стоимость медицинских услуг на душу населения — \$ 887, доля расходов на здравоохранение в России — 6,3% от ВВП [95].

В России падение уровня жизни и усиливающаяся имущественная дифференциация существенно сократили возможности большей части населения инвестировать собственные средства в такой важный компонент индивидуального человеческого капитала как здоровье. В связи с этим роль государства в формировании и сохранении запаса и потенциала здоровья населения трудно переоценить.

Повышение социальной эффективности здравоохранения может быть достигнуто за счет обеспечения высокого качества медицинской помощи. В рамках идеологии всеобщего управления качеством под качеством

медицинских услуг понимается не столько достижение уровня каких-либо их частных характеристик, сколько соответствие услуг нуждам и ожиданиям потребителей.

Социальная эффективность напрямую связана с качеством медицинского обслуживания и удовлетворением потребностей населения в услугах медицинского назначения. В общем виде она может быть оценена также через ряд субъективных показателей, полученных с использованием социологических опросов. Сюда относятся:

- уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью, которую они получают;
- каких медицинских учреждений в вашем городе не хватает?
- уровень удовлетворенности качеством медицинского обслуживания, которым пользуется респондент лично;
- доля граждан, которым приходилось обращаться за медицинской помощью в другой регион или Москву;
- доля граждан, у которых в жизни были повод и желание подать судебный иск на врача или медицинское учреждение за халатность, ошибки и иные упущения;
- доля граждан, вынужденных отказаться от покупки необходимых лекарств из-за их дороговизны.

Для оценки состояния здоровья и эффективности существующей системы здравоохранения необходим анализ объективных количественных и субъективных качественных показателей.

Для целей данного научного исследования были использованы статистические данные по стране и городам с численностью населения от 500 тыс. чел. и выше, а также обработаны результаты социологического обследования жителей этих городов. Само исследование выполнено Учебно-научной социологической лабораторией Департамента социологии и политологии Финансового университета при Правительстве РФ. Исследование дало следующие результаты.

Исследование показало, что население сегодня пользуется, прежде всего, бесплатными медицинскими услугами в государственных лечебных учреждениях, а также платными услугами в частных поликлиниках или больницах (см. рисунок 7).

К сожалению, полисами добровольного медицинского страхования (ДМС), купленными самим потребителем или его работодателем, обеспечены на сегодня всего лишь 9% населения.

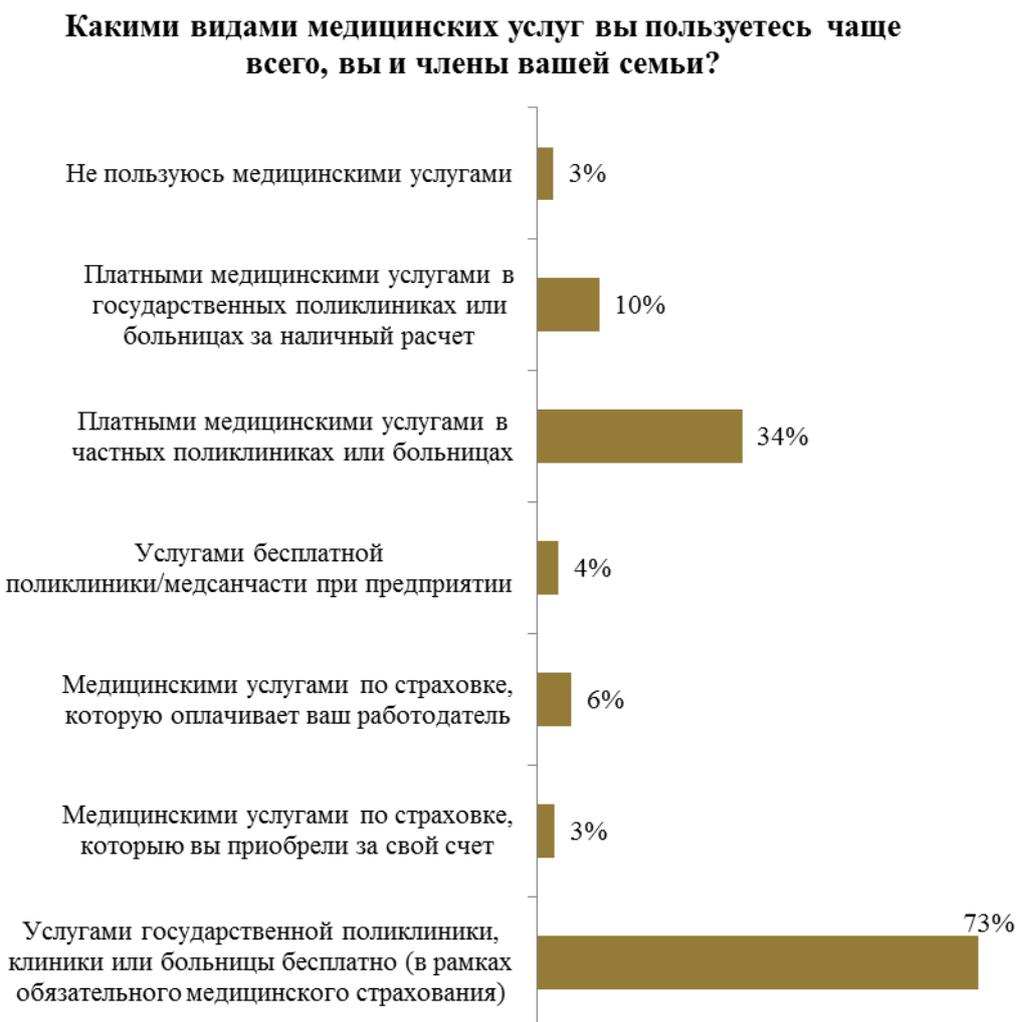


Рисунок 7 - Пользование различными видами медицинского обслуживания

По состоянию на середину 2015 года отношение к качеству медицинского обслуживания среди населения остается в целом

благоприятным. На сегодня более половины респондентов (51%) полностью или в основном довольны качеством работы медицинских учреждений, которое достигнуто, по их оценке, в родном городе (рисунок 8).

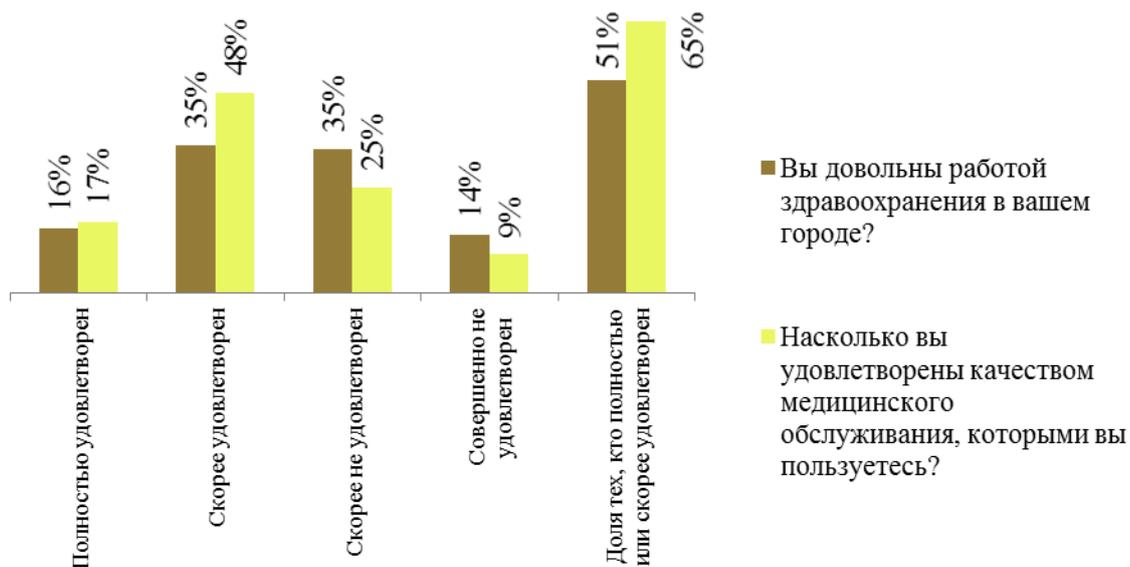


Рисунок 8 - Отношение населения к качеству медицинского обслуживания по месту жительства

В то же время оценка качества обслуживания, которое получают лично участники исследования, оказалась намного более высокой – здесь уровень удовлетворенности достиг 65%, т.е. около двух третей респондентов оказались полностью или в основном довольными медициной, с которой им приходится иметь дело «лицом к лицу». Таким образом, оценка медицинского обслуживания, которое получает потребитель лично, намного превосходит его же оценку положения дел по городу в целом в этой области.

Причина этого парадокса – в широко распространенном мифе о том, что в России «все плохо», в том числе и в медицине. Он подпитывается сообщениями СМИ, а также рассказами друзей и знакомых – известно, что люди гораздо более склонны распространять негативную информацию, тогда как позитивные сведения рассматриваются ими как само собой разумеющиеся, не слишком интересные для распространения. Если же

человек говорит о качестве того медицинского обслуживания, которое получает он лично, источником оценок служит собственный опыт, а не разговоры или сообщения СМИ. Так что личные впечатления более объективно отражают реальное положение дел с качеством работы лечебных учреждений, нежели представления о положении дел в городе в целом.

Самую высокую оценку потребителей получила страховая медицина (71% полностью или основном довольных качеством обслуживания). Далее в порядке убывания удовлетворенности потребителей следуют бесплатное медицинское обслуживание в государственных медицинских учреждениях или поликлиниках при предприятиях, а также платные медицинские услуги в частных или государственных поликлиниках и больницах (по 63% довольных) (рисунок 9).

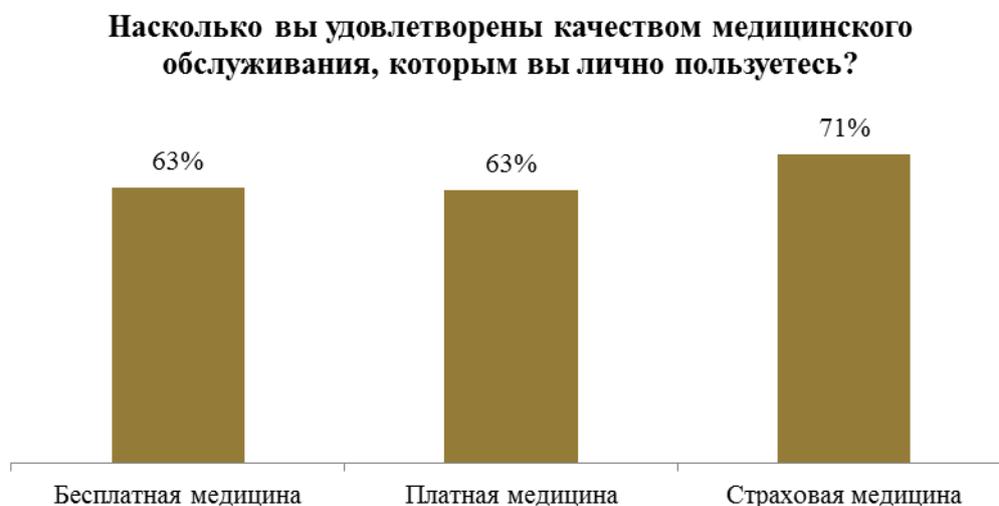


Рисунок 9 - Доля потребителей, полностью или в основном довольных качеством разных видов медицинского обслуживания, которыми они лично пользуются

Тут надо отметить, что люди довольно часто отрицательно оценивают не столько уровень медицинских услуг в частных клиниках, сколько соотношение «цена – качество», которое может оказаться неблагоприятным из-за высокой стоимости лечебных процедур. Если говорить о платных

услугах, предоставляемых в государственных медицинских учреждениях, то потребителей, как правило, раздражает то обстоятельство, что они получают необходимое лечение или лекарства за дополнительные деньги, а не бесплатно, как они привыкли и считают правильным.

Исследование показало достаточно высокий уровень единодушия в части оценки качества медицинского обслуживания по социально-демографическим группам (рисунок 10).

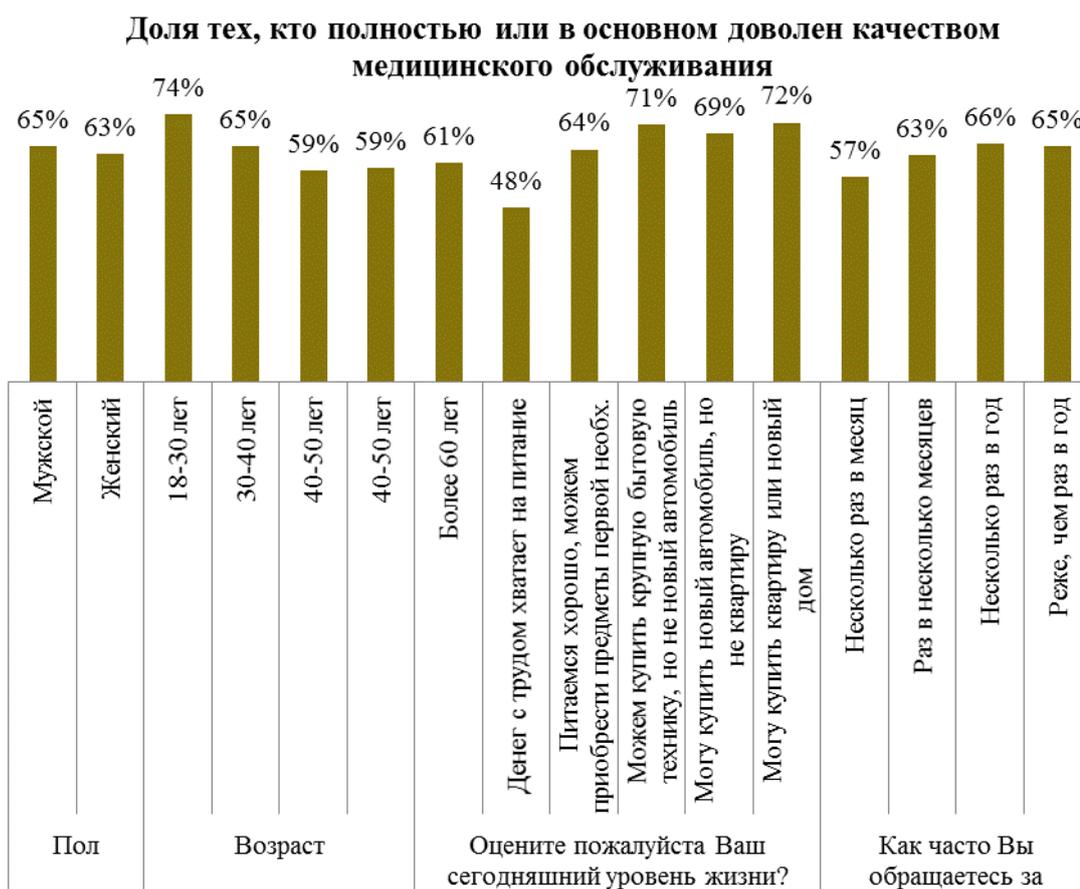


Рисунок 10 - Удовлетворенность медицинским обслуживанием по социально-демографическим группам

Исключением является группа наименее обеспеченных россиян, где доля довольных работой лечебных учреждений опустился ниже 50%.

Еще одна группа относительно недовольных – это «серийные» посетители медицинских организаций, хотя здесь доля полностью или в основном удовлетворенных их работой превышает половину.

Только 35% населения городов, где проводились исследования, считают, что по месту жительства у них имеется достаточное число разнообразных лечебных учреждений. Остальные придерживаются мнения о том, что им не хватает в первую очередь поликлиник широкого профиля, диагностических центров и специализированных медицинских клиник (см. рисунок 11).

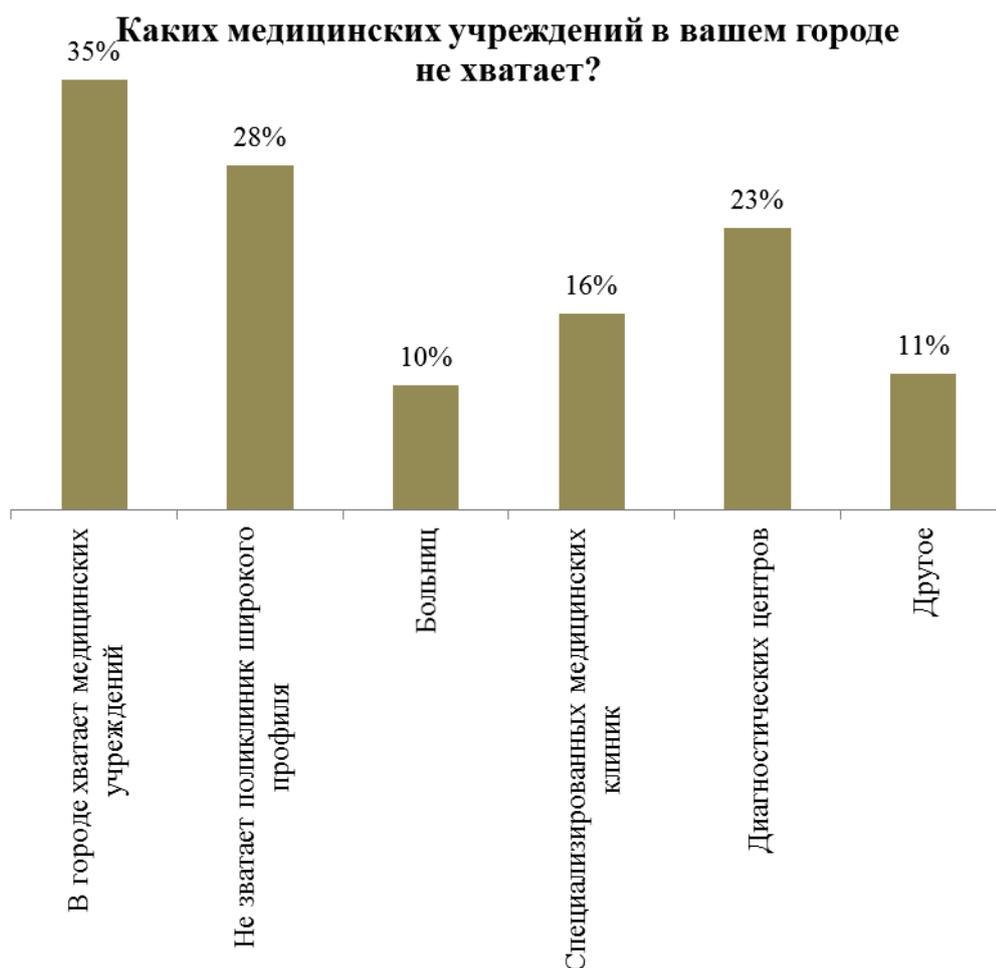


Рисунок 11 - Нехватка медицинских учреждений в городах, где проводилось исследование

В ходе исследования 20% респондентов заявили, что у них самих, или их друзей и близких, в последние годы были случаи, когда приходилось обращаться за медицинской помощью в другой регион или в Москву.

К сожалению, у значительной части россиян (23%) были в жизни поводы подать судебный иск на врача или медицинское учреждение за халатность, ошибки и иные упущения (см. рисунок 12).

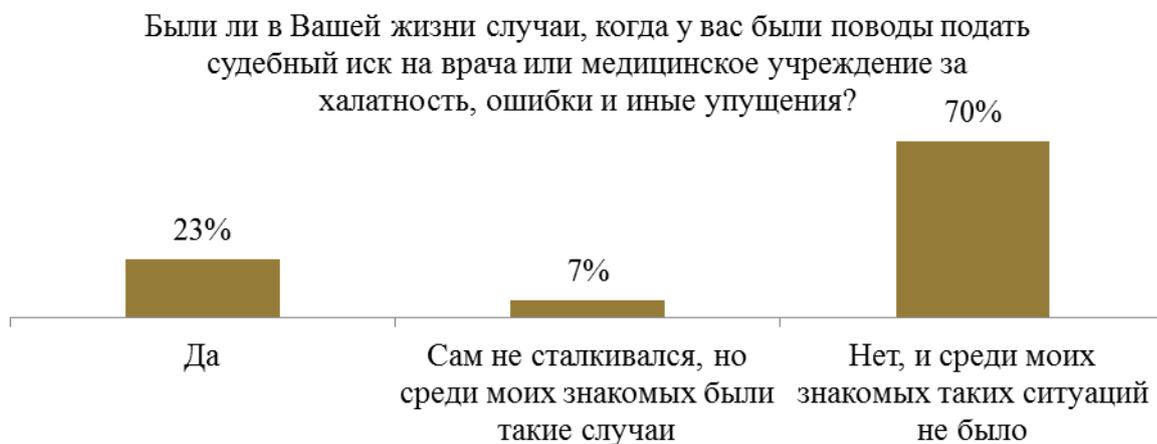


Рисунок 12 - Распространенность случаев врачебных ошибок в жизни россиян

Кроме того, россияне достаточно часто сталкиваются с проблемой дороговизны лекарств (см. рисунок 13).



Рисунок 13 - Оценка россиянами проблемы дороговизны лекарств

Из городов, где проводилось исследование, самая высокая потребительская оценка качества медицинского обслуживания отмечена в Грозном, Тюмени и Набережных Челнах, самая низкая – в Иркутске, Махачкале и Ярославле (таблица 7).

Таблица 7 - Мнения россиян о медицинском обслуживании в отдельных городах, где проводилось исследование

	Доля тех, кто полностью или в основном удовлетворен качеством медицинского обслуживания	Доля тех, кому приходилось обращаться за медицинской помощью в другой регион	Доля тех, у кого был повод подать судебный иск на врача или медицинское учреждение за халатность, ошибки и иные упущения	неоднократно сталкивался с ситуацией недоступности лекарств по причине их дороговизны
Астрахань	64%	20%	25%	29%
Барнаул	68%	18%	23%	32%
Владивосток	59%	22%	20%	28%
Волгоград	61%	14%	24%	31%
Воронеж	62%	17%	23%	38%
Грозный	75%	57%	17%	27%
Екатеринбург	67%	17%	19%	26%
Ижевск	69%	17%	18%	29%
Иркутск	57%	27%	29%	24%
Казань	69%	11%	17%	25%
Кемерово	63%	19%	22%	26%
Краснодар	66%	28%	28%	27%
Красноярск	62%	19%	28%	24%
Липецк	62%	31%	19%	26%
Махачкала	57%	55%	26%	27%
Москва	64%	22%	24%	22%
Набережные Челны	71%	24%	22%	26%
Нижний Новгород	66%	17%	25%	29%
Новокузнецк	63%	13%	19%	29%
Новосибирск	62%	10%	20%	28%
Омск	63%	20%	27%	26%
Оренбург	67%	20%	20%	25%
Пенза	66%	23%	22%	25%
Пермь	60%	16%	20%	27%
Ростов-на-Дону	65%	21%	27%	25%
Рязань	60%	24%	27%	26%
Самара	61%	12%	21%	30%
Санкт-Петербург	64%	17%	27%	21%
Саратов	66%	17%	23%	31%
Тольятти	57%	25%	24%	29%
Томск	64%	22%	26%	26%

### Продолжение таблицы 7

Тюмень	71%	17%	22%	26%
Ульяновск	68%	19%	18%	31%
Уфа	64%	28%	22%	24%
Хабаровск	65%	17%	22%	28%
Челябинск	68%	18%	24%	23%
Ярославль	56%	24%	25%	29%

Надо отметить, что и в городах-аутсайдерах более половины населения полностью или в основном довольны качеством медицинского обслуживания. Чаще других за медицинской помощью в другие регионы обращаются жители Грозного, Махачкалы и Липецка, реже всего потребность в «медицинском туризме» возникает у населения Самары, Казани и Новосибирска.

Жалобы на врачебные ошибки чаще всего встречаются в Иркутске, Красноярске и Краснодаре. Реже всего желание подать в суд на врачей возникает у жителей Ижевска, Грозного и Казани.

Чаще всего с проблемой дороговизны лекарств сталкиваются жители Воронежа, Барнаула и Саратова. Реже всего эта проблема встречается в Челябинске, Москве и Санкт-Петербурге.

Вполне возможно, такое положение объясняется более высокими доходами населения в последних трех городах.

3.3.2 Обоснование методики оценки качества работы системы здравоохранения в городах России. Основные результаты оценки качества работы системы здравоохранения в городах России с населением более 500 тыс. человек на основании разработанной методики

В предыдущем пункте приводится большая подборка объективных показателей, характеризующих состояние системы здравоохранения в стране, а также данные социологических исследований, посвященных потребительскому восприятию качества медицинского обслуживания,

которые были проведены в городах с населением более 500 тыс. человек в 2015 году.

В приложении А приводятся данные аналогичных социологических замеров, однако они не содержат сведений по отдельным городам, где они проводились, что затрудняет их использование для решения поставленной нами задачи - оценки качества медицинского обслуживания в крупных и средних городах России.

Из приведенного выше набора данных необходимо отобрать показатели, наилучшим образом отображающие качество медицинского обслуживания населения в городах России с населением более 500 тысяч человек.

К сожалению, общероссийские показатели не могут достаточно точно описать качество медицинского обслуживания на территории всей страны. Дело в том, что качество медицинского обслуживания сильно изменяется от территории к территории. Они различаются по оснащенности медицинским оборудованием, количеству и уровню подготовки врачей и среднего медицинского персонала, не одинакова их заработная плата – а при низком уровне оплаты труда сложно обеспечить высокое качество работы здравоохранения, так как лучшие, наиболее талантливые врачи будут перебираться в регионы, где их труд оплачивается на более высоком уровне. Поэтому оправданным является рассмотрение системы здравоохранения в качестве определенной суммы территорий, на каждой из которых существуют более или менее однородные условия предоставления медицинских услуг населению. В связи с этим можно использовать методику оценки качества медицинского обслуживания прежде всего для анализа положения дел в крупных и средних российских городах.

Как уже упоминалось выше, Всемирная организация здравоохранения в своей практике использует следующие показатели качества медицинского обслуживания:

- уровень здоровья населения, который выражается через ожидаемую продолжительность жизни человека, или ожидаемую продолжительность здоровой жизни (за вычетом продолжительности тяжелых заболеваний),
- "отзывчивость" системы здравоохранения, которая выражается:
  - а) в уважении к личности человека;
  - б) в конфиденциальности медицинских сведений;
  - в) в предоставлении человеку права выбора при осуществлении медицинских процедур, в частности - права выбора медицинской организации, где осуществляется лечение;
  - г) в клиентоориентированности медицинского обслуживания - внимании в нуждам человека, предоставлении услуг надлежащего качества;
- справедливая ценовая политика медицинских учреждений, которая позволяет населению получать качественное лечебное обслуживание без чрезмерной нагрузки на бюджет домохозяйства.

Статистические данные, которыми мы располагаем применительно к городам с населением более 500 тыс. человек, которые и являются целью нашего исследования, поэтому выбор показателей для дальнейшего анализа следует максимально адаптировать к решаемой задаче.

Для дальнейшего исследования мы выбираем следующие показатели по рассматриваемым городам:

- численность населения города старше трудоспособного возраста;
- число жителей города, умерших в течение года;
- доля жителей, удовлетворенных качеством медицинского обслуживания, которое они получают;
- доля населения городов, относящего себя к средне- и высокообеспеченным имущественным группам - тем, кто может себе позволить хотя бы приобретение новой крупной бытовой техники, стиральной машины;

- доля жителей города, пользующихся платными медицинскими услугами.

Показатели из этого перечня приведены в таблицах. Данные отражают последние доступные обновления статистики Росстата на 2013-2014 гг., данные Центра стратегических исследований компании "Росгосстрах" в части самооценки доходов населения, а также результаты социологического опроса, проведенного Финансовым университетом в 2015 году (таблицы 8, 9)

Таблица 8 - Число умерших и численность населения старше трудоспособного возраста по городам с населением более 500 тыс. человек, где проводилось исследование

		Число жителей старше трудоспособного возраста, тыс. чел. (данные Росстата, 2013 г.)	Число умерших жителей, тыс. чел. (данные Росстата, 2013 г.)
1	Астрахань	125,4	6,2
2	Барнаул	153,9	7,7
3	Владивосток	135,7	6,9
4	Волгоград	262,3	13,0
5	Воронеж	255,7	12,9
6	Екатеринбург	318,3	15,9
7	Ижевск	139,4	7,2
8	Иркутск	120,4	7,1
9	Кемерово	120,0	6,7
10	Казань	271,2	13,4
11	Краснодар	202,9	9,9
12	Красноярск	201,8	10,7
13	Липецк	124,5	6,5
14	Махачкала	77,6	2,6
15	Москва	3038,0	116,2
16	Набережные Челны	106,3	4,2
17	Нижний Новгород	318,8	17,9
18	Новокузнецк	125,9	7,6
19	Новосибирск	351,6	18,4
20	Омск	264,3	14,2
21	Оренбург	117,1	6,5
22	Пенза	133,5	6,5
23	Пермь	230,7	12,1
24	Ростов-на-Дону	267,6	12,9
25	Рязань	137,3	6,9
26	Санкт-Петербург	1321,1	60,5
27	Самара	303,0	17,0
28	Саратов	216,1	11,5

Продолжение таблицы 8

29	Тольятти	165,6	8,4
30	Томск	109,4	5,6
31	Тюмень	122,7	6,0
32	Ульяновск	154,4	7,8
33	Уфа	228,2	12,4
34	Хабаровск	129,5	7,3
35	Челябинск	266,2	13,9
36	Ярославль	155,5	8,4

Таблица 9 - Субъективные показатели, используемые при построении рейтинга работы системы здравоохранения в городах с населением более 500 тыс. человек

		Доля жителей города, которые удовлетворены качеством медицинского обслуживания, которым они пользуются (данные Финансового университета, 2015 г.)	Доля жителей, пользующихся платными медицинскими услугами (данные Финансового университета, 2015 г.)	Доля жителей, способных купить хотя бы крупную бытовую технику (данные ЦСИ Росгосстраха, 2014-2015 г.)
1	Астрахань	65%	35%	39%
2	Барнаул	69%	40%	41%
3	Владивосток	59%	44%	51%
4	Волгоград	61%	35%	35%
5	Воронеж	62%	48%	42%
6	Екатеринбург	67%	51%	49%
7	Ижевск	69%	42%	45%
8	Иркутск	57%	48%	45%
9	Кемерово	62%	37%	40%
10	Казань	69%	46%	50%
11	Краснодар	66%	43%	48%
12	Красноярск	62%	48%	52%
13	Липецк	62%	47%	40%
14	Махачкала	57%	57%	45%
15	Москва	65%	39%	53%
16	Набережные Челны	71%	49%	37%
17	Нижний Новгород	66%	41%	40%
18	Новокузнецк	63%	39%	40%
19	Новосибирск	62%	46%	46%
20	Омск	63%	53%	43%
21	Оренбург	66%	28%	44%
22	Пенза	66%	54%	42%
23	Пермь	60%	43%	46%

Продолжение таблицы 9

24	Ростов-на-Дону	65%	52%	49%
25	Рязань	60%	45%	45%
26	Санкт-Петербург	64%	48%	48%
27	Самара	61%	46%	45%
28	Саратов	66%	39%	42%
29	Тольятти	57%	50%	41%
30	Томск	64%	54%	47%
31	Тюмень	71%	41%	50%
32	Ульяновск	68%	47%	41%
33	Уфа	64%	43%	41%
34	Хабаровск	65%	49%	48%
35	Челябинск	68%	46%	47%
36	Ярославль	56%	38%	41%

На основании приведенных выше индикаторов мы рассчитываем три численных показателя для построения рейтинга качества медицинского обслуживания в рассматриваемых городах России с населением более 500 тыс. человек:

- 1)  $См_i$  - отношение годового числа умерших к численности населения старше трудоспособного возраста в  $i$ -том городе. Этот показатель рассчитан на то, чтобы заменить нам среднюю ожидаемую продолжительность жизни населения, которую Росстат, к сожалению, не рассчитывает по отдельным российским городам. Выбор группы старше трудоспособного возраста должен сгладить различия в демографической структуре населения городов и исключить влияние большего или меньшего числа молодежи среди их жителей.
- 2)  $УМ_i$  - доля жителей  $i$ -того города, удовлетворенных качеством медицинского обслуживания, которое они получают. Этот показатель определяет "отзывчивость" системы медицинского обслуживания населения.
- 3)  $ΔД_i$  - превышение доли людей с высокими и средними доходами (теми, кто может себе позволить хотя бы приобретение крупной бытовой техники - стиральной машины, например), над долей тех, кто пользуется платными медицинскими услугами, в  $i$ -том городе. Оно

показывает, насколько доля людей, которые платят за медицинское обслуживание, меньше доли тех, кто может себе это позволить. Чем она выше, тем доступность качественной бесплатной, или, по крайней мере дешевой медицины в рассматриваемых городах.

Далее мы приводим расчетные показатели к индексным значениям, для того, чтобы обеспечить их сравнимость. Для этого используется следующая формула:

$$I_{Xi} = (X_i - X_{min}) / (X_{max} - X_{min}) \quad (3)$$

где  $I_{Xi}$  – индексное значение показателя  $X$  для  $i$ -того города;

$X_{max}$  и  $X_{min}$  – максимальное и минимальное значения показателя  $X_i$  по группе рассматриваемых городов.

Для показателей, убывание которых означает улучшение состояния дел (для смертности, например), формула для расчета индексного показателя выглядит несколько иным образом:

$$I_{Xi} = 1 - (X_i - X_{min}) / (X_{max} - X_{min}) \quad (4)$$

Для сведения индексных значений расчетных показателей  $ИСм_i$ ,  $УМ_i$  и  $\Delta Д_i$  необходимо располагать весовыми коэффициентами, учитывающими их различное влияние на итоговую оценку качества медицинского обслуживания. Следуя рекомендациям ВОЗ [16, стр. 39], мы распределим весовые коэффициенты по этим индексным показателям следующим образом (таблица 10).

Таблица 10 - Весовые коэффициенты, используемые для подсчета единого рейтинга с учетом по этим индексным показателям

Показатели	Весовые коэффициенты
$ИСм_i$ - индекс отношения годового числа умерших к численности населения старше трудоспособного возраста	0,5

Продолжение таблицы 10

ИУМ <sub>i</sub> - индекс доля жителей i-того города, удовлетворенных качеством медицинского обслуживания, которое они получают	0,25
ИДД <sub>i</sub> - индекс превышение доли людей с высокими и средними доходами (теми, кто может себе позволить хотя бы приобретение крупной бытовой техники - стиральной машины, например), над долей тех, кто пользуется платными медицинскими услугами,	0,25

С учетом весовых коэффициентов итоговый рейтинг качества работы системы медицинского обслуживания для города *i* ИИ<sub>i</sub> рассчитывается следующим образом:

$$ИР_i = \sum_{x=1}^n И_{Xi} * В_x, \quad (5)$$

где И<sub>Xi</sub> – индексное значение показателя X для *i*- того города;

*n* – общее число социально-экономических индикаторов, по которым строится индекс;

*В<sub>x</sub>* – весовой коэффициент (от 0 до 1), присваиваемый социально-экономическому индикатору X, сумма весов по всем используемым показателям группы должна быть равна 1.

Расчетные показатели качества работы системы здравоохранения в городах с населением более 500 тыс. человек приведены в таблицах (таблицы 11 и 12).

Таблица 11 - Итоговые показатели для расчета эффективности работы системы здравоохранения в городах России с населением более 500 тыс. человек

		С <sub>и</sub> - отношение годового числа умерших к численности населения старше трудоспособного возраста	УМ <sub>i</sub> - доля жителей i-того города, удовлетворенных качеством медицинского обслуживания, которое они получают	ΔД <sub>i</sub> - превышение доли людей с высокими и средними доходами над долей тех, кто пользуется платными медицинскими услугами
1	Астрахань	4,9%	65%	4%
2	Барнаул	5,0%	69%	1%
3	Владивосток	5,1%	59%	7%

Продолжение таблицы 11

4	Волгоград	5,0%	61%	0%
5	Воронеж	5,0%	62%	-6%
6	Екатеринбург	5,0%	67%	-1%
7	Ижевск	5,1%	69%	3%
8	Иркутск	5,9%	57%	-3%
9	Кемерово	5,6%	62%	3%
10	Казань	4,9%	69%	4%
11	Краснодар	4,9%	66%	5%
12	Красноярск	5,3%	62%	4%
13	Липецк	5,2%	62%	-7%
14	Махачкала	3,4%	57%	-12%
15	Москва	3,8%	65%	14%
16	Н. Челны	3,9%	71%	-12%
17	Н. Новгород	5,6%	66%	-1%
18	Новокузнецк	6,0%	63%	1%
19	Новосибирск	5,2%	62%	0%
20	Омск	5,4%	63%	-10%
21	Оренбург	5,5%	66%	15%
22	Пенза	4,9%	66%	-13%
23	Пермь	5,2%	60%	2%
24	Ростов-на-Дону	4,8%	65%	-3%
25	Рязань	5,0%	60%	0%
26	С-Петербург	4,6%	64%	1%
27	Самара	5,6%	61%	-1%
28	Саратов	5,3%	66%	3%
29	Тольятти	5,0%	57%	-10%
30	Томск	5,1%	64%	-8%
31	Тюмень	4,9%	71%	9%
32	Ульяновск	5,0%	68%	-6%
33	Уфа	5,5%	64%	-3%
34	Хабаровск	5,6%	65%	-1%
35	Челябинск	5,2%	68%	1%
36	Ярославль	5,4%	56%	4%

Таблица 12 - Значения индексов расчетных показателей и итоговый рейтинг качества работы системы здравоохранения в городах России с населением более 500 тыс. человек

		ИС <sub>М<sub>i</sub></sub>	ИУМ <sub>i</sub>	ИД <sub>i</sub>	ИР <sub>i</sub>
1	Астрахань	0,402	0,549	0,589	0,486
2	Барнаул	0,380	0,824	0,480	0,516
3	Владивосток	0,345	0,192	0,690	0,393
4	Волгоград	0,395	0,294	0,448	0,383
5	Воронеж	0,371	0,360	0,246	0,337
6	Екатеринбург	0,382	0,731	0,412	0,477

Продолжение таблицы 12

7	Ижевск	0,328	0,845	0,561	0,516
8	Иркутск	0,031	0,048	0,359	0,117
9	Кемерово	0,171	0,400	0,572	0,329
10	Казань	0,404	0,833	0,592	0,558
11	Краснодар	0,437	0,664	0,632	0,543
12	Красноярск	0,263	0,353	0,587	0,367
13	Липецк	0,309	0,398	0,211	0,307
14	Махачкала	1,000	0,014	0,019	0,508
15	Москва	0,826	0,547	0,933	0,783
16	Набережные Челны	0,781	1,000	0,033	0,649
17	Нижний Новгород	0,145	0,634	0,423	0,337
18	Новокузнецк	0,000	0,450	0,491	0,235
19	Новосибирск	0,297	0,385	0,448	0,357
20	Омск	0,249	0,466	0,106	0,268
21	Оренбург	0,185	0,676	1,000	0,512
22	Пенза	0,432	0,651	0,000	0,379
23	Пермь	0,292	0,263	0,526	0,343
24	Ростов-на-Дону	0,446	0,596	0,339	0,457
25	Рязань	0,380	0,239	0,448	0,361
26	Санкт-Петербург	0,542	0,506	0,472	0,515
27	Самара	0,151	0,293	0,425	0,255
28	Саратов	0,260	0,641	0,544	0,426
29	Тольятти	0,365	0,053	0,096	0,220
30	Томск	0,355	0,518	0,171	0,350
31	Тюмень	0,428	0,989	0,782	0,657
32	Ульяновск	0,369	0,772	0,229	0,435
33	Уфа	0,212	0,520	0,360	0,326
34	Хабаровск	0,144	0,589	0,416	0,324
35	Челябинск	0,294	0,755	0,478	0,455
36	Ярославль	0,220	0,000	0,576	0,254

Итоговый рейтинг качества медицинского обслуживания в городах России с населением более 500 тыс. человек приведен на рисунке 14.

Из него видно, что самым высоким качеством работы медицинских учреждений отличаются Москва, Тюмень, Набережные Челны, Казань и Краснодар. Итоговый индекс менее 0,3 имеют следующие города: Иркутск, Тольятти, Новокузнецк, Ярославль, Самара, Омск.

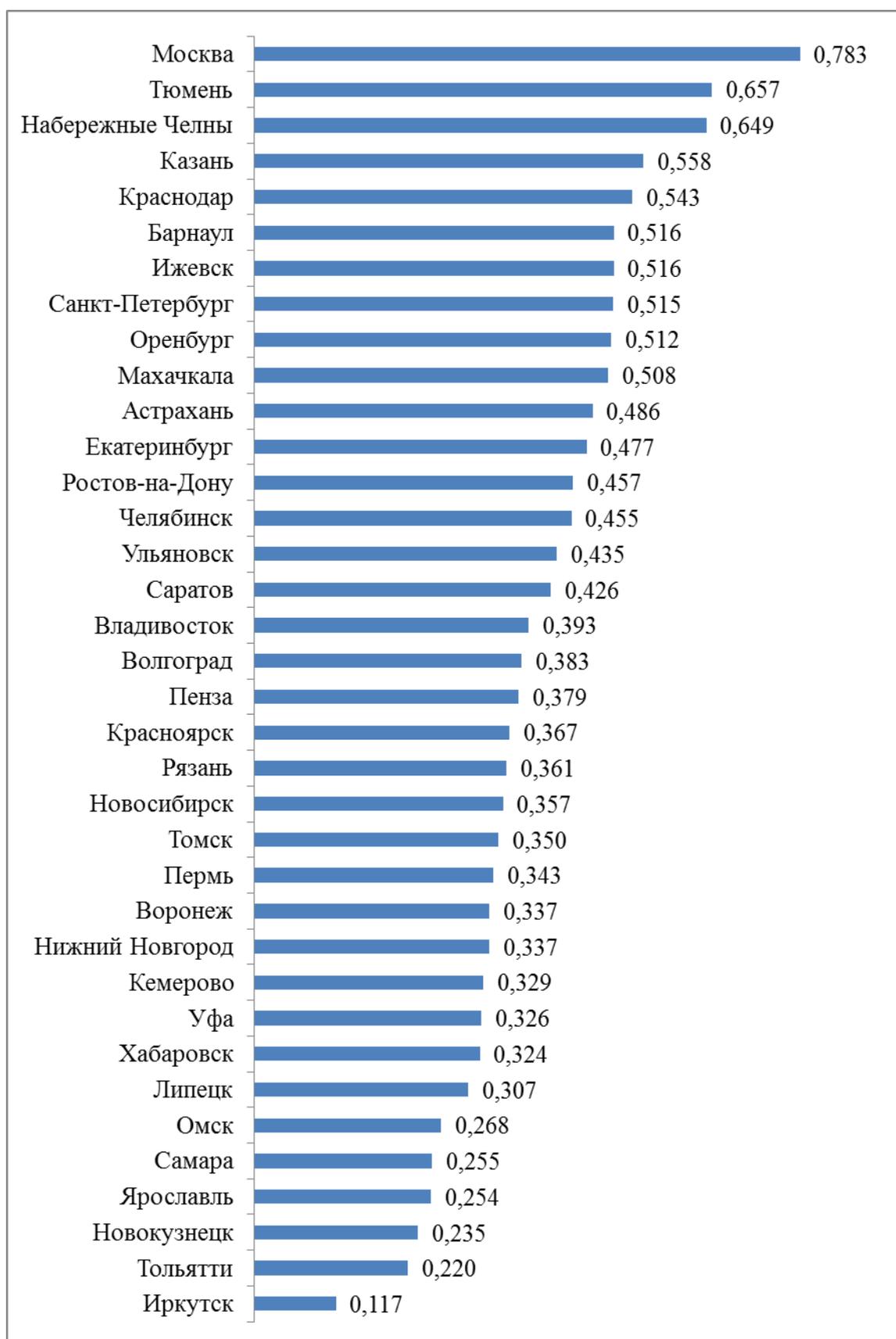


Рисунок 14 - Итоговый рейтинг качества медицинского обслуживания в городах России с населением более 500 тыс. человек

### 3.4 Выводы и разработка научно-практических рекомендаций по улучшению качества медицинского обслуживания населения российских городов

В настоящее время и ученым, и широкой общественности ясно, что тема обеспечения высокого качества медицинского обслуживания является одной из основных тем, определяющих направления социально-экономического развития страны. И Правительству, и общественности совершенно очевидно, что без качественного медицинского обслуживания населения совершенно невозможно добиться повышения комфортности среды существования россиян. При этом также становится все более ясно, что именно качество жизни человека сегодня представляет собой «критерий истины» в части социально-экономического развития общества. До 70-х годов прошлого века показателем эффективности и экономического развития, и совершенствования общественных отношений было увеличение потребления товаров и услуг.

Однако сегодня общепринятой является точка зрения, согласно которой целью социально экономического развития является улучшение жизни человека во всем разнообразии процессов и явлений, составляющих человеческое бытие.

Также понятно, что улучшение качества жизни человека невозможно без повышения ее средней ожидаемой продолжительности, точнее – средней ожидаемой продолжительности жизни, свободной от тяжелых заболеваний и страданий, с ними связанных. Достижение этой цели возможно только при опоре на эффективную систему здравоохранения, предлагающую всему населению качественные и недорогие услуги при обеспечении уважения к личности и ее правам, в частности – право на выбор тех или иных медицинских процедур, а также права на выбор поставщика медицинских услуг.

Важной особенностью системы здравоохранения является то, что качество медицинских услуг, предоставляемых населению, не одинаково по всей территории страны. Можно утверждать, что качество медицинского обслуживания не существует вообще на федеральном уровне, так как оно сильно изменяется от территории к территории, каждая из которых обладает рядом особенностей в части инфраструктуры, обеспечивающей предоставление соответствующих услуг. Это касается как оснащенности медицинским оборудованием, так и количества врачей, а также среднего медицинского персонала, обслуживающего население на той или иной территории. Различается также подготовка врачей и среднего медицинского персонала, не одинакова их заработная плата – а при низком уровне оплаты труда сложно обеспечить высокое качество работы здравоохранения, так как лучшие, наиболее талантливые врачи будут перебираться в регионы, где их труд оплачивается на более высоком уровне. Поэтому оправданным является рассмотрение системы здравоохранения в качестве определенной «мозаики», суммы территорий, на каждой из которых существуют более или менее однородные условия предоставления медицинских услуг населению. Наиболее крупными «фрагментами мозаики» являются крупные муниципальные образования – города с населением более 500 тыс. человек, большая часть из которых представляют собой столицы крупных российских регионов, в сумме обеспечивающих около 80% ВВП страны. В связи с этим представляется оправданным использовать методику оценки качества медицинского обслуживания прежде всего для анализа положения дел в крупных и средних российских городах.

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения выдвигает на первый план ожидаемую продолжительность жизни человека при рождении как основной показатель качества работы системы здравоохранения. Этот показатель сопровождается такими качественными индикаторами, как «отзывчивость» и «клиентоориентированность» системы оказания медицинских услуг населению, а также «справедливость» ценовой

политики медицинских учреждений. В рамках данного подхода, который представляется нам совершенно оправданным, мы разработали перечень индикаторов, которые могут быть использованы для оценки качества работы системы здравоохранения в российских условиях, применительно к отдельным муниципальным образованиям.

К сожалению, российская статистика не обеспечивает нас наборами данных, полностью соответствующими требованиям Всемирной организации здравоохранения. Тем не менее, в рамках решаемой задачи нам удалось подобрать индикаторы, достаточно полно отражающие набор требований ВОЗ к качеству медицинского обслуживания. Для дальнейшего исследования и проведения расчетов в части определения качества медицинского обслуживания населения в крупных и средних российских городах нами были отобраны показатели смертности в отношении к численности людей старше трудоспособного возраста, уровень удовлетворённости людей качеством медицинского обслуживания, а также соотношение числа людей, относящихся к наиболее платежеспособной групп населения, и людей, вынужденных платить за медицинское обслуживание. Указанный набор индикаторов с нашей точки зрения достаточно полно подходит для описания качества медицинского обслуживания в российских городах. Как представляется, этот индикатор можно использовать для оценки уровня медицинского обслуживания населения на других территориях и по стране в целом.

Указанный перечень индикаторов может быть дополнен целым рядом других показателей. К ним, в частности, относятся численность коек в больничных учреждениях на 1000 жителей города, пропускная способность амбулаторных медицинских учреждений, число врачей и среднего медицинского персонала на 1000 жителей города, численность бригад скорой медицинской помощи и ряд других показателей. С другой стороны, эти показатели не вполне отвечают поставленной перед нами задаче. Численность врачей и среднего медицинского персонала, коек в больницах

или бригад скорой помощи совершенно не гарантирует предоставления населению медицинских услуг надлежащего качества. Более того, в сегодняшних условиях основным трендом реформирования системы здравоохранения является сокращение числа неэффективных медицинских учреждений, а также совершенствование процессов удовлетворения медицинских потребностей населения. При этом очевидно, что количественные показатели численности медицинского персонала или медицинских учреждений по городу или региону ничего не говорят о качестве их работы. Гораздо больше о качестве работы системы здравоохранения говорят показатели удовлетворенности населения качеством медицинских услуг, которые получают жители того или иного города или территории. В рамках реализованного подхода нами также предложены способы оценки финансовой нагрузки медицинского обслуживания на бюджеты домохозяйств.

Предложенную нами методику оценки качества работы системы здравоохранения можно считать инновационной и адекватной поставленным задачам. Она проста, понятна и прозрачна, ее реализация не вызывает излишних затрат на проведение исследований, что также является несомненным преимуществом предлагаемых методических решений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа по теме «Исследование справедливого возмещения «стоимости жизни» в связи с гибелью человека в чрезвычайных ситуациях» является частью более широких работ в области исследования качества жизни населения в России, которые проводятся на кафедре «Прикладная социология». Исследование, проведенное в 2014 году, было посвящено общей оценке качества жизни населения в российских городах. Данная работа является продолжением прошлогоднего исследования и посвящена оценке стоимости человеческой жизни, а также исследованию качества медицинского обслуживания в городах России.

Как первая, так и вторая составляющая данного исследования имеют большое значение для анализа состояния качества жизни российского населения. Продолжительная и здоровая жизнь является одной из наиболее важных составляющих комфортного существования человека наряду с доступом к образованию, культурным ценностям и уровню материального потребления товаров и услуг. Жизнь является главной ценностью человека, поэтому современное социальное государство, каковым является Россия (этот статус закреплён в Конституции РФ), немислимо без механизмов, защищающих жизнь каждого из граждан страны, создающих необходимый уровень безопасности для всего населения. С другой стороны, современное общество нуждается в механизмах возмещения материального и морального ущерба, связанного с потерей здоровья, а также компенсацию ущерба в случае гибели человека на транспорте, на производстве, при исполнении служебных обязанностей или в любых других чрезвычайных ситуациях.

Под «стоимостью жизни» в данном исследовании понимается общепринятый, наиболее употребительный интервал компенсаций в связи с гибелью человека в чрезвычайных ситуациях, используемый в той или иной стране. В данной работе приводится подробный анализ законодательных актов, а также практики выплат возмещений в связи с гибелью людей, действующих сегодня в России.

К сожалению, надо признать, что используемый сегодня в России «стандартный» размер компенсации, содержащийся в законодательных актах, которые описывают действия в части компенсации семьям погибших людей, совершенно недостаточный – он находится в пределах 0,5-2 млн. рублей.

В работе приводятся также примеры выплат возмещений в связи с гибелью людей в экономически развитых странах. Здесь, как следует из приведенных материалов, компенсация семьям погибших, как правило, начинается от 100 тыс. долларов США, хотя, как правило, они редко опускаются ниже 1 млн. долларов.

Основную ценность проведенного исследования представляют ряд методических подходов к оценке «стоимости» человеческой жизни. Способы оценки справедливого возмещения в связи с гибелью человека в данной работе разделены на две основные группы. Методические подходы к оценке справедливого возмещения из первой группы основываются на оценке материального ущерба, понесенного экономикой в целом или отдельными домохозяйствами. Если говорить об экономике в целом, размер средний потерь от гибели человека можно оценить в 17,1 млн. рублей, средние материальные потери домохозяйства – в 9,1 млн. рублей. Это существенно больше, чем оценка «стоимости» человеческой жизни, сделанная россиянами в ходе опросов общественного мнения в 4,5 млн. рублей, а также практики возмещений семьям погибших, где стандартная выплачиваемая сумма, как указано выше, составляет чаще всего 2 млн. рублей.

В работе предложены методические подходы для оценки возмещения семьям погибших, с учетом понесенного ими как материального, так и морального ущерба. В основу этих подходов положено стремление добиться сохранения прежнего уровня удовлетворенности жизнью за счет выплаты адекватного материального возмещения – оно должно поднимать уровень удовлетворенности жизнью в той же мере, в какой сокращение продолжительности жизни способствует его понижению. При этом мы

исходим из того, что компенсация в данном случае покрывает и моральный, и материальный ущерб – обе эти составляющие «работают» на снижение уровня удовлетворенности человека своей жизнью.

Исследования, проведенные на основании международных баз экономической и социальной информации, показали, что в среднем по странам мира «стоимость» человеческой жизни составляет 2,55 млн. долларов США. В российских условиях «стоимость» жизни, необходимая для достижения прежнего уровня удовлетворенности, предшествующей гибели человека, составляет 39,3 млн. рублей или 624 тыс. долл. (по курсу 63 рубля за 1 доллар США).

Социальные гарантии надлежащего уровня являются необходимой составляющей общественной инфраструктуры любого развитого государства. Россия, которая в силу базовых законодательных актов является социальным государством, должна двигаться в том же направлении. В настоящее время в России отсутствует единая «стоимость» жизни, значение возмещения, которое использовалось бы для компенсации морального и материального ущерба при гибели людей в различных чрезвычайных ситуациях. На сегодняшний день в нашей стране имеется широкий ряд оценок возмещений, применяемых для оценки возмещения в связи с гибелью человека – различные оценки «стоимости» человеческой жизни.

Как представляется, минимальные оценки стоимости человеческой жизни необходимо повысить с нынешних 0,5-2 млн. руб. как минимум до 4,5 миллионов рублей, что соответствовало бы средней оценке справедливой компенсации в связи с гибелью человека по мнению значительного большинства россиян. Законодательные акты, определяющие размер компенсаций в связи с гибелью людей, следует унифицировать и ввести в них одинаковые, стандартные оценки «стоимости» жизни.

В то же время в дальнейшем, по мере развития российской экономики, роста благополучия российского населения и возможностей бюджета, стандартная, закреплённая в законодательстве оценка «стоимости»

жизни должна быть увеличена. Представляется, что минимальный размер компенсации должен быть повышен до величины в 9 млн. рублей.

Указанная оценка позволяет компенсировать основную часть материального ущерба в связи с гибелью человека, но не покрывает моральный ущерб семье. В связи с этим в дальнейшем следует ориентироваться на повышение «стоимости» человеческой жизни до уровня в 39,3 млн. рублей в ценах 2014 года. В дальнейшем можно перейти к оценке «стоимости» среднестатистической жизни человека в 2,5 млн. долларов США.

Во второй части настоящей работы рассматриваются методические подходы к оценке качества работы системы здравоохранения в России. Важной особенностью системы здравоохранения является то, что качество медицинских услуг, предоставляемых населению, не одинаково по всей территории страны. Поэтому оправданным является рассмотрение системы здравоохранения в качестве суммы территорий, на каждой из которых существуют однородные условия предоставления медицинских услуг. В работе рассмотрено качество медицинского обслуживания в городах с населением более 500 тыс. человек, большая часть из которых представляют собой столицы крупных российских регионов, в сумме обеспечивающих около 80% ВВП страны.

При построении методики оценки качества медицинского обслуживания населения мы ориентировались на показатели, рекомендованные ВОЗ: ожидаемую продолжительность жизни человека при рождении, «отзывчивость» и «клиентоориентированность» системы оказания медицинских услуг населению, а также «справедливость» ценовой политики медицинских учреждений. В рамках данного подхода разработан перечень индикаторов, которые могут быть использованы для оценки качества работы системы здравоохранения в российских условиях, применительно к отдельным муниципальным образованиям. Сюда относятся: смертность в отношении к численности людей старше трудоспособного возраста, уровень

удовлетворённости людей качеством медицинского обслуживания, а также соотношение числа людей, относящихся к наиболее платежеспособной групп населения, и людей, вынужденных платить за медицинское обслуживание. Указанный набор индикаторов с нашей точки зрения достаточно полно подходит для описания качества медицинского обслуживания в российских городах.

На основании этих индикаторов построен рейтинг качества медицинского обслуживания населения в городах России. Согласно результатам расчетов, самым высоким качеством работы медицинских учреждений отличаются Москва, Тюмень, Набережные Челны, Казань и Краснодар. Итоговый индекс менее 0,3 имеют следующие города: Иркутск, Тольятти, Новокузнецк, Ярославль, Самара, Омск.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Корчагин Ю.А. Широкое понятие человеческого капитала. - Воронеж: ЦИРЭ, 2009.

2 Human Costs of a Nuclear Accident: Final Report. Health and Safety Executive. NERA Economic Consulting, Marsh & McLennan Companies. July 2007.

3 W. Kip Viscusi, Joseph E. Aldy. The Value of a Statistical Life: a Critical Review of Market Estimates Throughout the World. NBER Working Paper 9487, February 2003.

4 Alistair Munro. Notes on the economic valuation of nuclear disasters. National Graduate Institute for Policy Studies, Tokyo, 2011.

5 См. на сайте Президента РФ  
<http://www.kremlin.ru/events/president/news/49306>

6 Экономическая оценка жизни человека / Шипицына С.Е. Под ред. д-ра экон. наук проф. Куклина А.А. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2012. - 43с.

7 Трунов И.Л., Айвар Л.К., Харисов Г.Х. Эквивалент стоимости человеческой жизни. «Представительная власть - XXI век: законодательство, комментарии, проблемы». № 3(69), 2006 г.

8 А.А.Быков О методологии экономической оценки жизни среднестатистического человека (пояснительная записка) Российское научное общество анализа риска, Москва, 2011.

9 Сборник материалов Всероссийского сбора по подведению итогов деятельности Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, выполнения мероприятий гражданской обороны в 2014 году и постановке задач на 2015 год (27-28 января 2015 года). – М.: МЧС России, 2015, 139 с.

10 Dublin L.I., Lotka A.J. The Money Value of a Man. New York: Ronald Press, 1930.

11 Reynolds D.J. The Cost of Road Accidents, Journal of the Royal Statistical Society, 1956.

12 Dawson R. Cost of Road Accidents in Great Britain. Road Research Laboratory, Ministry of Transport, London, 1967.

13 См. на сайте Президента РФ  
<http://kremlin.ru/events/president/news/50249>

14 Зубец А.Н. Истоки и история экономического роста. М.: «Экономика», 2014. 463 с.

15 Отчет о НИР по теме: «Исследование качества жизни в российских городах». Финансовый университет при Правительстве РФ, кафедра «Прикладная социология». 2014 г.

16 The World health report 2000. Health systems: improving performance. The World Health Organization, 2000.

17 Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами», ВОЗ, 2013 г.

18 Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации. Разработана 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. Москва, декабрь 2007.

19 Государственный доклад «О состоянии защиты населения и территорий Российской Федерации от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера в 2014 году» / — М.: МЧС России. ФГБУ ВНИИ ГОЧС (ФЦ), 2015, 350 с.

20 Правила выделения бюджетных ассигнований из резервного фонда Правительства Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и последствий стихийных бедствий (утв. постановлением Правительства РФ от 13 октября 2008 г. N 750) С

изменениями и дополнениями от: 24 февраля 2009 г., 17 августа 2010 г., 22 ноября 2011 г., 20 июня 2013 г.

21 Федеральный закон от 25.04.2002 N 40-ФЗ (ред. от 04.11.2014) "Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2015).

22 "Воздушный кодекс Российской Федерации" от 19.03.1997 N 60-ФЗ (ред. от 13.07.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015).

23 Федеральный закон от 27.07.2010 N 225-ФЗ (ред. от 04.11.2014) "Об обязательном страховании гражданской ответственности владельца опасного объекта за причинение вреда в результате аварии на опасном объекте".

24 «Памятка застрахованному лицу по Государственному контракту № 03/0К/2015/ДГЗ/3 от 12.01.2015 на оказание услуг по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации и граждан, призванных на военные сборы, для нужд Министерства обороны Российской Федерации в 2015-2016 годах». См. на сайте компании СОГАЗ по адресу: <https://www.sogaz.ru/upload/documents/minoborona-PR-2015.pdf>

25 Федеральный закон Российской Федерации от 7 ноября 2011 г. № 306-ФЗ «О денежном довольствии военнослужащих и предоставлении им отдельных выплат». Принят Государственной Думой 21 октября 2011 года, одобрен Советом Федерации 26 октября 2011 года.

26 М. Солопов. «Утверждены размеры выплат семьям погибших военных». РБК-daily, 26.11.2014.

27 И. Огилько, Е. Петешова Невозможно забыть. Начались выплаты пострадавшим в метро. "Российская газета", 22.07.2014. <http://www.rg.ru/2014/07/22/viplati.html>

28 Семьи погибших при крушении экспресса получают по миллиону рублей. ИТАР-ТАСС, 30.11.2009 [http://www.gazeta.ru/news/lenta/2009/11/30/n\\_1430327.shtml](http://www.gazeta.ru/news/lenta/2009/11/30/n_1430327.shtml)

29 Соцподдержка членов семей погибших в результате аварии на СШГЭС. РИА «Новости», 23.07.2010.

[http://ria.ru/hydro\\_spravki/20100723/257630924-print.html](http://ria.ru/hydro_spravki/20100723/257630924-print.html)

30 Пострадавшим при аварии на СШГЭС начнут выплачивать по 100 тыс. рублей. РИА "Новости", 21.10.2009.

<http://ria.ru/society/20091021/189906932.html>

31 Семьям погибших на шахте в Кузбассе выплатят по три миллиона рублей. ИА «Город Новостей». 10.05.2010. <http://www.city-n.ru/view/147457.html>

32 Семьям погибших при обрушении дома в Таганроге выплатят миллионные компенсации. Федерал Пресс-Юг, 14.12.2012 [http://fedpress.ru/news/society/news\\_society/1355478679-semyam-pogibshikh-pri-obrushenii-doma-v-taganroge-vyplatyat-millionnye-kompensatsii](http://fedpress.ru/news/society/news_society/1355478679-semyam-pogibshikh-pri-obrushenii-doma-v-taganroge-vyplatyat-millionnye-kompensatsii).

33 Указ Президента РФ «О мерах по ликвидации последствий стихийного бедствия – наводнения в Краснодарском крае» от 17 июля 2012 года. См. на сайте Президента РФ по адресу <http://www.kremlin.ru/events/president/news/16006>

34 Совещание по ликвидации последствий ЧС на территории Сибирского федерального округа. 21 апреля 2015 года, Абакан. См. на сайте Президента РФ по адресу <http://special.kremlin.ru/events/president/news/49306>

35 Назван размер выплат жертвам аварии грузовика и автобуса: список всех пострадавших. НГС. Новости, Красноярск. 23.07.2015. <http://ngs24.ru/news/more/2211723/>

36 Цена жизни в войне с террором. См. на сайте Agentura.ru <http://www.agentura.ru/press/about/jointprojects/washprofile/lifeprise/>

37 Васильев С. В. Обязательное государственное страхование в системе социальной защиты военнослужащих. Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. Ярославский военный финансово-

экономический институт имени генерала армии А.В. Хрулева. Ярославль, 2004.

38 Бычкова М.А. Выплаты компенсаций после терактов: состояние и актуальные задачи. Центр изучения кризисного общества, 15 мая 2014. <http://centero.ru/digest/vyplaty-kompensatsij-posle-teraktov-sostoyanie-i-aktualnye-zadachi>

39 Конвенция для унификации некоторых правил, касающихся международных воздушных перевозок. Варшава, 12 октября 1929 г., с изменениями и дополнениями от 28 сентября 1955 г. и 28 мая 1999 г.

40 О. Макаров. Germanwings грозят многомиллионные иски из-за катастрофы А320. РБК, 27.03.2015.

<http://top.rbc.ru/society/27/03/2015/551553a89a79475ce01c5343>

41 Germanwings insurer sets aside \$300 million to pay victims' families. Deutsche Welle. 31 March 2015. <http://www.dw.com/en/germanwings-insurer-sets-aside-300-million-to-pay-victims-families/a-18350957>

42 Семья убитого полицейским в США афроамериканца получит 6,5 млн долларов. Газета «Взгляд», 9 октября 2015 г.

<http://vz.ru/news/2015/10/9/771385.html>

43 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.

44 Стоимость человеческой жизни в России в 2015 году составила 4,5 млн. рублей. Отчет ЦСИ Росгосстраха, август 2015 г.

[http://www.rgs.ru/media/CSR/on\\_startup/Life\\_value\\_2015.pdf](http://www.rgs.ru/media/CSR/on_startup/Life_value_2015.pdf)

45 Быков А.А. О методологии экономической оценки жизни среднестатистического человека (пояснительная записка) Российское научное общество анализа риска, Москва, 2007 г.

46 См. базу данных World Bank на сайте организации <http://data.worldbank.org/>

- 47 См. базу данных проекта по адресу  
<http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>
- 48 См. базу данных проекта "Индекс человеческого развития" на сайте ООН <http://hdr.undp.org/en/data>
- 49 Беккер Г. Экономический взгляд на жизнь. Лекция лауреата Нобелевской премии в области экономических наук за 1992 г. // Вестник Санкт-Петербургского университета. 1993. Серия 5. Вып. 3.
- 50 Общественное здоровье как важнейшая составляющая человеческого капитала / Под ред. Я.А. Лещенко. Иркутск: «Репроцентр А1», 2005. - с.8.
- 51 Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 64 с.
- 52 Черкашин А.К. Оценка качества жизни на основе решения обратной задачи моделирования динамики численности населения // Народонаселение. № 1 (№63). 2014. – с. 54 - 67.
- 53 Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. – М.: Финансы и статистика, 1984. – 246 с.
- 54 Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (принят в г. Нью-Йорке 22.07.1946). Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации, <http://docs.cntd.ru/document/901977493>.
- 55 Кудрявцева Е.Н. Здоровье человека: понятие и реальность // Общественные науки и здравоохранение. – М.: Наука, 1987. – с.42-44.
- 56 Ильин Б.Н. О понятии здоровья человека // Вестник АМН СССР. – 1988. - №4. – с.15-18.
- 57 Венедиктов Д.Д. Общественное здоровье, пути оценки и прогнозирования // Общественные науки и здравоохранение. – М.: Наука, 1987. – с. 62-67.
- 58 Лисицын Ю.П. Здоровье как функция образа жизни // Терапевтический архив. – 1983. - №9. – с.4-14.

59 Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 64 с.; Общественное здоровье как важнейшая составляющая человеческого капитала / Под ред. Я.А. Лещенко. Иркутск: «Репроцентр А1», 2005. - с.24-25.

60 Лещенко Я.А. Мониторинг здоровья населения. Теоретико-методологические аспекты. Новосибирск: Наука, Сиб. предприятие РАН, 1998. – 207 с.

61 Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. – М.: Финансы и статистика, 1984. – 246 с.

62 Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. - 592 с.; Улумбекова Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения //Вестник Росздравнадзора. -2012. - №2. - с. 33–39.

63 Лещенко Я.А. Мониторинг здоровья населения. Теоретико-методологические аспекты. Новосибирск: Наука, Сиб. предприятие РАН, 1998. – с.46-52.

64 См.: Светличная Т.Г., Цыганова О.А. Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг // Социальные аспекты здоровья населения. - №3 (19). - 2011.

65 Закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) с изменениями и дополнениями, вст. в силу с 24.07.2015. Статья 2, пункт 4.

66 Там же. Статья 2, пункт 10.

67 Боярский АЛ. Современное состояние здравоохранения по оценкам медицинских работников // Здравоохранение РФ. - 1994. - № 2. - с. 13 - 14; Стационарная медицинская помощь (основы организации) / Под ред. А. Г. Сафонова, Е. А. Логиновой. М.: Медицина, 1989. Law M. Supporting Community Access // Hugie. 1989. Vol. 8. № 1. P. 11 - 15.

68 Вишняков Н. И. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением. 2009. № 2(45). с. 43-45.

69 Наумова ЕЛ. Сравнительный анализ удовлетворенности от лечения пациентов терапевтического профиля в клиниках Саратова и Массачусетса // [Электронный ресурс] Современные проблемы науки и образования. 2007. № 2. www.rae.ru.

70 Русинова Н. Л. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины. 2006. № 2 (9). с. 24 - 31.

71 Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.А. Методика анализа удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Архангельск, 2010. – 51 с.

72 Население: уровень жизни и здоровье. Проект «Таганрог IV, 1998». / Под рук. Н.М. Римашевской. М.: ИСЭПН РАН, 2001. - 181 с.

73 Римашевская Н.М., Мигранова Л.А., Молчанова Е.В. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. № 1. 2011.

74 Черкашин А.К. Оценка качества жизни на основе решения обратной задачи моделирования динамики численности населения // Народонаселение. № 1 (№63). 2014. – С.54-67.

75 Наумова ЕЛ. Сравнительный анализ удовлетворенности от лечения пациентов терапевтического профиля в клиниках Саратова и Массачусетса // [Электронный ресурс] Современные проблемы науки и образования. 2007. № 2. www.rae.ru.

76 Российское здравоохранение в ракурсе мировых тенденций// Коллективная монография / Под ред. А.Ю. Шевякова и И.П. Катковой. М.: ИСЭПН РАН, 2009. – 156 с.

77 Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи. / Отв. ред. И.М. Шейман, С.В. Шишкин (Серия «Экономическая политика:

между кризисом и модернизацией»). М.: Издательство «Дело» РАНХиГС, 2010. – 232 с.

78 Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений. /Под ред. А.Ю. Шевякова. М.: ИСЭПН РАН, 2009. – 96 с.

79 Улумбекова Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. (Электронный научный журнал) 2012. № 5 (27).

80 Закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) с изменениями и дополнениями, вст. в силу с 24.07.2015. Статья 2, пункт 1.

81 Отчетная коллегия Министерства здравоохранения: итоги работы ушедшего года и ключевые задачи на перспективу // Кто есть кто в медицине. 2015. № 3 (74).-с.4.

82 Закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) с изменениями и дополнениями, вст. в силу с 24.07.2015. Статья 14, пункты 1-8.

83 Закон РФ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» от 6 октября 1999 года N 184-ФЗ.

84 Закон РФ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 6 октября 2003 года N 131-ФЗ.

85 Закон РФ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 6 октября 2003 года N 131-ФЗ.

86 Общественное здоровье как важнейшая составляющая человеческого капитала / Под ред. Я.А. Лещенко. Иркутск: «Репроцентр А1», 2005. с.146.

87 Источник: оценка на основании данных выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств и макроэкономического показателя денежных доходов населения. // Федеральная служба государственной статистики. Данные обновлены 20.05.2015.

- 88 Данные Минтруда России. Расчет Росстата. Обновлено 30.12.2014.
- 89 Российский статистический ежегодник - 2014 г. Федеральная служба государственной статистики.
- 90 Федеральная служба государственной статистики. Обновлено 20.07.2015.
- 91 Маркова Н.Е. Факторы социального здоровья подростков // Народонаселение. № 1 (№63). 2014. – с.119-128.
- 92 Российский статистический ежегодник. 2014 // Федеральная служба государственной статистики.
- 93 Демографический ежегодник России-2014 // Федеральная служба государственной статистики.
- 94 См. подробнее: Куликова Т.Ф., Хальфин Р.А. Межтерриториальные сравнения, как средство оценки качества российских данных по причинам смертности населения. М.: ИСПИ РАН, 2009.
- 95 Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. — 2014.09.22. URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>
- 96 Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. Министерство здравоохранения России, 01.09.2015.  
<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya>.
- 97 В.В. Дрошев, И.Ф. Косьмин Теория и методология определения стоимости жизни человека// Журнал экономической теории. 2012. № 4. с. 28-38.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Результаты ряда всероссийских социологических опросов, касающихся состояния здравоохранения в России (по данным Минздрава РФ)

Министерством здравоохранения Российской Федерации обобщены результаты социологических опросов, проведенных ведущими организациями, осуществляющими мониторинг общественного мнения, по теме здравоохранения [96].

Результаты социологических опросов, проведенных в 2014–2015 годах, в целом, показывают позитивную динамику удовлетворенности населения медицинской помощью и здравоохранением.

Так, наиболее репрезентативное по выборке исследование Службой специальной связи и информации ФСО России, охватывающее ежегодно до 90 тысяч респондентов из всех регионов страны, показывает исторический максимум удовлетворенности населения медицинской помощью в марте–июле 2015 года – 40,4% (по сравнению с 2006 годом – повышение на 10,4%, по сравнению с 2012 – на 5%) (рисунок А.1).

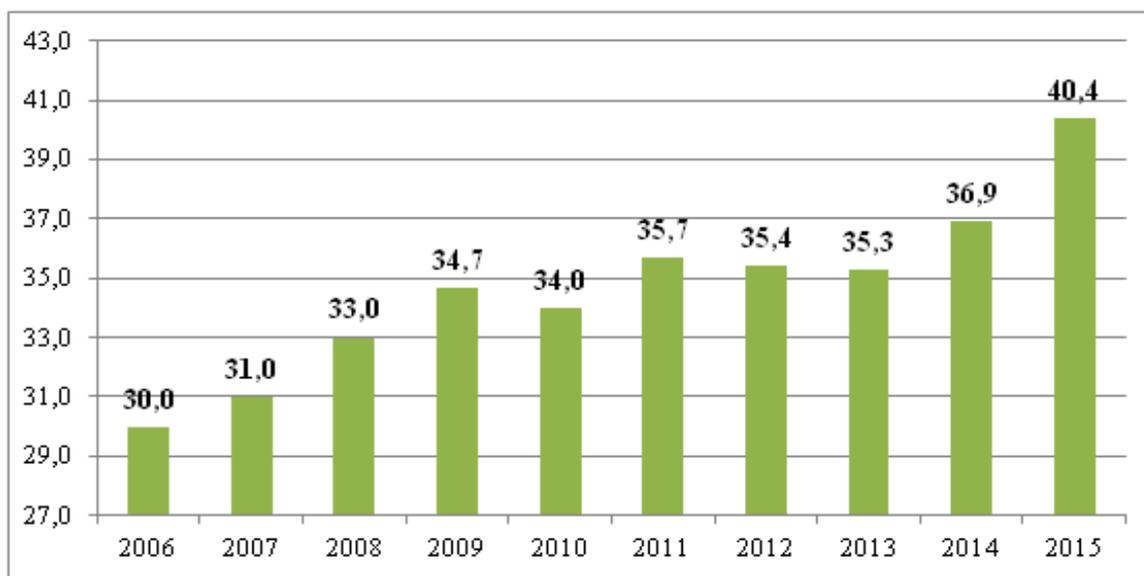


Рисунок А.1 - Динамика удовлетворенности населения Российской Федерации медицинской помощью (в %)

При этом удовлетворенность работой участкового врача повысилась до 46,6% (в 2012 – 41,9%), скорой помощью – до 44,6% (в 2012 – 40,9%), врачами – специалистами в амбулаторном звене – до 37,6% (в 2012 – 32%), стационарной помощью – до 32,9% (в 2012 – 26,7%). Однако выявлены существенные различия между регионами – от максимальной удовлетворенности в 61,5%, до минимальной в 22,6%.

Эти результаты в целом подтверждает опрос, проведенный в июле 2015 г. фондом «Общественное мнение» (53 субъекта, 1500 респондентов): увеличение доли населения, удовлетворенного медицинской помощью, составило 45% по сравнению с 26% в 2006 году и 31% в 2012 году (рисунок А.2).

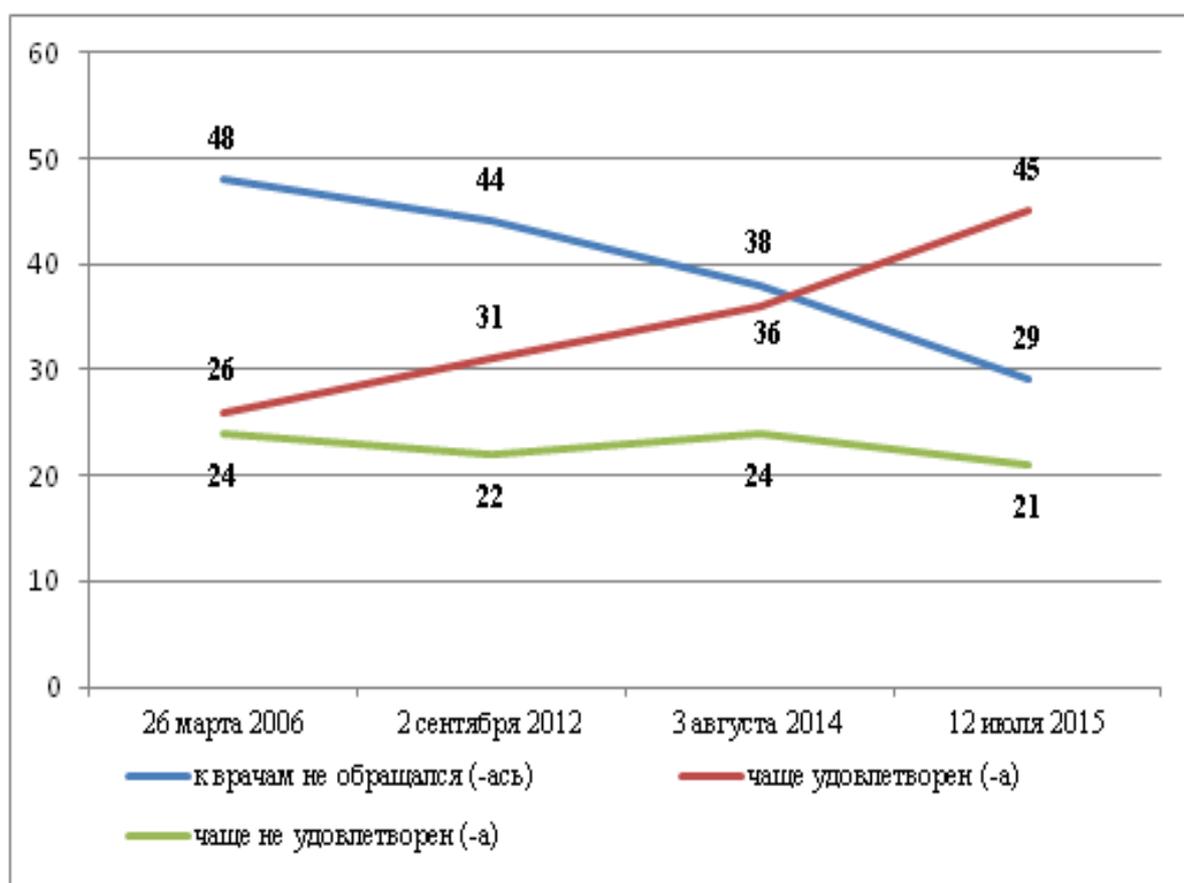


Рисунок А.2 - Удовлетворенность качеством медицинской помощи (% от всех опрошенных)

Число лиц, плохо оценивающих ситуацию в здравоохранении, сократилось с 58% в 2006 и 2011 годах до 32% в 2015 (рисунок А.3).

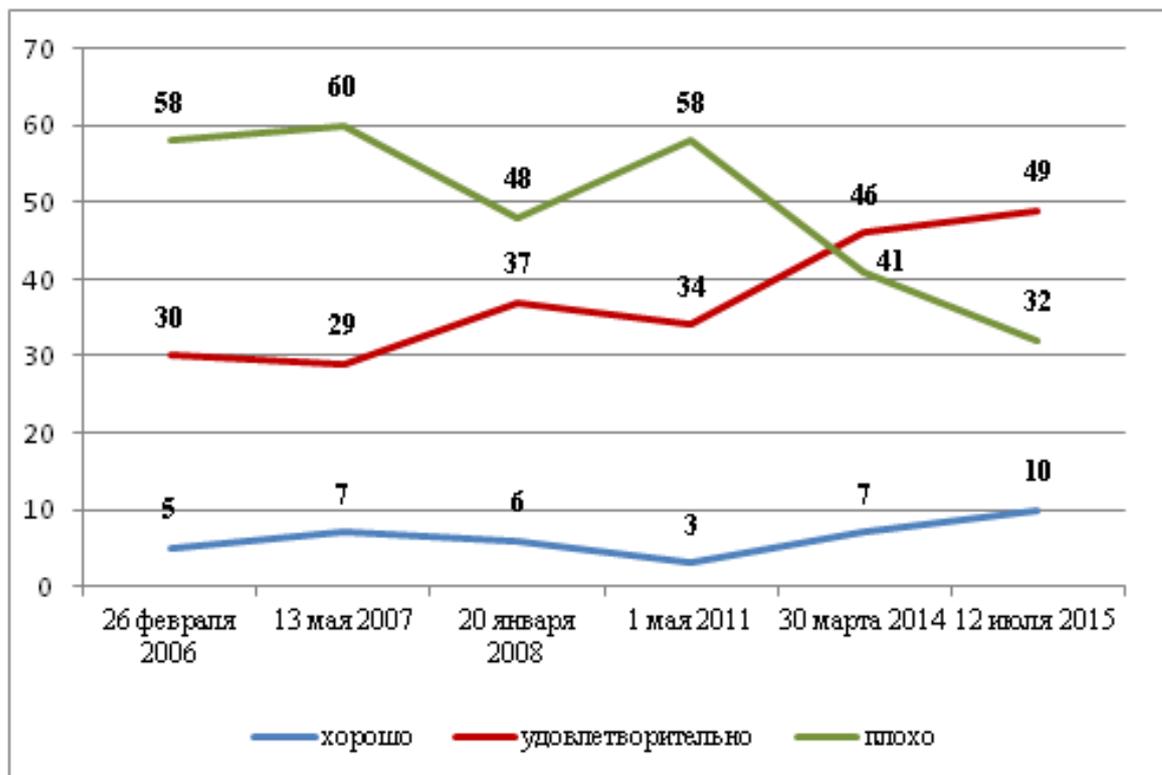


Рисунок А.3 - Оценка ситуации в российском здравоохранении (% от всех опрошенных)

Важно отметить, что данная тенденция характеризует не только города, но и сельскую местность (рисунок А.4).

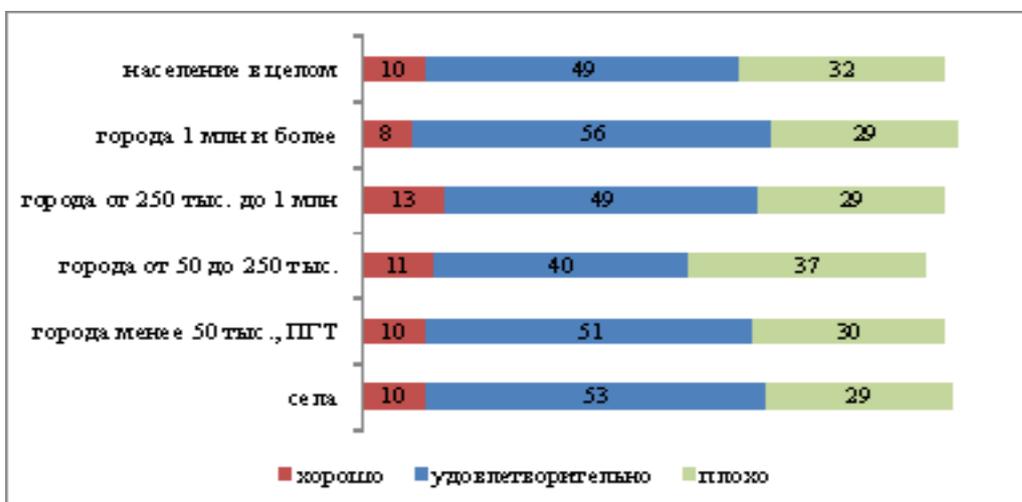


Рисунок А.4 - Оценка ситуации в российском здравоохранении в зависимости от места проживания (% от всех опрошенных)

Одновременно с этим существенно выросло доверие к государственным медицинским учреждениям (с 52% в 2012 году до 65% в 2015), в них в 2015 году обращаются 81% населения (рисунок А.5).

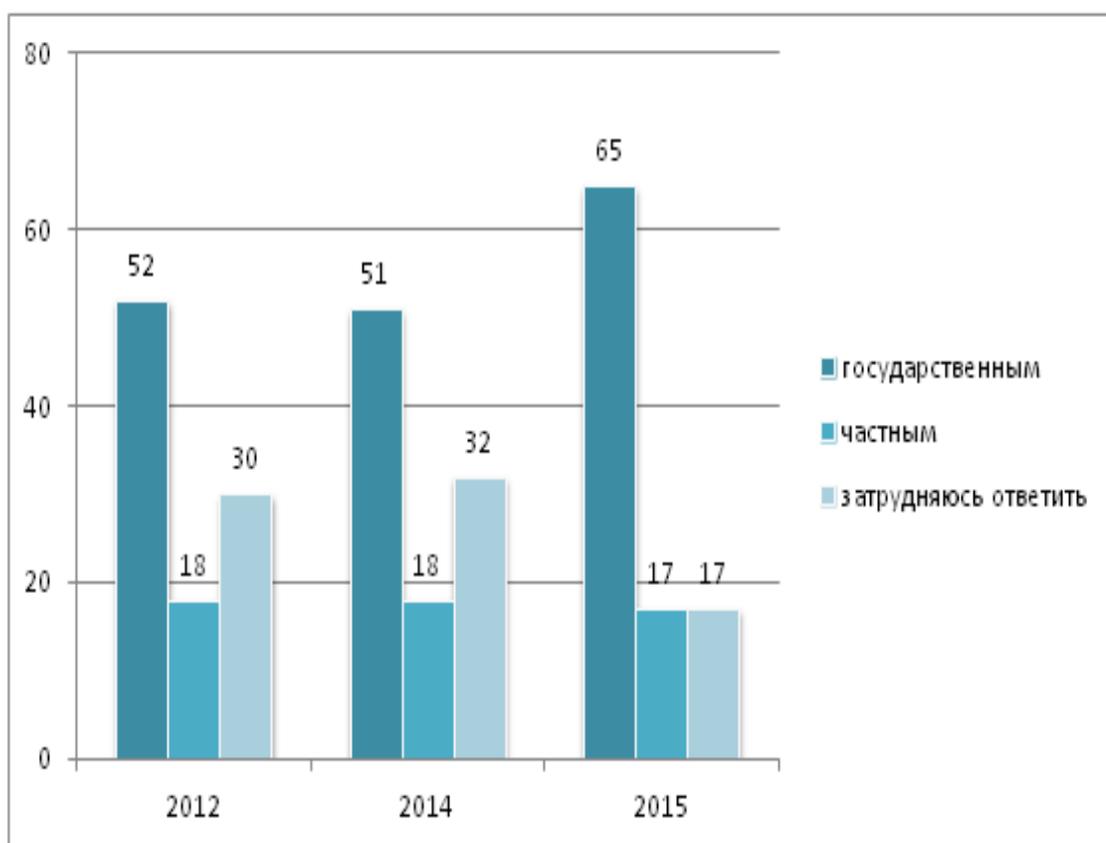


Рисунок А.5 - Каким медицинским учреждениям Вы доверяете больше - государственным или частным (% от всех опрошенных)

Позитивные изменения в работе больниц и поликлиник за последний год увидели также 42 % опрошенных Левада-центром в конце 2014 года. 48 % населения уверены в том, что ситуация в российском здравоохранении улучшится.

Позитивная оценка перемен в больницах и поликлиниках сопровождается высокой удовлетворенностью результатами оказанной помощи: амбулаторной – 78%, стационарной помощи – 82%,

диагностическими обследованиями – 91%, стоматологической помощи – 93%.

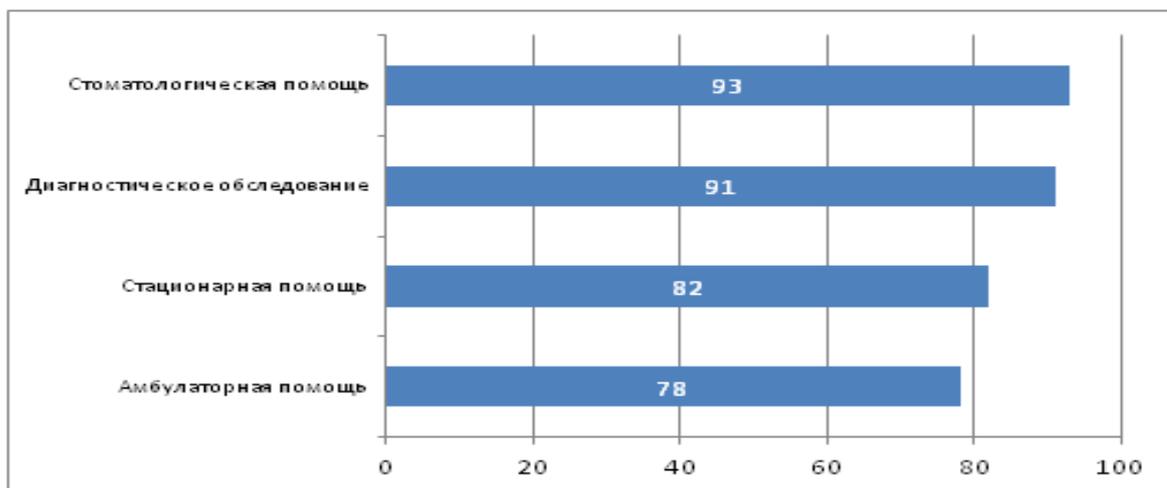


Рисунок А.6 - Общая оценка изменения работы больниц, поликлиник за последний год (% от всех опрошенных)

Граждане в целом высоко оценивают доступность медицинской помощи. По данным исследования, проведенного агентством "С-медиа" при методологической поддержке НП "Национальная медицинская палата", транспортная доступность амбулаторно-поликлинической помощи находится на высоком уровне. 88,4% населения получают амбулаторно-поликлиническую помощь в шаговой доступности (или менее 30 минут транспортом) (рисунок А.7).

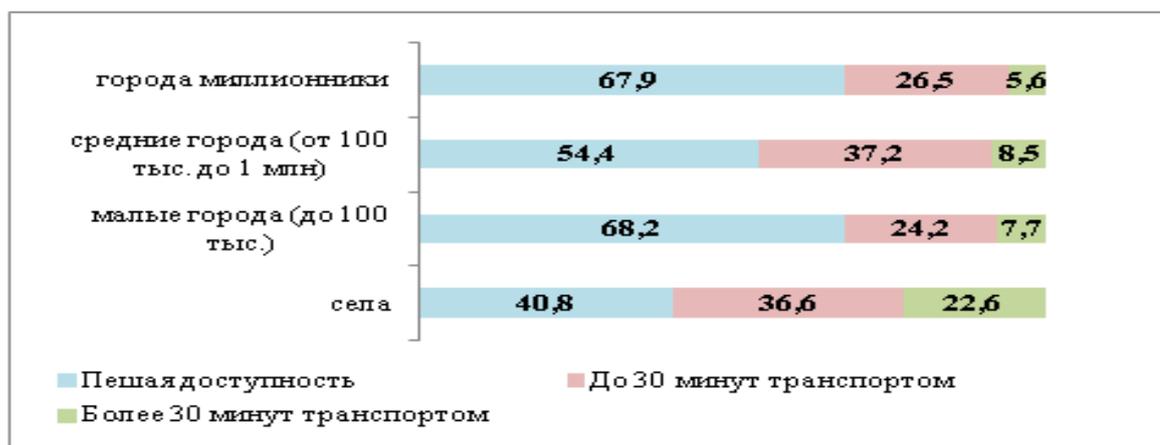


Рисунок А.7 - Транспортная доступность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций в зависимости от места проживания (% от всех опрошенных)

При этом больше половины населения (55%), по оценке Левада-центра, из населенных пунктов всех типов, включая сельскую местность, высказываются в пользу качества медицинской помощи, даже в случае, если ради ее получения придется ехать в достаточно удаленные районы или другие населенные пункты. Территориальная доступность оказалась важнее для 38% респондентов (рисунок А.8).

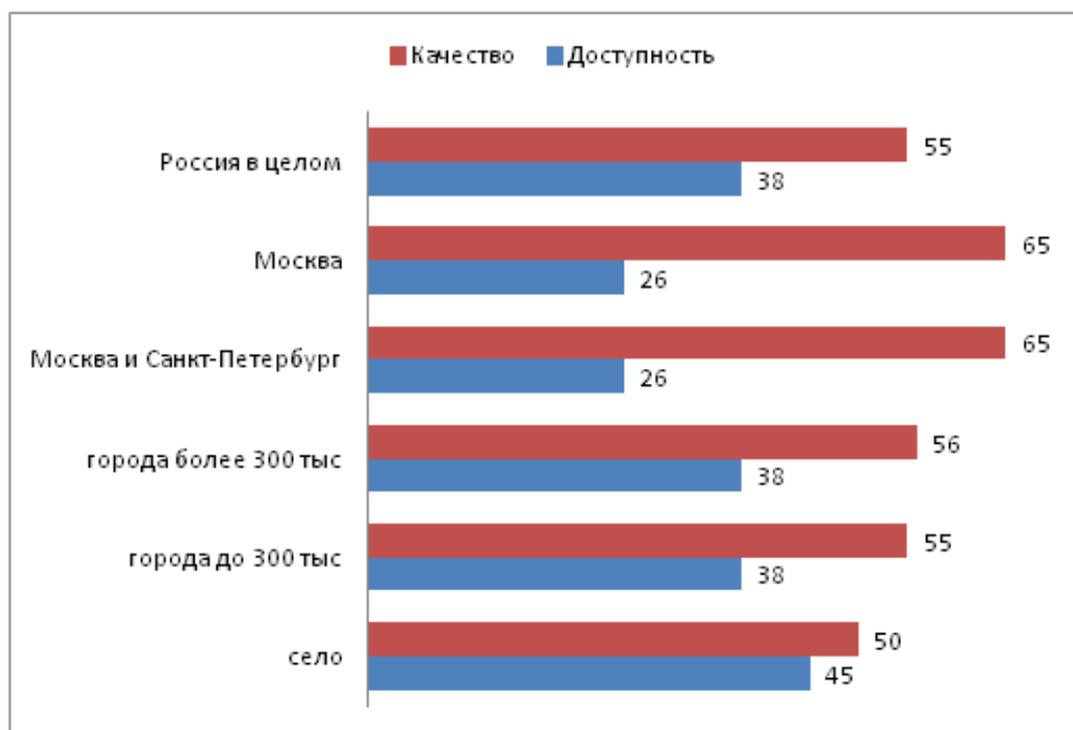


Рисунок А.8 - Предпочтения "качество vs доступность" у жителей разных типов населенных пунктов (в % от числа живущих там респондентов)

Длительность ожидания медицинской помощи в подавляющем большинстве случаев соответствует установленным регламентным срокам. Так, по данным исследования Национальной медицинской палаты, более 80% плановых госпитализаций осуществляются в пределах двух недель (рисунок А.9).

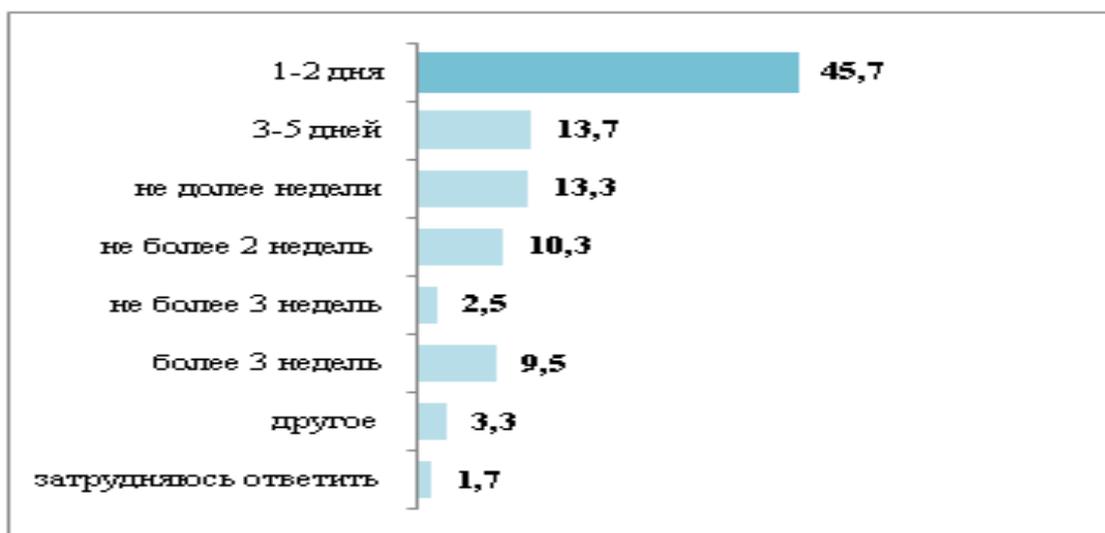


Рисунок А.9 - Длительность ожидания плановой госпитализации с момента получения направления (% от всех опрошенных)

Отдельного внимания заслуживает тема платы за медицинскую помощь. По данным Левада-центра, подавляющее большинство пациентов не платили за медицинскую помощь во время последнего посещения (рисунок А.10).

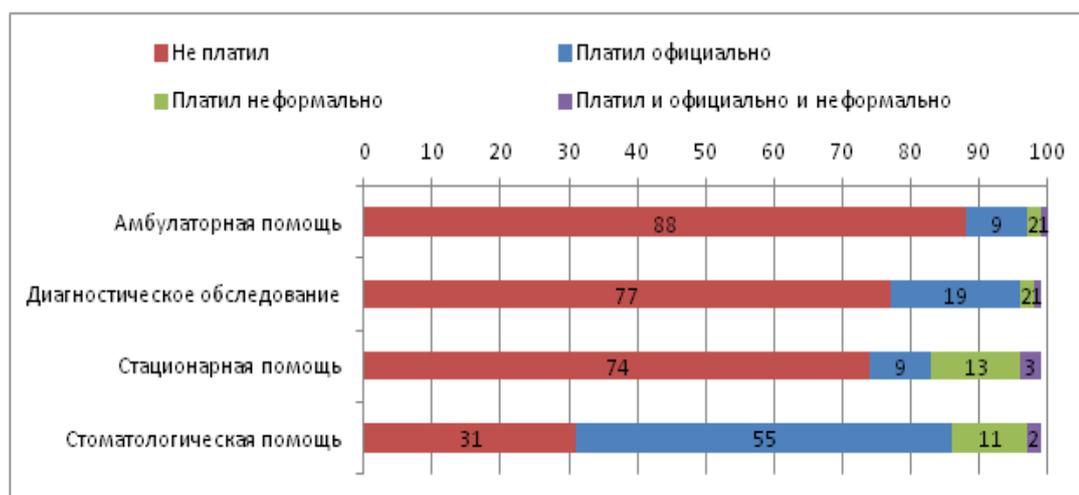


Рисунок А.10 - Оплата медицинской помощи во время последнего посещения (% от всех опрошенных)

Аналогичные данные содержатся в исследовании, проведенном агентством "С-медиа" при методологической поддержке Национальной медицинской палаты: 86,6 % пациентов не платили за медицинскую помощь во время последнего визита (рисунок А.11).

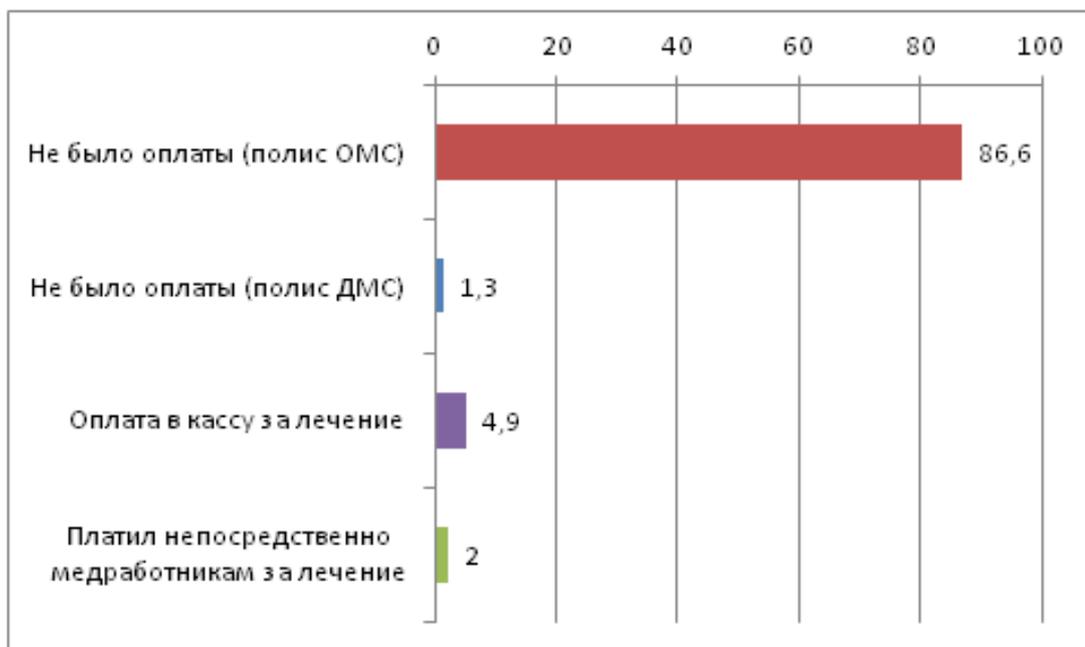


Рисунок А.11 - Оплата медицинской помощи во время последнего посещения медицинских организаций государственной формы собственности (% от всех опрошенных)

При этом если говорить об опыте оплаты в целом, то, по данным ФОМ, 46% такой опыт за последний год имели. При этом доля тех, кто платил официально, увеличилась (рисунок А.12).

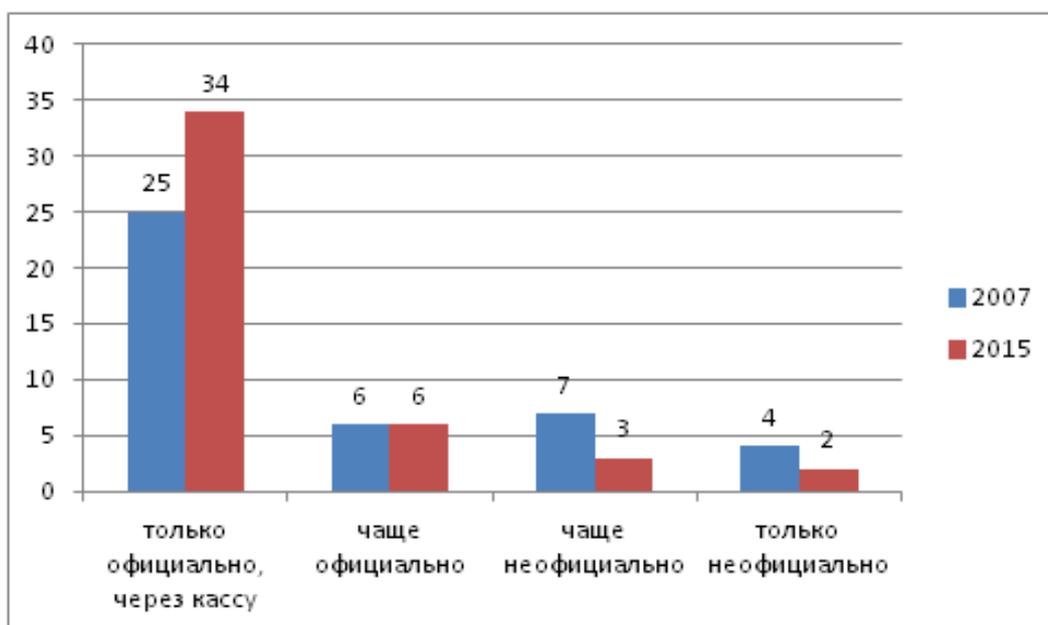


Рисунок А.12 - Оплата медицинской помощи (% от всех опрошенных)

Важно отметить также, что повысилась и самооценка населением своего здоровья. Число оценивающих здоровье хорошо увеличилось с 26% в 2011 году до 38% в 2015, тогда как число оценивающих плохо – снизилось с 22 до 13% (рисунок А.13).

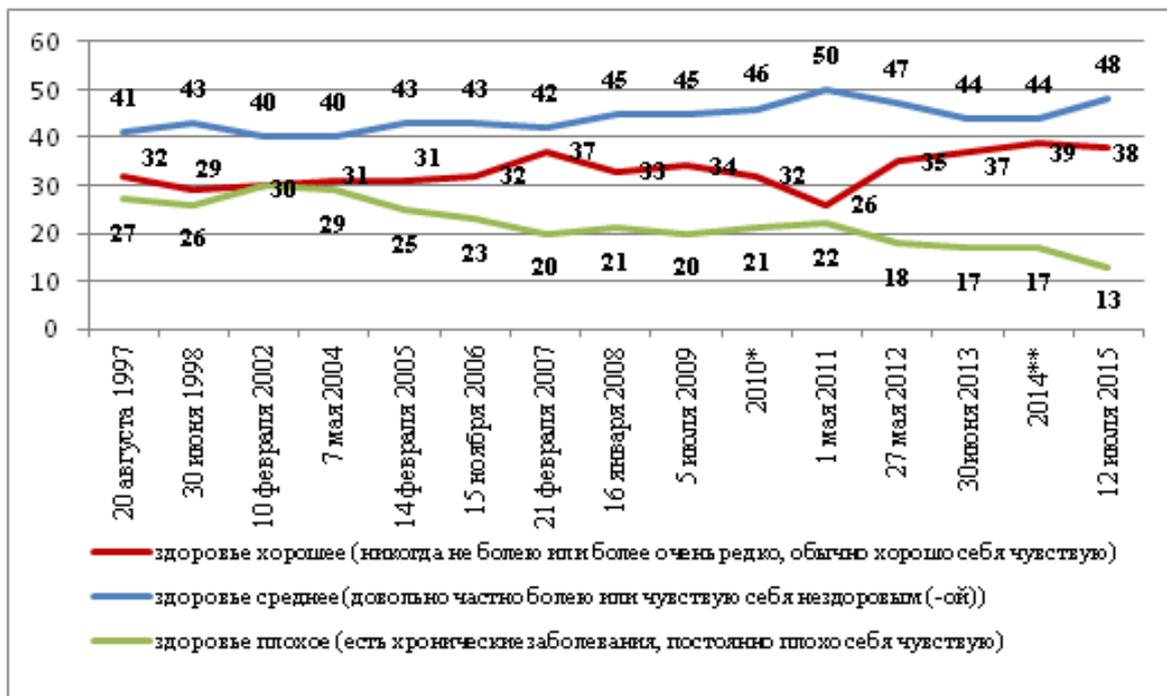


Рисунок А.13 - Самооценка состояния своего здоровья  
(% от всех опрошенных)

На 20% по сравнению с 2008 годом выросло число людей, следящих за своим здоровьем (рисунок А.14).

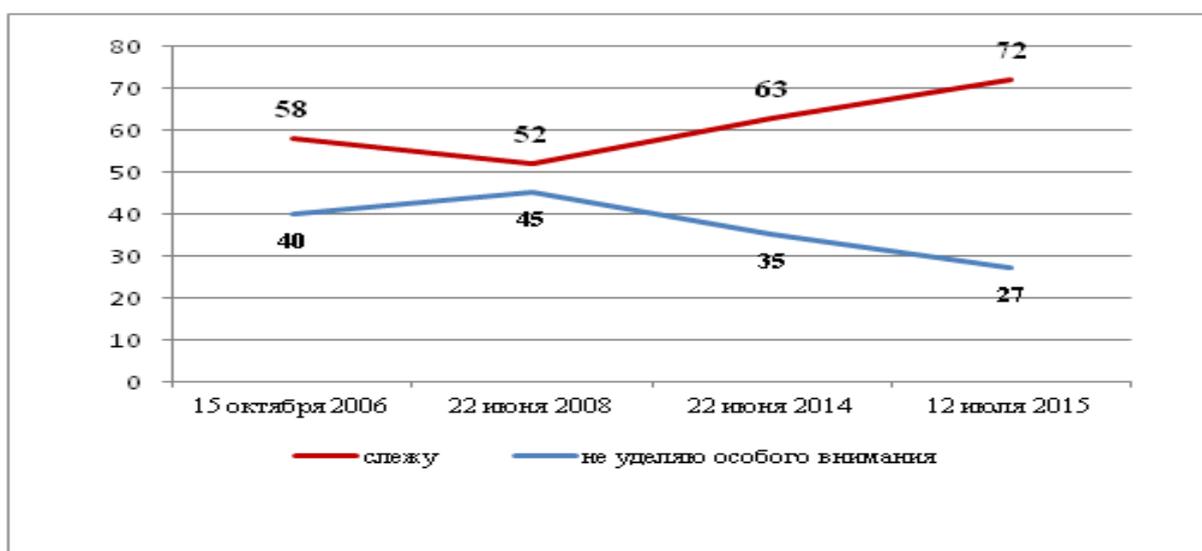


Рисунок А.14 - Доля лиц, ответственных за свое здоровье  
(% от всех опрошенных)

Таким образом, выявлены определенные положительные тенденции в оценке населением системы здравоохранения и оказания медицинской помощи.

Вместе с тем, существующие межрегиональные различия подчеркивают значительные резервы для дальнейшего совершенствования системы. Повышение ответственности россиян за свое здоровье и продолжение предпринимаемых государством мер по повышению качества и доступности медицинской помощи являются надежной основой для дальнейшего увеличения удовлетворенности населения российской медициной.