

УДК 338.465.4  
Кадырова Л. Р.<sup>1</sup>  
Панасюк М. В.<sup>2</sup>

**Оценка влияния уровня медицинского обслуживания на качество жизни населения региона (на примере Республики Татарстан)**

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Российская Федерация, г. Казань  
e-mail: <sup>1</sup>leilia.kadyrova@gmail.com, <sup>2</sup>mp3719@yandex.ru

**Аннотация.** В статье анализируется влияние системы здравоохранения на качество жизни населения в регионе на примере регионов Поволжского федерального округа (ПФО). В работе проанализированы основные показатели состояния здоровья населения, приведен авторский подход к выбору показателей оценки результирующего эффекта деятельности системы здравоохранения и меры его влияния на качество жизни населения в регионах. Приведены результаты разработанной методики оценки влияния уровня медицинского обслуживания на качество жизни населения в регионах ПФО.

**Ключевые слова:** качество жизни, здравоохранение, региональная экономика, региональная социально-экономическая система, оценка влияния здравоохранения, Приволжский федеральный округ, региональное здравоохранение, регион.

### Введение

В современных условиях развития экономики качество жизни является одной из ключевых оценок условий жизнедеятельности населения любого государства. Данная категория имеет важное значение в оценке уровня конкурентоспособности страны на мировом уровне [1]. Качество жизни населения можно представить как интегральную социально-экономическую категорию, представляющую собой результат агрегированного воздействия объективных факторов, отражающих состояние и степень развития социальной, экономической и экологической сфер. Таким образом, качество жизни населения представляется системой, включающей комплекс социально-демографических индикаторов, показателей социальной напряженности, уровня материального благосостояния и степени потребления товаров и услуг, состояния окружающей среды [2; 3].

Уровень качества жизни является не только результатом, но и необходимой предпосылкой и целью экономического роста, что предопределяет задачу повышения качества жизни населения в категорию приоритетных. Таким образом, оценка качества жизни и его повышения для государства и региона становятся приоритетными задачами, а разработка методик для оценки качества жизни и тех факторов, которые оказывают на него влияние, переходят в разряд наиболее актуальных научно-исследовательских задач.

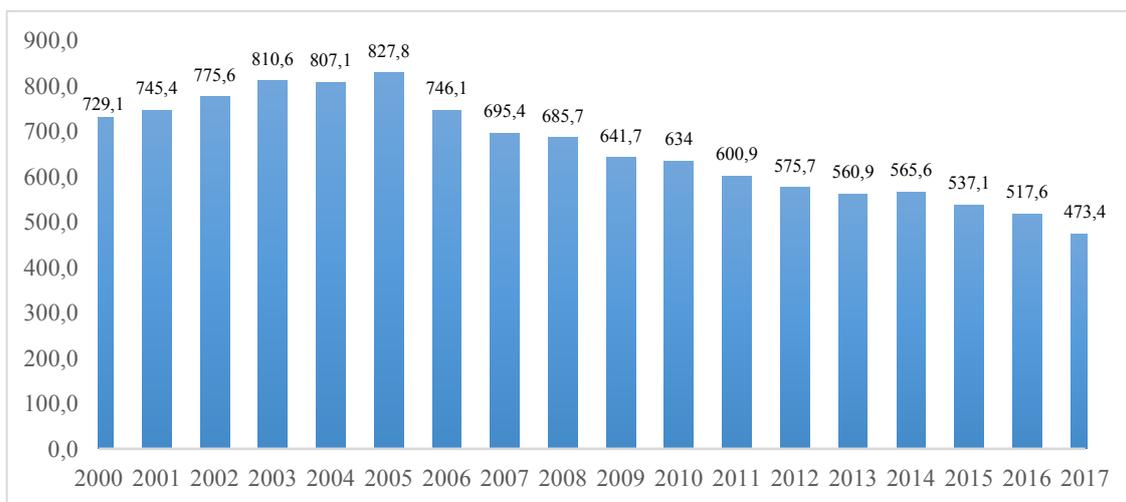
На наш взгляд, одним из наиболее важных индикаторов качества жизни населения было и остается состояние его здоровья и, как следствие, система здравоохранения в целом.

Целью настоящего исследования является разработка авторского подхода к оценке влияния уровня медицинского обслуживания в регионе на качество жизни его населения.

## Материалы и методы

На протяжении многих десятилетий советская государственная модель здравоохранения служила примером для многих развитых стран. К 70-м годам прошлого века черты, присущие государственной модели здравоохранения, утверждаются в странах Северной Европы (Ирландия, Норвегия, Швеция). А в настоящее время государственная система здравоохранения существует в целом ряде как промышленно развитых, так и развивающихся стран (Италия, Греция, Дания, Алжир, Ангола, Эфиопия и т. д.).

Тем не менее уже к концу прошлого века с ростом требований, предъявляемых к системе здравоохранения, с развитием новых дорогостоящих медицинских технологий, отечественная модель здравоохранения стала серьезно уступать американской модели и моделями стран Европы по многим показателям, таким как смертность (в 1,75 раза выше, чем в США), продолжительность жизни (в 1,2 раза ниже, чем во Франции, Германии, Греции) [4]. За последние 10 лет в России наблюдается стабильное улучшение ситуации по показателю коэффициента смертности в трудоспособном возрасте на 100 тыс. чел., однако Россию все еще нелестно называют «чемпионом по смертности в трудоспособном возрасте». Этот показатель в России все еще достаточно высок и по состоянию на 2017 год составляет 473,4 на 100 тысяч человек (рис. 1), тогда как в странах Европы этот коэффициент почти в 2 раза ниже и составляет 259,3 на 100 тысяч человек.



**Рис. 1.** Коэффициенты смертности населения России в трудоспособном возрасте, (на 100 тыс. чел.). Составил автор по: [5]

Несомненно, здравоохранение и система медицинского обслуживания оказывают непосредственное влияние на социально-экономическую систему в регионе, так как здоровье населения – это самый важный индикатор благополучного общества.

Становление рыночных отношений в отечественной системе здравоохранения, формирование рынка медицинских услуг, интенсивно развивающийся процесс коммерциализации отрасли стали одними из основных факторов, которые повлекли за собой ухудшение медико-демографических показателей. Среди них – сокращение численности и средней ожидаемой продолжительности жизни населения (по оценке ВОЗ, в 2017 г. по показателю

продолжительности жизни мужчин (67,5 года), женщин (77,6) Россия находилась на 109-м месте в списке из 183 стран [6]; высокий уровень смертности населения трудоспособного возраста [7]; распространение социально опасных заболеваний, формирующих угрозу деградации личности; высокий уровень младенческой и материнской смертности и др.

Однако по уровню финансирования национального здравоохранения Российская Федерация, по мнению Всемирной организации здравоохранения, относится к группе стран с неприоритетным типом здравоохранения в отличие от других развитых стран [8]. Специфика рынка медицинских услуг такова, что определяющим фактором приобретения той или иной услуги будет уже не цена, а именно качество оказываемой услуги [9; 10]. Качественной медицинской помощью является та помощь, которая обеспечивает лучшие результаты на базе современного уровня знаний и технологий при минимально необходимых тратах на эту помощь [11, с. 3].

Пациенты, потребители медицинских услуг, будут стремиться выбирать наилучшую клинику как в своем регионе, так и за её рубежом. Действительно, на сегодняшний день набирает популярность такая практика предоставления медицинских услуг, как медицинский туризм. По данным ВОЗ россияне все больше предпочитают зарубежные медицинские учреждения [6]. По данным конференции «Медицина – 2012» в 2011 году за пределы РФ выехало более 70 тысяч человек, оплатив медицинские услуги на сумму около миллиарда долларов [12]. Это приводит к оттоку финансовых средств из российской экономики.

Между тем уровень медицинского обслуживания и, следовательно, качество здоровья населения во многом характеризуют степень развития её социально-экономического потенциала. Выступая в качестве интегральной характеристики развития здравоохранения, уровень медицинского обслуживания и качество здоровья населения выражают меру социальной ответственности государства перед своими гражданами.

Рассматривая конкретный регион, стоит отметить, что региональная модель здравоохранения базируется как на экономике данного региона, так и на необходимости формирования социально-экономической инфраструктуры, частью которой и является здравоохранение [13, с. 32].

Кроме экономических, на эффективность деятельности системы здравоохранения рассматриваемого региона влияют следующие факторы:

- окружающая среда, что выражается влиянием качества питьевой воды, состояния почв, продуктов питания, качества атмосферного воздуха, зависящего от интенсивности его загрязнения выбросами вредных веществ от стационарных источников и автомобильного транспорта. Загрязняющие вещества, поступающие в атмосферу, влияют, в первую очередь, на органы дыхания, проникают в кожу и во внутренние органы, то есть способны воздействовать на весь организм человека и одновременно на большое количество населения в круглосуточном режиме [14, с. 24];

- социально-экономические условия, что выражается как в общем экономическом состоянии региона, в уровне личного благосостояния населения республики, их образовании, образе жизни, на который воздействуют стрессы, отношение к курению, алкоголю, питанию, физической активности, режиму работы и отдыха [14, с. 23].

Приведенные факторы влияют на условия проживания населения региона, причем степень влияния их неравномерна в разных административных территориях республики, что требует эффективной системы здравоохранения с учетом данных различий [14, с.94].

В связи с этим представляет интерес исследование территориального распределения факторов среды обитания и показателей здоровья населения и определение их влияния на общий уровень состояния республики.

Многомерный характер человеческой жизни и уникальность каждого человека делают категорию «качество жизни» чрезвычайно сложной. В то же время устройство социально-экономической системы накладывает определенные ограничения на оценку данной категории, в том числе на возможность оценить, как на нее оказывают влияния те или иные факторы окружающей среды.

Качество жизни как самостоятельная категория впервые упоминается в медицинской науке в 70-х годах прошлого столетия под влиянием меняющейся парадигмы здоровья и здравоохранения [15]. Несмотря на то, что в XX веке были получены необычайные результаты в области медицины, система здравоохранения оказалась в кризисе. Это объясняется не только экономическими причинами, но и изменением характера болезни от острой до хронической, причины которой все чаще связаны с образом жизни человека. Новые методы лечения, впечатляющие успехи в медицине и огромные затраты на лечение, по-видимому, напрямую не отразились на положительных эффектах, заметных пациентам.

Соответственно, внимание исследователей, медиков, социологов и экономистов к качеству жизни и влиянию на него системы медицинского обслуживания связано, в частности, с рассмотрением медицинских и немедицинских последствий врачебных манипуляций, с осознанием населением важности своего здоровья и с постепенно меняющимся восприятием своего образа жизни, отказом от вредных привычек и пропагандой здорового образа жизни.

Попытки оценить влияние медицинского обслуживания на качество жизни населения привели к тому, что Г. Шиппер в 1996 г. сформулировал концепцию «качества жизни, связанного со здоровьем» (HRQOL), которая определяет качество жизни как функциональный эффект болезни и ее лечение, воспринимаемое пациентом [16]. HRQOL – это многомерная концепция, охватывающая физические, эмоциональные и социальные компоненты, связанные с болезнью и ее лечением. По мнению экспертов ВОЗ, понятие качества жизни должно включать в себя индивидуальный способ восприятия материальных и нематериальных ресурсов, степени удовлетворенности ими [10; 17]. Качество жизни определяется как восприятие человеком своего положения в жизни в контексте ценностных и культурных систем, в которых они живут, и в отношении ожиданий, стандартов и интересов. В приведенном выше определении рассматривается качество жизни с точки зрения индивидуума.

Ранее исследования качества жизни фокусировались на объективном аспекте, стремясь игнорировать субъективное. Первая включает, помимо прочего, состояние здоровья и социально-экономический статус человека (занятие, семейный доход, свободное время); последний подчеркивает уровень удовлетворенности жизнью, удовлетворение потребностей и участие в социальных структурах.

Оценка уровня влияния медицинского обслуживания на качество жизни должна учитывать широкий спектр факторов, которые не ограничиваются лишь

показателями здоровья населения [18]. Примечательно, что сама концепция качества несет положительные коннотации, равно как и понятие здоровья. С одной стороны, здоровье имеет абсолютную ценность, но оно также имеет инструментальную ценность, то есть позволяет человеку достичь своих целей, а самое главное – улучшить качество жизни. С другой стороны, здоровье – это одна из составляющих многогранной категории «качество жизни», которое можно раскрыть только если учитывать весь спектр социально-экономических параметров жизнедеятельности человека.

Исследователи, изучающие качество жизни, рассматривали объективные факторы в основном, экономисты и статистики определяли качество жизни с точки зрения материального благосостояния, измеряемого количеством товаров и услуг, которые мог себе позволить человек. Социологи и политики рассматривали качество жизни как способ и степень удовлетворения потребностей человека. Поскольку люди по-разному реагируют на изменения в своей среде (практически нет объективных детерминант качества жизни), было принято, что рассмотрение субъективных восприятий должно составлять основу для оценки качества жизни.

На наш взгляд, в полной мере оценить влияние уровня медицинского обслуживания на качество жизни населения в регионе позволит разработанная нами методика. Для оценки уровня влияния медицинского обслуживания на качество жизни населения в регионе используется система, основанная на интегральной оценке социально-экономической, экологической сфер и уровня медицинского обслуживания региона. Таким образом, можно выявить три подсистемы индикаторов.

Первая группа «Медико-экономические параметры» включает 11 показателей:

- количество больничных коек на 1000 человек населения;
- численность населения на 1 больничную койку;
- мощность амбулаторно-поликлинических отделений, количество посещений в смену;
- число врачей всех специальностей;
- количество среднего медицинского персонала;
- заболеваемость на 1000 человек населения по всем классам заболеваний;
- количество инструментальных исследований, проведенных на аппаратах МРТ, КТ, УЗИ, рентген.

Вторая группа «Экономические параметры» включает 3 показателя:

- уровень расходов региона на здравоохранение;
- доходы населения;
- ВРП.

Третья группа «Демографические параметры» включает 6 показателей:

- ожидаемая продолжительность жизни;
- рождаемость;
- смертность в трудоспособном возрасте;
- смертность населения;
- младенческая смертность;
- численность населения.

Для обработки данных по регионам ПФО было проведено нормирование для приведения к интервалу [0; 1] массива данных, на множестве действительных

значений исходных данных с построением частного индекса фактора. Нормирование основано на линейном функциональном преобразовании данных. Выбор способа нормирования связан с тем, что значения переменных плотно и равномерно заполняют интервал, определенный эмпирическим размахом данных.

$$\tilde{x}_{i,j} = \frac{x_{i,j} - x_{minj}}{x_{maxj} - x_{minj}} \quad (1),$$

где  $\tilde{x}_{i,j}$  – нормализованное значение j-го фактора для i-го региона;

$x_{i,j}$  – j-ая координата i-го вектора;

$x_{min,j}$  и  $x_{max,j}$  – соответственно минимальное и максимальное значения j-го фактора по рассматриваемой выборке данных.

На основе полученных нормализованных значений определялся интегральный показатель региона по группам исходных значений факторов с использованием формулы суммы нормированных значений (весов) единичных групповых показателей социального инновационного потенциала региона:

$$IP = \sum_{k=1}^m \sum_{i=1}^n w_k \tilde{x}_{i,k} \quad (2),$$

где IP – матрица интегральных показателей;

$\tilde{x}_{i,k}$  – нормализованное значение k-го фактора для i-го региона;

$w_k$  – показатель значимости (веса) k-ой группы фактора.

### Результаты и обсуждение

Нами представлена динамика интегрального показателя оценки уровня медицинского обслуживания на качество жизни населения в регионах Приволжского федерального округа (табл. 1).

Разработанная методика показывает оценку вклада здравоохранения в качество жизни населения регионов. Иными словами, чем выше коэффициент, тем уровень медицинского обслуживания, качество жизни населения и в целом их влияние на социально-экономическую среду в регионе выше.

Полученная методика позволяет сделать вывод о том, что уровень медицинского обслуживания, качества жизни выше в Республике Татарстан, Нижегородской и Самарской областях.

С нашей точки зрения, на сегодняшний день особенно актуальной задачей является оценка результативности и эффективности системы медицинского обслуживания. Одним из основных ее результатов является повышение не только показателей здоровья населения, но и их качества жизни.

Таблица 1.

**Динамика интегрального показателя оценки уровня медицинского обслуживания на качество жизни населения в регионах ПФО в 2011–2015 гг.**

	ПФО	Респ. Башкортостан	Респ. Марий Эл	Респ. Мордовия	Респ. Татарстан	Удмуртская Респ.	Чувашская Респ.	Пермский край	Кировская область	Нижегородская обл.	Оренбургская обл.	Пензенская область	Самарская область	Саратовская обл.	Ульяновская обл.
2011	4,10	5,18	3,29	4,35	6,85	3,64	3,63	4,27	3,16	5,61	3,62	3,80	5,51	4,86	4,31
2012	4,11	5,44	3,55	4,61	7,11	3,90	3,89	4,54	3,43	5,87	3,89	4,07	5,77	5,13	4,57
2013	4,13	5,47	3,58	4,64	7,14	3,93	3,92	4,56	3,45	5,90	3,91	4,09	5,80	5,15	4,60
2014	4,12	5,45	3,56	4,62	7,12	3,91	3,90	4,55	3,44	5,88	3,90	4,08	5,78	5,14	4,58
2015	4,11	5,42	3,53	4,59	7,09	3,88	3,87	4,52	3,41	5,85	3,87	4,05	5,75	5,11	4,55

*Рассчитано авторами*

**Выводы**

Таким образом, для российского здравоохранения в целом и для регионального в частности в настоящее время особенно актуальной является проблема повышения эффективности организации медицинской помощи населению. В этой связи необходимо найти решения таких задач, как ресурсное обеспечение отрасли и рациональное использование имеющихся ресурсов, развитие альтернативных источников финансирования, создание условий для внедрения современных высокотехнологичных медицинских технологий и т. д. В то же время необходимо развивать методики оценки результативности деятельности компонентов сложной системы здравоохранения.

Необходимость решения этих сложных задач, в свою очередь, требует новых форм, методов и моделей управления всеми звеньями системы здравоохранения и протекающими в ней экономическими процессами, включая создание моделей управления на основе комплексного системного подхода на уровне лечебно-профилактического учреждения, отрасли, территории.

Разработанная авторами методика оценки влияния уровня медицинского обслуживания на качество жизни населения в регионе позволяет оценить результативность деятельности системы здравоохранения по отношению к категории «качество жизни населения» в регионах в зависимости от степени развитости социально-экономических условий среды, уровня расходов на здравоохранение в регионе, выявлять слабые и сильные стороны и потенциально возможные угрозы региональным социально-экономическим системам, а также может служить ядром для прогнозирования регионального развития медицинского обслуживания.

## Литература

1. Гужавина Т. А. Качество жизни в оценках населения региона // Проблемы развития территории. 2016. № 2. С. 98–111.
2. Шейман И. М. Экономика здравоохранения: учеб. пособие / под науч. ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина; Гос. ун-т -Высшая школа экономики. Москва: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. 479 с.
3. Официальный сайт медицинского портала [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2015/08/04/601mortality/>
4. Стенограмма расширенного заседания Комитета Государственной Думы по охране здоровья, 2009. 39 с.
5. Демографический ежегодник России. 2015: Стат. сб. / Росстат. М. 2015. 263 с.
6. Федеральная служба государственной статистики РФ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
7. Вангородская С. А. Тенденции смертности населения трудоспособного возраста в белгородской области в 2000–2013 гг. // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24505>.
8. Колетова Т. О., Фоменко В. В., Сурнина Н. М. Макроэкономические аспекты результативности системы здравоохранения РФ на современном этапе // Конкурентоспособность территорий и предприятий меняющейся России: материалы X Всерос. форума молодых ученых. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2014. Ч. 2. С. 145.
9. Материалы конференции «Медицина – 2012» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://zdrav.medkhv.ru/sites/files/zdrav/docs/2012/ef473074a05852f94885.pdf>.
10. Официальный сайт Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/countries/rus/ru/>.
11. Мониторинг об итогах социально-экономического развития Российской Федерации в 2015 году [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://economy.gov.ru/minec/about/structure/depmacro/2016090201>.
12. Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации. 2016: Стат. сб. / Росстат. Москва, 2016. 671 с.
13. Вялков А. И. Основы региональной политики в здравоохранении. М., 2001. 336 с.
14. Трагекас Э., Лессоф С. Системы здравоохранения: время перемен. Россия [Электронный ресурс] / Трагекас Э., Лессоф С. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. Режим доступа: [http://medspravochnik.ru/view\\_page.php?page=17&ID=34](http://medspravochnik.ru/view_page.php?page=17&ID=34).
15. Шеридан Ц. Л., Рэдмахер С. А. Психология здоровья: Институт Психологии здоровья Польского Психологического Общества, Варшава, 1998. 431 с.
16. Шиппер Г., Клинич Дж., Олвени К. Л. Исследования качества жизни: определения и концептуальные вопросы, Качество жизни и фармакоэкономика в клинических испытаниях // США, Филадельфия. 2006. С. 11–23.
17. WHOQOL: Протокол исследования. Отдел психического здоровья: Женева, 1993. С. 361–374.

18. Русалева Л. Ю. Маркетинговые исследования рынка медицинских услуг // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2005. № 7. С. 61–63.

*Kadyrova L. R.*<sup>1</sup>  
*Panasuyk M. V.*<sup>2</sup>

***Evaluation of the effect of the medical care level on quality of life of the population of the region (on the example of the Republic of Tatarstan)***

Kazan (Volga region) Federal University  
Russian Federation, Republic of Tatarstan, Kazan  
e-mail: <sup>1</sup>leilia.kadyrova@gmail.com; <sup>2</sup>mp3719@yandex.ru

**Abstract.** *The impact of the health care system on the quality of life of the region population on the example of the Privolzhsky Federal District (PFD) is analyzed in the article. The author analyzes the main indicators of the healthcare, gives the author's approach to the choice of indicators for assessing the effect of the healthcare system and measures of its impact on the quality of life of the population in the regions. The results of the developed methodology for assessing the impact of the level of medical care on the quality of life of the population in the PFD regions are presented.*

**Key words:** *quality of life, healthcare, regional economics, regional socio-economic system, healthcare impact assessment, Privolzhsky Federal District, regional healthcare, region*

**References**

1. Guzhavina T. A. Kachestvo zhizni v ocenках naseleniya regiona // Problemy razvitiya territorii. 2016. № 2. С. 98-111 (in Russian).
2. SHEjman I. M. Ekonomika zdavoohraneniya: ucheb. posobie / pod nauch. red. M. G. Kolosnicynoj, I. M. SHEjmana, S. V. SHishkina; Gos. un-t. Vysshaya shkola ekonomiki. M.: Izd. dom GU VSHE, 2008. 479 s. (in Russian).
3. Oficial'nyj sajt medicinskogo portala [Elektronnyj resurs]. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2015/08/04/601mortality/> (in Russian).
4. Stenogramma rasshirennogo zasedaniya Komiteta Gosudarstvennoj Dumy po ohrane zdorov'ya, 2009. 39 s. (in Russian).
5. Demograficheskij ezhegodnik Rossii. 2015: Stat. sb./ Rosstat. Moskva. 2015. 263 s. (in Russian).
6. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki RF [Elektronnyj resurs]. URL: <http://www.gks.ru>. (in Russian).
7. Vangorodskaya S. A. Tendencii smertnosti naseleniya trudosposobnogo vozrasta v belgorodskoj oblasti v 2000-2013 g.g. // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2016. № 3 [Elektronnyj resurs]. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24505> (in Russian).
8. Koletova T. O., Fomenko V. V., Surnina N. M. Makroekonomicheskie aspekty rezul'tativnosti sistemy zdavoohraneniya RF na sovremennom etape // Konkurentosposobnost' territorij i predpriyatij menyayushchejsya Rossii: materialy X Vseros. foruma molodyh uchenyh. Ekaterinburg: Izd-vo Ural. gos. ekon. un-ta, 2014. CH. 2. S. 145 (in Russian).

9. Materialy konferencii «Medicina - 2012» [Elektronnyj resurs]. URL: <http://zdrav.medkhv.ru/sites/files/zdrav/docs/2012/ef473074a05852f94885.pdf> (in Russian).
10. Oficial'nyj sajt Vsemirnoj Organizacii Zdravoohraneniya [Elektronnyj resurs]. URL: <http://www.who.int/countries/rus/ru/> (in Russian).
11. Monitoring ob itogah social'no-ekonomicheskogo razvitiya Rossijskoj Federacii v 2015 godu [Elektronnyj resurs]. URL: <http://economy.gov.ru/minec/about/structure/depmacro/2016090201> (in Russian).
12. Regiony Rossii. Osnovnye harakteristiki sub"ektov Rossijskoj Federacii. 2016: Stat. sb. / Rosstat. M., 2016. 671 s. (in Russian).
13. Vyalkov, A. I., Osnovy regional'noj politiki v zdravoohranenii. M, 2001. 336 s. (in Russian).
14. Tragekas E., Lessof S. Sistemy zdravoohraneniya: vremya peremen. Rossiya [Elektronnyj resurs] / Tragekas E., Lessof S. – Evropejskaya observatoriya po sistemam zdravoohraneniya. [Elektronnyj resurs]. URL: [http://medspravochnik.ru/view\\_page.php?page=17&ID=34](http://medspravochnik.ru/view_page.php?page=17&ID=34) (in Russian).
15. Sheridan C. L., Redmaher S. A. Psihologiya zdorov'ya: Institut Psihologii zdorov'ya Pol'skogo Psihologicheskogo Obshchestva, Varshava, 1998 g. (in Russian).
16. Shipper G., Klinch Dzh., Olveni K. L. Issledovaniya kachestva zhizni: opredeleniya i konceptual'nye voprosy, Kachestvo zhizni i farmakoeconomika v klinicheskikh ispytaniyah // SSHA, Filadel'fiya. 2006. S.11-23 (in Russian).
17. WHOQOL: Protokol issledovaniya. Otdel psihicheskogo zdorov'ya: ZHeneva, 1993. S. 361-374 (in Russian).
18. Rusaleva, L. YU. Marketingovye issledovaniya rynka medicinskih uslug // Voprosy ekonomiki i upravleniya dlya rukovoditelej zdravoohraneniya. 2005. №7. S. 61-63 (in Russian).

*Поступила в редакцию 11.06.2018 г.*