Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

На правах рукописи

Москалева Наталья Борисовна

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОТРАНСПОРТА

Специальность 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами: сфера услуг)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание учёной степени доктора экономических наук

Научный консультант:
д.э.н., профессор Храпылина
Любовь Петровна

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 5

ГЛАВА 1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОТРАНСПОРТА 40

1.1. Теоретические основы оценки качества социальных услуг с использованием автотранспорта 40

1.2. Методология исследования, оценки и повышения качества социальных услуг, оказываемых с использованием автотранспорта 65

1.3. Концепция механизма повышения качества социальной услуги - перевозки населения автомобильным транспортом 74

Выводы по главе 1: 96

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ УСЛУГИ «СОЦИАЛЬНОЕ ТАКСИ» ДЛЯ ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ 98

2.1. Услуга «Социальное такси» как способ удовлетворения особых потребностей отдельных категорий населения в перевозке автомобильным транспортом 98

2.2. Методика оценки уровня качества услуги «Социальное такси» в субъектах Российской Федерации по разработанным показателям 105

2.3. Концепция управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъектах Российской Федерации 140

Выводы по главе 2: 159

ГЛАВА 3. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ УСЛУГ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРЕВОЗОК ТУРИСТОВ АВТОМОБИЛЬНЫМ ТРАНСПОРТОМ 162

3.1. Алгоритм оптимального выбора автоперевозчика туроператором, турагентом 162

3.2. Перспективные способы повышения качества предоставления туристских услуг с использованием автотранспорта 171

3.2.1. Совершенствование договора с автоперевозчиком и мониторинга качества перевозки туристов 171

3.2.2. Инструменты повышения качества обслуживания туристов при трансфере и экскурсиях с использованием автотранспорта 186

3.3. Обеспечение качества услуг туристам при их автоперевозке в особых условиях 195

3.3.1. Особенности обслуживания туристов в дальних перевозках 195

3.3.2. Обеспечение качества услуг туристам при их автоперевозке в экстремальных погодных условиях 208

Выводы по главе 3: 215

ГЛАВА 4. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РОСТУ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ ПУТЁМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВОДИТЕЛЕЙ 218

4.1. Квалификация водителей – ключевой фактор в обеспечении качества социальных услуг при автотранспортном обеспечении населения 218

4.2. Предложения по совершенствованию процесса управления повышением квалификации водителей автотранспортных средств 230

4.3. Методика повышения качества социальных услуг при автотранспортном обеспечении населения путём мониторинга квалификации водителей транспортных средств (ТС) и технического состояния ТС при автоперевозках населения (включая туристов) 251

Выводы по главе 4: 275

ГЛАВА 5. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ОКАЗЫВАЕМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАНСПОРТА 279

5.1. Характеристика медицинских услуг, предоставляемых населению с помощью автотранспорта, системность оценки их качества 279

5.2. Основные показатели качества медицинской помощи жителям отдалённых и малочисленных сельских поселений, населению, работающему или отдыхающему в труднодоступных местах 284

5.3. Системный анализ и методика оценки качества медицинской помощи населению, оказываемой с применением автотранспорта 298

Выводы по главе 5: 369

ГЛАВА 6. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ АВТОМОБИЛЬНЫХ ДОРОГ И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА КАЧЕСТВО СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ 371

6.1. Методика оценки состояния отечественных дорог по разработанным критериям качества 371

6.2. Принципы и методы повышения социально-экономической эффективности и качества услуг социальной направленности населению путём улучшения состояния автомобильных дорог 385

6.3. Реализация дорожных проектов на условиях государственно-частного, муниципально-частного партнёрства как способ динамичного повышения качества социальных услуг населению 408

Выводы по главе 6: 423

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ 427

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 432

СПИСОК ТЕРМИНОВ 434

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 440

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 473

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 478

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 479

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Подтверждением актуальности решения проблем, касающихся социальных услуг, предоставляемых отдельным категориям населения с использованием автотранспорта, исследуемых в диссертации служит ряд многоаспектных аргументов. Среди них отметим наиболее значимые.

При необходимости получить ту или иную социальную услугу, которая реализуется в учреждении, территориально удаленном от места проживания человека, получатель услуги должен воспользоваться автотранспортным обслуживанием. В ряде субъектов РФ в этом деле значительные трудности испытывают инвалиды, другие маломобильные категории населения (особенно проживающие в отдалённых, труднодоступных сельских населенных пунктах). Данное обстоятельство обусловлено следующим: нехваткой автотранспорта, неприспособленностью автобусов для посадки инвалидов-колясочников (удельный вес автобусов, приспособленных для посадки составляет всего 11,2%), низким уровнем охвата услугой службы «Социальное такси» для маломобильных инвалидов – 16% в целом по стране.

Подтверждением неблагополучного оказания социальных услуг отдельным категориям населения с применением автотранспорта является низкое качество отечественных автомобильных дорог, особенно регионального и местного значения. Это важный фактор негативного влияния на все виды услуг с использованием автотранспорта. От 58,5% до 64% автодорог регионального значения в течение длительного времени не соответствуют нормативным требованиям. Почти треть сельских населённых пунктов – 29,6% – не имеют дорог с твёрдым покрытием, и в результате более 10% населения страны – 15 млн. человек [35] – в весенне-осеннюю распутицу, в условиях снежных заносов зимой остаются отрезанными от «большой земли», лишёнными каких-либо услуг, предоставляемых с помощью автотранспорта. Для маломобильных категорий

населения указанные проблемы становятся барьером для получения любых социальных услуг, в том числе касающихся их здоровья.

Рекреация, как способ здоровьясбережения, повышения жизненных сил и оптимизма, восстановления трудоспособности в период отпусков для многих людей связаны с туризмом. Обеспечение эффективности управления качеством автоперевозок туристов – одного из исследуемых в настоящей диссертационной работе видов социальных услуг (трансфер, поездки дальней протяжённости, автобусные экскурсии и др.) – важная задача для автоперевозчиков, туроператоров, турагентов. Особо обратим внимание на то, что на практике в этой области много организационно-управленческих упущений, имеет место некое самоустрание многих туроператоров, турагентов от деятельности по обеспечению должной комфортности, безопасности, являющихся доминантными составляющими качества поездки туристов. Эти лица неправомерно перекладывают свою ответственность на автоперевозчика, вопреки тому, что согласно статье 9 Федерального закона от 2 марта 2016 г. № 49-ФЗ [8] по договору о реализации туристского продукта туроператор (турагент) несёт ответственность «за неоказание или ненадлежащее оказание туристу и (или) иному заказчику услуг, входящих в туристский продукт, независимо от того, кем должны были оказываться или оказывались эти услуги». Отсутствие озабоченности, должного контроля со стороны туроператоров, турагентов за действиями привлекаемых автоперевозчиков, зарубежных и отечественных турфирм в процессе доставки туристов автотранспортом приводит к возникновению происшествий, существенно снижающих качество обслуживания клиентов.

Неудовлетворённость пассажиров поездками в автотранспорте вызывают дорожно-транспортные происшествия. По официальной статистике, ежегодно в ДТП погибает 18-19 тысяч россиян, получают травмы разной степени тяжести – около 215 тысяч. Установлено, 80-90% дорожно-транспортных происшествий происходит из-за нарушений Правил дорожного движения (ПДД) водителями, то есть в большинстве ДТП преобладает так называемый человеческий фактор.

Однако институционально действующие наказания незаконопослушных водителей за грубые нарушения ПДД не дают желаемых результатов: ежегодно число погибших и раненых в ДТП снижается медленно.

Весомым подтверждением актуальности темы исследования служат упущения и недостатки в предоставлении своевременной, полноценной медицинской помощи с использованием автотранспорта (включая скорую медпомощь) жителям отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений; населению, работающему вдали от населённых пунктов (сельскохозяйственные работники; персонал лесозаготовок, прибрежной ловли рыбы; работники рудников, приисков и др.). Одним из подтверждений актуальности в мобильной медицинской помощи указанной категории населения могут служить данные Росстата о росте убыли населения сельской местности: естественная убыль в 2010 году составила 81727 человек, в 2015 г. – 61354 человека, в 2016 г. – 73933 человека, в 2017 г. – 95110 человек, в 2018 г. – 112094 человека, в 2019 г. – 130920 человек, в 2020 г. – 213186 человек.

Комплексная оценка качества социальных услуг, предоставляемых отдельным категориям населения с использованием автотранспорта, отсутствует и требует нового методологического обеспечения. Это актуализирует системное исследование, разработку теоретико-методологических основ управления динамическим ростом уровня качества услуг населению с использованием автотранспорта и принятие эффективных практических мер, с акцентированием на специфику потребностей отдельных категорий населения.

Актуальность и своевременность исследования подтверждается тем, что проблематика исследования согласуется с приоритетными направлениями деятельности, обозначенными в майских Указах Президента Российской Федерации от 2018 и 2019 гг., положениями реализуемых в настоящее время федеральных целевых и государственных программ «Повышение безопасности дорожного движения», «Доступная среда», «Развитие здравоохранения», «Устойчивое развитие сельских территорий».

Степень разработанности научной проблемы. Вопросы генезиса социальных услуг населению нашли изначальное отражение в *теории социального государства*. Идеи социального государства научно обоснованы в работах таких зарубежных ученых, как Лоренц фон Штайн [288], В. Беверидж [236], Э. Форстхофф [253].

В числе отечественных учёных следует отметить Г.А. Ахинова [61], М.В. Баглая [66], Н.Н. Гриценко [95], Е.В. Егорова [107], Е.Н. Жильцова [109], С.В Калашникова [116]. Идеи социального государства стали широко признанными в ряде стран с соответствующим отражением в их конституциях. В странах мира исторически складывались разные модели социальных государств. Помимо общих закономерностей каждое из социальных государств имеет свои индивидуальные особенности. В научной работе С.В. Калашникова [116] теоретические основы зарождения и развития социального государства оптимально представлены в виде следующих этапов:

«…- 1-й этап (с 70-х годов XIX в. до 30-х годов XX в.) – социалистический;

- 2-й этап (с 30-х годов XX в. до конца 40-х годов) – правового социального государства;

- 3-й этап (с конца 40-х годов по 60-е годы XX в.) – государство социальных услуг;

- 4-й этап (с конца 50-х годов до середины 80-х) – государство всеобщего благоденствия;

- 5-й этап (с начала 80-х по середину 90-х) – диструкции и кризиса государства всеобщего благоденствия;

- 6-й этап (с середины 90-х годов XX в. по настоящее время) – либеральное социальное государство» [116, с. 80].

Все перечисленные этапы отражают как изменение социальных функций государства, так и разные исторические периоды, теоретическую сущность понятия «социальное государство». Применительно к теме диссертации возможно выделение 3-го и 4-го этапов. При этом не будет ошибочным утверждение о том,

что 4-й этап по своей значимости, содержанию может включать и 3-й этап развития социального государства.

Теория государства всеобщего благоденствия (по несколько иной типологии – государства благосостояния) предусматривает государство, сущностью деятельности которого является улучшение жизни всех его граждан. Доминантным постулатом государства всеобщего благоденствия является наделение граждан социальными правами и возложение на себя социальной ответственности. По сравнению с более ранним историческим периодом государство взяло на себя обязанности социальной поддержки членов общества, организовало системы социального обеспечения и социальной защиты граждан. Ведущими исследователями теории государства всеобщего благоденствия (государства благосостояния) следует назвать зарубежных и отечественных учёных А. Маршалла, А. Пигу [164, 165], Коста Эспин-Андерсона [250], Дж. М. Кейнса [119], Т. Тилтона [255], Н. Ферниса [255], В.П. Милецкого [149], В.А. Торлопова [203].

Заметную роль в исследовании развития услуг населению, социальной инфраструктуры в целом в европейских странах играет концепция центральных мест, разработанная В. Кристаллером [202], и получившая развитие в работах А. Леша и М. Бекмана [129] основой их подходов является взаимосвязь и взаимодополняемость в предоставлении разноплановых услуг в рамках социальной инфраструктуры разного иерархического уровня центральных мест, то есть городов и сельских поселений. В их работах представлены и иные модели обеспечения доступности социальных услуг с учетом наилучшего выбора мест расположения объектов, в которых такие услуги предоставляются.

Проблема повышения качества социальных услуг населению, исследуемых в диссертации, методы предупреждения воздействия негативных факторов, которые в той или иной степени имеют отношение к исследованию, нашли отражение в прошлых и современных научных работах отечественных авторов: Г.А. Ахинова [63], А.М. Бабича [65], М.Б. Биржакова [73], М.Я. Блинкина [74], Н.А. Волгина [126], Л.А. Габуевой [85; 87], Г.И. Галановой [88], Е.В. Егорова

[106; 107], Е.Н. Жильцова [107; 109], С.В. Калашникова [115; 116], В.И. Кушлина [126], А.М. Марголина [133; 134], В.А. Мау [139; 140], Г.А. Маховиковой [141], Б.Н. Порфирьева [172], П.Л. Селезнёва [184], И.Ф. Ефимовой [135], В.И. Стародубова [193], М.В. Ткаченко [148], Г.Э. Улумбековой [195], В.М. Филиппова [207], Л.П. Храпылиной [211; 213], Н.Г. Шамшуриной [215; 217], А.И. Щербакова [187] и других.

В числе зарубежных учёных, работы которых соотносятся с развитием теоретических аспектов, связанных с решением вопросов оказания медицинской помощи населению с применением автотранспорта; дальних перевозок, экскурсий, трансфера туристов автотранспортом; поведения водителей как важнейшего фактора обеспечения качества автоперевозок пассажиров следует отметить: Takayama M. [292], Pape R. [278], Christopher Holloway J. [210], Neil Taylor [210], Halkias John [259], Schauer Michael [259], Kirshfink H. [265], Hernandez J. [265], Gal-Tzur A. [256; 285], Zhong-Ren Peng [302], Edward Beimborn [302], Berwick D.M. [237], Albalate D. [225], Eboli L. [248].

Неизученным аспектом проблемы повышения качества социальных услуг, оказываемых с помощью автотранспорта, является отсутствие познания глубинных, особо важных причин медленного роста уровня качества изучаемых в диссертации услуг населению. В научных работах авторов, представляющих разнообразные подходы к определению причин имеющихся недостатков в сфере исследуемых услуг населению и его отдельным категориям, при этом не уделяется соответствующего внимания организационно-управленческим аспектам.

В нынешних реальных условиях характерна научная неосвещенность в масштабе страны проблем внедрения и развития услуги «Социальное такси». В работах И.Б. Ахуновой, Г.А. Гук [64], Д.А. Кораблёвой, Н.М. Полевой [124] отмечается, что такая услуга особо востребованная инвалидами с дефектами опорно-двигательной системы, с нарушением сенсорных функций (слепыми, слабослышащими) другими маломобильными категориями населения. Авторы обращают внимание на то, что во многих российских регионах данная услуга

развита слабо, а в некоторых она вообще не предоставляется, что противоречит положениям и ключевым мероприятиям государственной программы «Доступная среда».

В научных трудах (указаны в параграфе 6.3 диссертации) не нашёл отражения анализ причин нестабильного внедрения дорожных проектов строительства (реконструкции), эксплуатации автомобильных дорог межмуниципального, местного значения и дорожных объектов (путепроводы, объекты дорожного сервиса и др.) на условиях государственно-частного партнёрства (ГЧП) и муниципально-частного партнёрства (МЧП), благодаря чему решается проблема финансирования дорог с привлечением частного капитала и ускоренного роста протяжённости, качества дорог.

В работах отечественных и зарубежных авторов (М.Б. Биржаков [73], Н.П. Казаков [73], Л.В. Баумгартен [70], Холловей Дж. Кристофер [210], Тейлор Н. [210]), в той или иной степени содержащих описание процессов транспортирования туристов, отсутствуют рекомендации по оптимальному управлению последовательностью выбора наиболее подходящего автоперевозчика по определённым критериям, контроля качества предоставляемых им услуг. Лишь частично акцентируется внимание туроператоров, турагентов, автоперевозчиков на особенностях создания комфортной обстановки клиентам в период дальних поездок, в экстремальных погодных условиях. Российскими авторами не подчёркивается необходимость мониторинга зарубежных турфирм в части обеспечения безопасности российских туристов, отсутствие которого приводит к дорожно-транспортным происшествиям с тяжкими последствиями по вине водителей принимающих турфирм.

Анализ опасной для окружающих недисциплинированности водителей, выявление категории водителей с систематически неадекватными действиями за рулём, исследование природы их низкой квалификации предметно не ведётся. Как следствие, предлагаемые и реализуемые меры по формированию

законопослушного поведения водителей приводят к неоправданным затратам денежных средств, потере времени, не давая ожидаемых позитивных результатов.

Не проявляются признаки внимания научного сообщества и специалистов к исследованию ключевой причины низкого качества медицинской помощи, предоставляемой с использованием автотранспорта – недостаточной управленческой компетентности многих руководителей учреждений здравоохранения, касательно этого вида деятельности.

Цель и задачи исследования. Целью исследования являлось развитие теоретических основ и разработка методического обеспечения управления повышением качества социальных услуг, с использованием автотранспорта.

Поставленные **задачи**, решение которых обеспечило достижение цели исследования, следующие:

1. Подтверждение целесообразности содержательного дополнения теории социального государства, связанного с расширением теории в части изложения вопросов генезиса социальных услуг населению.

2. Разработка методологии исследования, заключающейся в определении принципов, подходов в проведении исследовательских функций, выборе научных методов полноценного анализа качества социальных услуг, обеспечивающих получение достоверных результатов. Методология должна также содержать диагностирование и всесторонний анализ факторов, определяющих устойчивое влияние на качество социальных услуг населению, выделение ключевых факторов – с исследованием их индивидуального и совместного проявления, а также ранжированием степени воздействия.

3. Определение видов социальных услуг с использованием автотранспорта, требующих всестороннего исследования и анализ современных проблем, препятствующих развитию и повышению их качества.

4. Формирование и представление к реализации Концепции управления качеством услуги «Социальное такси» для отдельных категорий населения в субъектах Российской Федерации на основе авторского исследования.

5. Разработка метода управления реализацией дорожных проектов на условиях ГЧП, МЧП с привлечением частных инвестиций, обеспечивающих динамичный рост протяжённости дорог межмуниципального, местного значения и повышающих качество исследуемых социальных услуг. Уточнение показателей оценки реального качества разного типа дорог.

6. Представление и обоснование предложений по: оптимизации алгоритма поиска и выбора автоперевозчика туроператорами (турагентами) по обоснованным критериям; контролю полноценности оказания услуг туристам в процессе перевозки.

7. Разработка методических рекомендаций по повышению качества деятельности, связанной с подготовкой турфирмы, автоперевозчика, туристов к дальней поездке и обслуживанию туристов в процессе дальней перевозки. Подготовка методических рекомендаций по обеспечению качества перевозки туристов в экстремальных погодных условиях.

8. Определение и научное обоснование ключевых индикаторов, позволяющих всесторонне характеризовать уровень качества медицинской помощи населению, предоставляемой с использованием автотранспорта.

9. Разработка и практическая апробация методики периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения, проживающего и/или работающего в отдалённых труднодоступных местах.

10. Формулирование новых положений для их закрепления в нормативно-правовых актах, по вопросам укомплектования медицинских организаций, станций скорой помощи, мобильно обслуживающих сельское население, квалифицированными медицинскими кадрами, молодыми специалистами, их мотивированию и закреплению.

11. Подготовка и обеспечение внедрения методики повышения качества социальных услуг населению с использованием автотранспорта путём мониторинга уровня квалификации водителей и технического состояния

транспортных средств (ТС) при автоперевозках отдельных категорий населения (включая туристов). Выработка научно обоснованных предложений по внедрению эффективных инструментов формирования компетентностного поведения водителей.

Объектом исследования являются механизм и процессы управления повышением качества социальных услуг, предоставляемых с использованием автотранспорта.

Предмет исследования – организационно-экономические отношения, возникающие в процессе управления повышением качества социальных услуг, предоставляемых с использованием автотранспорта, а также ключевые факторы, постоянно проявляемые при оказании исследуемых услуг населению, анализ и эффективное управление которыми играют фундаментальную роль в решении поставленных задач исследования.

Теоретическая и методологическая основа исследования. Теоретическую основу исследования составили научные труды отечественных и зарубежных авторов, в которых исследуются вопросы управления качеством социальных услуг населению в целом и в частности, предоставляемых с применение автотранспорта. Анализ научных публикаций позволил выявить современные дискуссионные воззрения на: проблемы внедрения, эффективного развития услуги «Социальное такси» инвалидам, другим маломобильным категориям населения; повышение качества автоперевозок населения, включая трансфер, экскурсии, дальние перевозки туристов; способы достижения динамичного роста экономики регионов, страны в целом в контексте обеспечения необходимого финансирования строительства новых и ремонта имеющихся автомобильных дорог с использованием прогрессивных форм софинансирования – ГЧП, МЧП, а также повышения качества медицинской помощи населению с использованием автотранспорта; проблемы снижения смертности и травмирования россиян в дорожно-транспортных происшествиях.

Методологической базой исследования являются использованные принципы, концепции, выбранные методы проведения анализа уровня качества каждого вида изучаемых социальных услуг, обеспечивающие получение репрезентативных, объективных результатов. Методы исследования, применённые в диссертации: методы предварительного анализа, апостериорного анализа на основании опыта, имеющихся данных; метод системного анализа проблем и процессов; система KPI (key performance indicators – ключевых индикаторов исполнения, деятельности); метод практического наблюдения и обобщений; метод сравнений и аналогий; факторный анализ и Парето-анализ.

Информационная база исследования сформирована из следующих источников:

- научные источники в виде научных статей, монографий, научных докладов на конференциях, семинарах, результаты исследований, опубликованные в профильных научных российских и зарубежных периодических изданиях, в Интернете;

- официальные нормативно-правовые документы в виде Федеральных законов Российской Федерации, Указов Президента Российской Федерации, постановлений и распоряжений Правительства Российской Федерации, государственных и федеральных целевых программ, инструкций, регламентов; международных нормативно-правовых актов в виде стратегий, программ;

- государственные статистические источники, ведомственные статистические данные, зарубежные статистические материалы.

Обоснованность и достоверность результатов исследования. Обоснованность результатов исследования заключается в выборе неизученных проблем, касающихся социальных услуг отдельным категориям населения, предоставляемых с использованием автотранспорта, и проведении их углубленного исследования путем всестороннего анализа и выработки способов их решения. К примеру, в масштабе всей страны, а не отдельно взятого субъекта РФ выполнен комплексный анализ состояния развития и качества предоставления услуг службой «Социальное такси», разработан и представлен в авторской

Концепции (параграф 2.3 главы 2) комплекс мер по динамичному росту качества услуги. Выдвинута, подтверждена аргументами и практическим внедрением необходимость широкого применения эффективного научно-практического метода одновременной реализации нескольких дорожных проектов на условиях ГЧП или МЧП с разным уровнем инвестиционной привлекательности при строительстве, ремонте автодорог местного и межмуниципального значения (для федеральных и региональных дорог проекты на условиях ГЧП – устоявшийся способ), возведении объектов дорожного сервиса, путепроводов, других социально-значимых объектов. Обоснованность результатов исследования подтверждается и верифицированной, адресно внедренной «Методикой периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения проживающего и/или работающего в отдалённых труднодоступных местах» (Приложение 1 к диссертации), которая способствует решению ряда задач в сферах здравоохранения, экономики, поставленных в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 [10].

Достоверность результатов исследования подтверждается использованием проверенных данных по фактическому состоянию уровня качества исследованных услуг: степени участия туроператоров в обеспечении качества процесса перевозки туристов автотранспортом (перекладывании ответственности за качество на автоперевозчика); доказанной неэффективности административных мер, принимаемых к злостным нарушителям Правил дорожного движения, провоцирующим ДТП с неблагоприятными последствиями и др. Достоверность результатов исследования также подтверждается верификацией и внедрением в масштабе организации результатов исследования, приведенных в разделе «Апробация и реализация результатов исследования» Введения.

Научная новизна результатов исследования заключается в решении комплекса актуальных проблем, имеющем научное и практическое значение для повышения качества социальных услуг отдельным категориям населения, предоставляемых с использованием автомобильного транспорта. В соответствии с

поставленными в исследовании задачами разработаны, обоснованы следующие положения научной новизны:

1. Содержательно дополнена теория социального государства в части изложения генезиса социальных услуг, в том числе предоставляемых с использованием автотранспорта. Социальные услуги населению являются неотъемлемой частью обязательств и деятельности социального государства, они эволюционно преобразуются на каждом этапе его трансформации. Раскрыта роль автотранспортного сектора в формировании современной модели реализации социальных услуг. Данный сектор обеспечивает ускоренный рост доступности различных социальных услуг населению, способствует повышению качества услуг и обслуживания, связанного с ними, позитивно влияет на устойчивое развитие социальных функций государства.

2. Разработана методология комплексного исследования качества социальных услуг, заключающаяся в определении принципов, подходов в проведении исследовательских действий, выборе научных методов анализа качества исследуемых услуг. В методологии использован системный подход, предусматривающий всестороннее изучение показателей качества социальных услуг, оказываемых с использованием автомобильного транспорта, и анализе факторов влияния на них. Для выделения ключевых показателей качества и наиболее значимых факторов влияния, их ранжирования, определения весомости использован метод Парето-анализа множества альтернатив в сочетании с системой KPI. Для более глубокого изучения каждой исследуемой услуги, выработки эффективных мер по снижению негативного влияния факторов, в составе методологии разработаны авторские концепция, методики, принципы и методы расчетов. Указанный подход к проведению исследования обеспечивает возможность получения достоверных и научно обоснованных результатов.

3. Систематизированы виды социальных услуг населению с использованием автомобильного транспорта с акцентированием внимания на те из них, которые имеют невысокий уровень качества в течение продолжительного

периода времени или недостаточную степень развития. В числе таких услуг выделены следующие:

а) Перевозки населения автомобильным транспортом с учетом специальных потребностей отдельных категорий населения;

б) Услуга службы «Социальное такси», предоставляемая инвалидам и другим маломобильным категориям населения;

в) Перевозки туристов автомобильным транспортом (трансфер, экскурсии с использованием автобусов и микроавтобусов, дальние перевозки туристов);

г) Организация оказания медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения, проживающего в отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселениях и/или работающему, совершающему кратковременный отдых в отдалённых, труднодоступных местах, а также эвакуация граждан, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) на труднодоступных, безлюдных участках автомобильных дорог;

д) Мобильные медицинские комплексы в населённых пунктах с численностью жителей менее 100 человек;

е) Мобильная патронажная служба.

4. Разработана Концепция развития механизма управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъектах Российской Федерации до 2030 года – на основе впервые выполненного системного анализа качества данной услуги с обобщением результатов в целом по стране по сформированным автором показателям качества. Её основные положения заключаются:

- в институциональном закреплении единого для всех субъектов РФ состава льготной категории граждан, обладающих правом обязательного получения услуги «Социальное такси» бесплатно;

- в управлении ростом численности льготной категории граждан, получающих услугу «Социальное такси», с доведением до стопроцентного охвата;

- в обеспечении полноценного финансирования развития службы «Социальное такси» на условиях софинансирования из федерального бюджета и бюджетов РФ;

- в нормативно-правовом исключении действующих в отдельных субъектах РФ ограничений пользования услугой «Социальное такси» (по продолжительности поездки и дальности поездки в пределах территорий региона, оплата времени ожидания пользователя услуги, по количеству предоставляемых услуг гражданину льготной категории);

- в создании информационно-телекоммуникационной системы высокоскоростной передачи данных в Минтруд России по периодической независимой экспертной оценке деятельности службы «Социальное такси» в каждом субъекте РФ и др.

Практическое применение концепции обеспечивает решение задачи равного доступа к автотранспортным перевозкам инвалидов, других маломобильных групп населения, в том числе нуждающихся в посторонней помощи, а также к объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности, согласно государственной программе «Доступная среда».

5. Предложен к внедрению метод управления реализацией дорожных проектов на условиях государственно-частного партнёрства (ГЧП) и муниципально-частного партнёрства (МЧП) применительно к строительству, ремонту автомобильных дорог местного и межмуниципального значения. Предложенный метод отличается тем, что вместо неэффективного принципа финансирования дорожных проектов исключительно из регионального, муниципального бюджетов, приводящего к ограниченному несвоевременному строительству и неполноценному ремонту дорог, применяется матрица софинансирования работ в рамках ГЧП и МЧП с превалированием затрат частного инвестора. Инвестиционная привлекательность данного метода достигается путём одновременной реализации нескольких дорожных проектов на условиях ГЧП, МЧП: строительство автомобильной дороги без платных участков, возведение платного путепровода (моста через железнодорожные пути),

обеспечение строящейся автодороги объектами дорожного сервиса (ОДС), другими социально значимыми объектами, в которых, заинтересованы публичный и частный партнёры. Определены показатели для оценки качества отечественных автомобильных дорог, в том числе: соответствие дороги установленным техническим требованиям; наличие современных светофорных устройств; степень развития придорожного сервиса; оснащённость дороги ограждениями в местах разделения встречных потоков транспорта и внешними ограждениями; обустройство дороги путепроводами в местах пересечения с железнодорожными путями, минимизация наземных железнодорожных переездов; организация подвижной технической помощи на дороге, создание стационарной техпомощи; качество наземных, надземных пешеходных переходов и подземных переходов; современное оснащение остановок транспортных средств – мест посадки пассажиров; информационное обеспечение водителей на трассе; пропускная способность дороги; освещение проезжей части дороги; своевременность и полноценность ремонта дороги. При этом для автодорог местного значения, используя принцип Парето в сочетании с апостериорным анализом, выделены пять наиболее значимых показателей качества с определением их весомости по системе KPI и расчетом индекса результативности достижения целевых значений показателей.

6. Представлены рекомендации по поиску и выбору туроператорами, турагентами автоперевозчика туристов по разработанным в диссертации показателям. Сформирован инструментарий выбора основных требований по обеспечению качества автоперевозок и обоснована необходимость включения этих требований в договор между туроператором (турагентом) и автоперевозчиком. Раскрыты последовательность, содержание периодических и выборочных проверок полноты, чёткости исполнения договорных обязательств автоперевозчиком. Разработан научно-практический метод, предусматривающий отраженный в контракте мониторинг туроператором (турагентом) стабильности либо вариабельности управления процессом перевозки туристов принимающими зарубежными или отечественными турфирмами. Обоснована необходимость и

специфика комплексной проверки исполнения обязательств с последующей оценкой, интерпретацией качества обслуживания туристов.

7. Разработаны методические рекомендации по повышению качества подготовки турфирмы, автоперевозчика, туристов к дальней поездке и качества обслуживания туристов в процессе дальней перевозки; методические рекомендации по обеспечению качества перевозки туристов в экстремальных погодных условиях. Методические рекомендации включают алгоритм действий автоперевозчика по предрейсовой проверке технического состояния транспортного средства и предусматривают одноразовое обследование каждого нового маршрута путём контрольной проверки поездки. В организацию деятельности представителя турфирмы, сопровождающего туристов в дальней поездке, входит инструктаж туристов по правилам поведения в дороге, контроль транспортного средства по рекомендованному перечню, а также соблюдение обязанностей водителя, предусмотренные совместным договором между туристической компанией и автоперевозчиком. Методические рекомендации содержат требования к действиям водителя и пассажиров в экстремальных погодных условиях. Строго последовательные действия автоперевозчиков, туроператоров (турагентов) и туристов в соответствии с требованиями методических рекомендаций позволяют обеспечить высокое качество обслуживания туристов, их безопасность в процессе подготовки к дальней поездке, в период перевозки туристов и в условиях экстремальных погодных условий.

8. Выработан и научно обоснован обязательный минимум ключевых индикаторов, позволяющих всесторонне характеризовать уровень качества организации оказания медицинской помощи населению с использованием автотранспорта в масштабах деятельности медицинской организации, муниципального образования, субъекта РФ, страны в целом: доступность, своевременность, полноценность, результативность, удовлетворённость населения в целом и его отдельных категорий. Аргументирована нецелесообразность использования большого количества действующих

индикаторов, создающих значительные трудности при оценке качества. Указанные ключевые показатели качества углубляют и расширяют роль медицинских услуг населению как атрибутивного признака социальной ответственности государства.

9. Разработана, прошла практическую апробацию «Методика периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения, проживающего и/или работающего в отдалённых труднодоступных местах» (Приложение 1 к диссертации), предназначенная для экспертной оценки каждого из пяти ключевых индикаторов качества, их соиндикаторов и фактического уровня качества медицинской помощи в целом. Методика также служит для определения социально-экономических достижений в результате реализации программы или комплекса мероприятий в медицинской организации, муниципальном образовании, субъекте РФ, федеральном округе, стране.

10. Сформулированы и предложены к внедрению в нормативно-правовых актах методические рекомендации по укомплектованию медицинских организаций, станций скорой помощи, обслуживающих сельское население с применением автотранспорта, мобильных медицинских комплексов квалифицированными медицинскими кадрами, молодыми специалистами, их мотивированию и закреплению. Они заключаются в реализации комплекса мер по ликвидации дефицита и закреплению медицинского персонала в отдалённых, труднодоступных сельских населённых пунктах. Эффективной мерой по укомплектованию медицинских организаций врачами и средним медицинским персоналом может стать обязательное практическое применение субъектами РФ, муниципальными образованиями, медицинскими учебными заведениями авторской концептуальной модели усовершенствованной системы целевого приёма и обучения (бесплатного для студентов) по контрактам между работодателем и будущим медицинским специалистом, а также между работодателем и медицинским учебным заведением. Научная новизна

усовершенствованной системы целевого приёма и обучения будущих медицинских работников заключается в том, что она распространяется на бесплатное обучение студентов не только в медицинских вузах, но и в медицинских колледжах. Кроме того, она предусматривает материальную поддержку работодателем студента в период обучения в части компенсации затрат на питание и за место проживания, если оно не предоставляется медицинским вузом либо колледжем. Усовершенствованная система целевого приёма и обучения предусматривает также оплату проезда выпускника медицинского вуза либо колледжа к предоставленному месту работы в сельской местности и оплату провоза железнодорожным, автомобильным транспортом багажа молодого специалиста. Для стабильного многолетнего закрепления по месту работы врачей, среднего и младшего медицинского персонала предложены многообразные меры, включающие обеспечение жильём (оплата арендной платы работодателем, предоставление беспроцентного кредита на длительный срок для приобретения собственного жилья), гарантированный рост оплаты труда в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 [11]; меры морального и материального стимулирования, профессионального роста, изложенные в параграфе 5.3 диссертации. Предложен комплекс мер, обеспечивающих эффективное управление качеством медицинской помощи населению с использованием автотранспорта и постоянный рост основных показателей качества. Предложенный комплекс мер способствует успешной реализации Национального проекта «Здравоохранение».

11. Разработана Методика повышения качества социальных услуг населению с использованием автотранспорта путём мониторинга квалификации водителя и технического состояния транспортных средств (ТС) при автоперевозках населения (включая туристов). Она предусматривает контроль поведения водителей за рулём ТС и технического состояния ТС не только автоперевозчиком, но и потребителем его услуг (например, туроператором, страховой компанией). Автоперевозчик осуществляет проверки регулярно, а представитель потребителя социальной услуги по автоперевозке проводит

выборочные контрольные действия. В результате их контрольных действий, изложенных в методике, повышается качество автоперевозки, снижается вероятность попадания в ДТП с негативными последствиями.

Теоретическая и практическая значимость исследования. *Теоретическая значимость* диссертационного исследования подтверждается рядом раскрытых и сформулированных закономерностей, выводов, аргументов и доказательств:

1. Выявлены, обоснованы и систематизированы основные причины низкого качества социальных услуг, предоставляемых с использованием автотранспорта: низкий уровень осведомленности о таких услугах, как потребителей, так и производителей данных услуг; отсутствие современного организационного-управленческого, технического и информационно-цифрового обеспечения развития этой области деятельности на региональном уровне; недостаточная квалификационно-компетентностная подготовка специалистов, задействованных в предоставлении данных услуг; отсутствие четкого нормативно-правового регулирования деятельности по предоставлению социальных услуг определённым категориям населения с использованием автотранспорта.

2. Установлена закономерность нестабильного развития службы «Социальное такси» либо её полного отсутствия в некоторых субъектах РФ, муниципальных образованиях, особенно в отдалённых сельских населённых пунктах: выявлен низкий процент охвата услугой службы «Социальное такси» маломобильных инвалидов, других крайне нуждающихся в услуге службы групп населения в целом по Российской Федерации, подтверждены недостаточные объёмы денежных средств на приобретение необходимого количества автомобильной техники, утверждение доступной для пользователей цены услуги, укомплектование службы квалифицированными кадрами, что подтверждает неполное выполнение государственной программы «Доступная среда».

3. Сформулированы и обоснованы наиболее значимые индикаторы качества социальных услуг населению, связанных с использованием автотранспорта, теоретически подтверждена актуальность каждого из индикаторов.

4. Определены критерии оценки реального состояния отечественных автомобильных дорог – одной из наиболее существенных составляющих качества каждой исследуемой услуги – с введением показателей качества, достоверно и многосторонне демонстрирующих степень соответствия дорог установленным требованиям (приведены в табл. 6.1 диссертации).

5. Выдвинута и подтверждена аргументами концепция автора о применении эффективного научно-практического метода одновременной реализации нескольких дорожных, строительных проектов на условиях ГЧП, МЧП с разным уровнем инвестиционной привлекательности при строительстве, ремонте автодорог местного и межмуниципального значения, объектов дорожного сервиса, путепроводов, других социально значимых объектов.

6. Разработаны методические рекомендации по повышению качества одного из видов социальных услуг – перевозки туристов на дальние расстояния, для практического применения туроператорами (турагентами), водителями автобусов в экстремальных погодных условиях (снежный буран с образованием слоя снега, препятствующего нормальному передвижению транспортного средства; сильный дождь с грозой и/или градом; ураганный ветер; пожар) и сложных дорожных ситуациях (заледенелые участки дороги, водные преграды, глубокие ямы с водой и грязью), что позволяет снизить риск возникновения аварийных ситуаций с травмами либо нервно-психологическими перегрузками у туристов.

7. Обоснована необходимость использования способа предупредительных действий автоперевозчиков (параллельный мониторинг физического состояния водителей) наряду с системной работой медицинских работников в целях консолидированного подхода к решению проблемы полноценных предсменных, предрейсовых медицинских осмотров водителей-профессионалов для исключения управления автомобилем во временно нездоровом физическом состоянии,

обеспечения качества услуг с использованием автотранспорта благодаря снижению риска возникновения ДТП.

8. Обоснованы предложения, нормативно-правовое внедрение которых ускорит формирование компетентностного уровня квалификации водителей автомобилей, обеспечит снижение количества погибших в ДТП в соответствии с требованиями Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 [10], поддержание качества всех исследуемых услуг на требуемом уровне. Доказана необходимость снижения негативных последствий в виде дорожно-транспортных происшествий из-за недостаточной подготовленности начинающих водителей к управлению автомобилем. Предложены к нормативно-правовому внедрению научно-практические меры, снижающие степень риска возникновения ДТП по вине «водителей-новичков», и, соответственно, стабилизирующие уровень качества автотранспортных услуг населению. В числе таких мер следует выделить: увеличение продолжительности обучения в автошколе практическому вождению автомобиля, особенно в сложных погодных условиях; двухступенчатая выдача водительского удостоверения (временное – по окончании автошколы, постоянное – через 1 год при отсутствии грубых нарушений ПДД); ограничения для водителей со стажем до 1 года – скорости движения не более 40 км/ч в населённых пунктах и не более 70 км/ч – на скоростных магистралях и других дорогах, запрет перевозить детей в управляемом автомобиле, совершать поездки в ночное время, пользоваться мобильным телефоном за рулём автомобиля в движении (даже при наличии системы «хэндс-фри» − «свободные руки»); кардинальные изменения в качестве профессиональной подготовки инструкторов по вождению в автошколах.

9. Сформулировано предложение о повышении качества исследуемых социальных услуг путём введения медицинского освидетельствования великовозрастных водителей (старше 75 лет) через каждые 2 года вместо нынешних 10 лет (при замене водительского удостоверения) с целью снижения опасности возникновения отрицательных последствий в результате ДТП.

10. Доказана необходимость и возможность более качественной организации оказания медицинских услуг населению с использованием автотранспорта не только за счёт увеличения объёма финансирования здравоохранения, но и устранения упущений, связанных с организацией эффективного управления качеством названных услуг, повышением ответственности руководителей за рост каждого из пяти предложенных индикаторов качества, более жёстким спросом за состояние медицинского обслуживания населения.

Практическая значимость полученных научных результатов заключается в повышении качества соответствующих видов социальных услуг при реализации предложений автора. Примерами практической значимости результатов диссертационного исследования являются:

■ реализация положений Концепции (изложена в параграфе 2.3 диссертации) позволит существенно повысить качество услуги службы «Социальное такси», достигнуть других социально-экономических результатов, изложенных в Концепции;

■ практическое применение разработанных целевых индикаторов качества автомобильных дорог обеспечивает всестороннюю оценку состояния всех типов отечественных дорог с последующим принятием мер по устранению выявленных отклонений;

■ внедрение научно-практического метода одновременной реализации нескольких дорожных, строительных проектов на условиях ГЧП, МЧП с разным уровнем инвестиционной привлекательности позволят субъектам РФ, муниципальным образованиям решить задачу финансирования проектов, ускорить темпы строительства дорог местного и межмуниципального значения, обеспечить возведение путепроводов, объектов дорожного сервиса, других социально значимых объектов и, соответственно, повысить качество исследуемых социальных услуг;

■ использование в практической деятельности Методических рекомендаций по повышению качества перевозки туристов на дальние расстояния даёт

возможность туроператорам (турагентам) и автоперевозчикам туристов более эффективно подготовиться к действиям в экстремальных погодных и сложных дорожных условиях;

■ применение способа предупредительных действий автоперевозчиков (параллельный мониторинг физического состояния водителей) одновременно с предрейсовыми медицинскими осмотрами водителей снижает возможность управления автомобилем водителями-профессионалами во временно нездоровом состоянии, повышает качество услуг;

■ нормативное введение требования о периодическом медицинском осмотре через каждые 2 года (а не с периодичностью 10 лет при замене водительского удостоверения) для великовозрастных водителей (старше 75 лет) позволит снизить опасность провоцирования ДТП, повысить качество исследуемых услуг.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Изложенные в диссертации научные положения соответствуют паспорту специальности 08.00.05 Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг). Каждая из 6 глав диссертации соответствует следующим пунктам паспорта специальности: 1.6.109. Совершенствование организации, управления в сфере услуг в условиях рынка, 1.6.115. Социально-экономическая эффективность и качество обслуживания населения в отраслях сферы услуг, 1.6.116. Механизм повышения эффективности и качества услуг, 1.6.118. Формирование и развитие отраслевых, региональных и общенациональных рынков услуг.

Пункту 1.6.111. Ресурсный потенциал отраслей сферы услуг и эффективность его использования – в части финансовых, человеческих ресурсов (включая кадровый ресурс), количественных данных по разным видам ТС, ресурсов современных светофорных устройств, путепроводов (мостов над железной дорогой), подземных и надземных пешеходных переходов, объектов дорожного сервиса, автоматических устройств фото-видеофиксации, ресурсных данных по разным видам медицинских организаций и медперсоналу –

соответствуют результаты исследования, отражённые в параграфах 1.3, 3.1, 4.3, 4.3.1, 5.2, 5.3, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3.

Пунктам 1.6.121. Организационно-экономические механизмы обеспечения инновационного развития отраслей сферы услуг, 1.6.125. Повышение эффективности использования рыночных инструментов в сфере услуг, 1.6.127 Экономические основы функционирования некоммерческих организаций в сфере услуг, 1.6.128 Государственная поддержка некоммерческих организаций сферы услуг, 1.6.132. Государственно-частное партнёрство в сфере услуг соответствуют исследования, изложенные в параграфах 2.3, 5.3, 6.2, 6.3.

Апробация результатов исследования. Ряд положений, выводов исследования представлялись, обсуждались, одобрялись на научных, научно-практических конференциях, семинарах: на ежегодной научной конференции «Ломоносовские чтения – 2021». Секция экономических наук. Поколения экономических идей» экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва, 2021 г.); международной конференц-сессии «Государственное управление и развитие России: проектирование будущего» Российской академии народного хозяйства и государственной службы (Москва, 2020 г.); на ежегодной научной конференции «Ломоносовские чтения – 2020. Секция экономических наук. Экономическая повестка 2020-х годов» экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва, 2020 г.); международной конференц-сессии «Государственное управление и развитие России: глобальные угрозы и структурные изменения» Российской академии народного хозяйства и государственной службы (Москва, 2020 г.); на 4-й международной научно-практической конференции «Методологические подходы к управлению общественным здоровьем: роль профилактики и охраны труда». Экономический факультет Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова и Казанского федерального университета (Москва – Казань, 2020); ежегодной научной конференции «Ломоносовские чтения – 2019. Секция экономических наук. Экономические отношения в условиях цифровой трансформации» экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва, 2019 г.);

международной конференц - сессии «Государственное управление и развитие России: глобальные угрозы и структурные изменения» Российской академии народного хозяйства и государственной службы (Москва, 2020 г.); международной конференц - сессии «Государственное управление и развитие России: национальные цели и институты» Российской академии народного хозяйства и государственной службы (Москва, 2019 г.); ежегодной научной конференции «Ломоносовские чтения – 2018. Секция экономических наук. Цифровая экономика: человек, технологии, институты» экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва, 2018 г.); международной конференц - сессии «Государственное управление и развитие России: вызовы и возможности» Российской академии народного хозяйства и государственной службы (Москва, 2018 г.); на ежегодной научной конференции «Ломоносовские чтения – 2017. Секция экономических наук. Потенциал экономической науки для развития России» экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва, 2017 г.); международной конференц-сессии «Государственное управление и развитие России: выбор приоритетов» Российской академии народного хозяйства и государственной службы (Москва, 2017 г.); международной научно-практической конференции «Государственное управление и развитие России: модели и проекты» Российской академии народного хозяйства и государственной службы (Москва, 2016 г.); научно-практической конференции с международным участием «Качество, системность и партнёрство в современной экономике: от качества управления до качества жизни» Московского государственного университета путей сообщения (МИИТ) (Москва, 2015 г.); на международной научно-практической конференции International scientific and practical conference «Modern scientific potential» (Шеффилд, Великобритания, 2015 г.); на 16-й Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы управления» Государственного университета управления (Москва, 2011 г.) и других.

Результаты исследования реализованы в учебном процессе вузов: в учебнике «Финансовый менеджмент» под ред. д.э.н., проф. А.М.Ковалёвой – М.:

ИНФРА−М. 2009, учебном пособии «Актуальные проблемы развития туристской индустрии: учебное пособие» / коллектив авторов под ред. А.Д. Чудновского. − М.: КНОРУС. 2016, учебнике «Основы современного управления: теория и практика» под общей ред. д.э.н., проф. А.Т. Алиева, д.э.н., проф. В.Н. Боробова. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2021.

Разработанные материалы диссертации апробированы, внедрены, использованы в практической деятельности государственных органов управления, регионов, предприятий, учреждений. Так, Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации результаты исследования использованы при подготовке государственной программ «Доступная среда» на 2011-2020 годы, а «Методика периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи населению» (Приложение 1 к диссертации) применяется для определения социально-экономических достижений в результате реализации подпрограммы 3 «Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы» указанной госпрограммы (справка о внедрении приложена к диссертации). Результаты исследования, включая вышеуказанную Методику, внедрены в практическую деятельность ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации (акт внедрения приложен к диссертации). Разработанная в диссертации Концепция управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъектах Российской Федерации использована Министерством здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области в рамках реализации программы Ульяновской области «Доступная среда» (справка о внедрении приложена к диссертации). Предложенный автором научно-практический метод управления процессом применения дорожных проектов на условиях государственно-частного партнёрства использован Муниципальным унитарным предприятием города Сочи «Дирекция по финансированию работ по внедрению, строительству и эксплуатации технических средств регулирования дорожного движения» в процессе планирования и выполнения строительных работ на автодорогах

регионального, муниципального значения, что позволило добиться экономической эффективности реализуемых проектов, сократить сроки строительства с требуемым качеством (акт внедрения приложен к диссертации). Научный метод оптимизации алгоритма поиска и выбора автоперевозчика, «Методика повышения качества социальных услуг населению путём мониторинга поведения, состояния здоровья водителей ТС и технического состояния транспортных средств при междугородных, международных перевозках населения (включая туристов) (глава 4 диссертации) внедрены туроператором АО «ВИПСЕРВИС» (акт внедрения приложен к диссертации). Сформированные новые критерии оценки состояния автомобильных дорог апробированы и внедрены в практическую деятельность ГУП Краснодарского края «Дагомысское ДРСУ» (акт внедрения приложен к диссертации).

Перечень публикаций автора.

По теме диссертации опубликовано 41 научная работа (общий объём – 102,78 п.л., авторский объём – 59,84 п.л.), в которых представлены основные результаты исследования проблемы совершенствования управления качеством услуг населению, оказываемых с использованием автомобильного транспорта. Тематика научных статей, выступлений на научно-практических конференциях тесно увязана с видами исследуемых услуг социальной направленности. Общий объём изданных результатов исследования включает:

- 2 монографии общим объёмом 35 п.л.;

- 17 научных статей, опубликованных в научных изданиях, входящих в официальный список ВАК, общий объём – 14,1 п.л., авторский – 13,1 п.л.;

- 6 научных статей, опубликованных в изданиях, входящих в международные базы цитирования SCOPUS, Web of Science, в перечне изданий, утверждённом Учёным советом Академии РАНХиГС, общий объём – 5,0 п.л., авторский – 2,2 п.л.;

- 12 научных работ, опубликованных по результатам научных конференций, общий объём − 4,88 п.л., авторский – 3,94 п.л.;

- 1 научную статью международного издания – 0,8 п.л., авторский – 0,3 п.л.;

- 1 научную работу, изданную в сборнике научных трудов ЦЭМИ РАН, ГУУ, общий объём – 1,0 п.л., авторский – 0,8 п.л.;

- 1 главу в учебном пособии «Актуальные проблемы развития туристской индустрии». – М.: КНОРУС. – 2016, общий объём – 22,0 п.л., авторский − 3,0 п.л.;

- 1 главу в учебнике «Основы современного управления: теория и практика» под общей ред. д.э.н., проф. А.Т. Алиева, д.э.н., проф. В.Н. Боробова. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», – 2021, общий объём – 20,0 п.л., авторский – 1,5 п.л.

Монографии

1. Москалева Н.Б. Управление качеством медицинской помощи населению, оказываемой с использованием автомобильного транспорта. Монография. – М: МАКС Пресс, – 2015 − 112с. −7 п.л.

2. Москалева Н.Б. Экономические и организационно-технические методы обеспечения безопасной перевозки туристов автомобильным транспортом. Монография.: ДПК Пресс. – 2012. – 448с., ил. − 28 п.л.

Статьи в рецензируемых изданиях, входящих в список рекомендованных ВАК при Минобрнауки России

3. Москалева Н. Б. Поведение водителей как решающий фактор влияния на качество социальных услуг в системе автотранспортного обеспечения населения. // Инновации и инвестиции. – 2014. – № 12. – С.75 – 80. − 0,5 п.л.

4. Москалева Н.Б. Предупреждение негативного влияния предосудительного поведения начинающих водителей на качество социальных услуг в системе автотранспортного обеспечения населения. // Социальная политика и социальное партнёрство. – 2014. – № 6. – С.65 – 73. – 0,7 п.л.

5. Москалева Н.Б. О необходимости и эффективности увеличения финансовых вложений в строительство российских дорог. // Экономический анализ: теория и практика. – 2013. – № 37. – С.46 – 50. – 0,4 п.л.

6. Москалева Наталья. Развитие сети платных дорог на основе государственно-частного партнёрства как методологический принцип управления

эффективностью и качеством услуг. // Социальная политика и социальное партнёрство. – 2013. – № 6. – С.21-30. – 0,65 п.л.

7. Москалева Н.Б. Социально-экономическая эффективность строительства автомобильных дорог на условиях государственно-частного партнёрства. // Качество. Инновации. Образование. – 2016. – № 4. – С.45-49. – 0,65 п.л.

8. Москалева Н.Б. Методы развития отечественного дорожного сервиса на основе государственно-частного партнёрства и его роль в качественном обслуживании населения с использованием автотранспорта. // Социальная политика и социальное партнёрство. – 2015. – № 3. – С.48-56. – 0,7 п.л.

9. Москалева Н.Б. Инвестиционная привлекательность регионов – основа для повышения качества автотранспортных услуг населению, роста других показателей субъектов Российской Федерации. // Региональная экономика: теория и практика. – 2014. – № 37. – С.10-21. – 1,0 п.л.

10. Москалева Н.Б., Чирков Б.Д., Чудновский А.Д. Некоторые вопросы повышения качества обслуживания российских туристов. Государственный университет управления. // Вестник университета. – 2008. – № 9 (19). – С.143-147. – 0,4 п.л. (0,2 п.л. авт.).

11. Москалева Н.Б., Чирков Б.Д., Чудновский А.Д. Проблемы обеспечения безопасности туристов. Государственный университет управления. // Вестник университета. – 2009. – № 21. – С.228-234. – 0,6 п.л. (0,4 п.л. авт.).

12. Москалева Н.Б. Влияние факторов безопасной перевозки туристов на снижение экономических потерь. Государственный университет управления. // Вестник университета. – 2012. – № 15. – С.82-91. – 0,8 п.л.

13. Москалева Н.Б. Бабич А.М. Системный подход к повышению качества услуг при перевозке туристов автомобильным транспортом. // Сервис plus. – 2017. – № 3. – С.21-30 – 1,2 п.л. (0,8 п.л. авт.).

14. Москалева Н.Б. Управление качеством услуг населению путём перевода автомобилей на экологически чистые виды топлива. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Экономика и право. – 2017. – № 4. – С.42 – 53. – 1,2 п.л.

15. Москалева Н.Б. Доступность медицинской помощи населению, оказываемой с использованием автомобильного транспорта – ключевой показатель качества медицинских услуг. // Инновации и инвестиции. – 2014. – № 7. – С.188 – 193. – 0,7 п.л.

16. Москалева Н.Б. Проблемы оказания полноценной и эффективной медицинской помощи определённым категориям населения страны. // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2016. – № 9. – С.172-185. – 1,0 п.л.

17. Москалева Н.Б., Бабич А.М. Управление качеством своевременного оказания медицинской помощи населению. // Научно-практический рецензируемый журнал. Статистика и Экономика. – 2016. – Том 13. – № 6. – С. 33 – 41. – 0,8 п.л. (0,6 п.л. авт.).

18. Москалева Н.Б. Результативность как показатель качества, социально-экономической эффективности медицинской помощи, оказываемой с использованием автомобильного транспорта. // Инновации и инвестиции. – 2015. – № 10. – С.130 – 149. – 1,8 п.л.

19. Москалева Н.Б. Повышение качества транспортных услуг при автоперевозках населения на дальние расстояния. // Сервис в России и за рубежом. – 2017. – Т.11. – № 6 (75). – С.54-66. – 1,0 п.л.

Публикации в изданиях, входящих в международные базы цитирования SCOPUS, Web of Science, в перечне изданий, утвержденном Учёным советом Академии РАНХиГС

20. Assessment of problems and ways to ensure transport accessibility of low-mobility population groups (for example, the «social taxi» service). Moskaleva N.B., Kurkina N.R., Novikov A.I., Povorina E.V. и др. // Espacios. – 2018. – Vol. 39. – № 1. – P. 14 – 23. – 0,8 п.л. (0,5 п.л. авт.). (SCOPUS).

21. The Use Of Digital Technologies To Improve The Quality Of The «Social Taxi» Services. Moskaleva Natalia B., Vinogradova Marina V., Kuljamina Olga S., Dashkova Elena V., Popovich Alexey E. // Modern Journal of Language Teaching Methods. – May 2018. –Vol. 8. – Issue 5. – P. 43-55. − 0,8 п.л. (0,5 п.л. авт.). (Web of Science).

22. Москалева Н.Б., Ларина С.Е., Сморчкова В.И. Меры по обеспечению динамичного развития службы «Социальное такси» в субъектах Российской Федерации // Государственная служба. – 2019. – Том 21. – № 2 (118). – С. 93 – 101. – 1,0 п.л. (0,5 п.л. авт.).

23. Москалева Н.Б., Сморчкова В.И. Государственное обеспечение высокой квалификации водителей – залог безопасности на автомобильных дорогах Российской Федерации (Government provision of driver's qualification as guarantee of safety on the roads of the Russian Federation) // Государственная служба. – 2019. – Том 21. – № 3 (119). – С. 95 – 100 – 1,0 п.л. (0,5 п.л. авт.).

24. Участие государства в реализации прав на питание. Часть 1. Шепель Р.Н, Драпкина О.М., Храпылина Л.П., Москалева Н.Б. // Профилактическая медицина. – 2019. – Том. 22. – № 6. – Вып. 1. – С. 7 – 11. – 0,6 п.л. (0,1 п.л. авт.). (SCOPUS).

25. Участие государства в реализации прав на питание. Часть 2. Шепель Р.Н, Драпкина О.М., Храпылина Л.П., Москалева Н.Б. // Профилактическая медицина. – 2020. – Том. 23. – № 1. – С. 7 – 14. – 0,8 п.л. (0,1 п.л. авт.). (SCOPUS).

Научные публикации по результатам участия в конференциях

26. Москалева Н.Б., Храпылина Л.П. Методологический подход к повышению качества услуг социальной направленности при автотранспортном обеспечении населения посредством использования зарубежного опыта. Ежегодная научная конференция «Ломоносовские чтения – 2020. Секция экономических наук. Экономическая повестка 2020-х годов»: сборник тезисов выступлений. – М.: Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова. – 2020. – С. 42 – 44. – 0,15 п.л.

27. Москалева Н.Б. Особенности оказания медицинской помощи жителям малочисленных, отдаленных сельских поселений. 4-я Международная научно-практическая конференция «Методологические подходы к управлению общественным здоровьем: роль профилактики и охраны труда». Экономический факультет Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова и Казанский федеральный университет. – 2020. – С. 78 – 85. – 0,6 п.л.

28. Москалева Н.Б., Коновалов А.В. Достижение правильного планирования, эффективного управления своим рабочим временем – актуальная задача каждого руководителя. Международная конференц-сессия «Государственное управление и развитие России: глобальные угрозы и структурные изменения». Государственное управление и развитие России: глобальные угрозы и структурные изменения: сборник статей международной конференц-сессии. М.: Издательский дом «НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА». – 2020. – Том 1. – С. 620 – 630. – 0,8 п.л. (0,5 п.л. авт.).

29. Москалева Н.Б. Повышение качества медицинской помощи жителям отдаленных и малочисленных населенных пунктов на основе развития цифровых технологий. Ежегодная научная конференция «Ломоносовские чтения – 2019. Секция экономических наук. Экономические отношения в условиях цифровой трансформации»: сборник тезисов выступлений. – М.: Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова. – 2019. – С. 42– 44. – 0,15 п.л.

30. Москалева Н.Б. Ключевые факторы влияния на повышение качества медицинской помощи жителям малочисленных и отдаленных сельских поселений. Международная конференц-сессия «Государственное управление и развитие России: национальные цели и институты». Государственное управление и развитие России: национальные цели и институты: сборник статей международной конференц-сессии. М.: Издательский дом «НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА». – 2019. Том 2. – С. 372 – 379. – 0,3 п.л.

31. Москалева Н.Б., Бабич А.М. Роль цифровой экономики в повышении качества услуг Социального такси. Ломоносовские чтения – 2018. Секция экономических наук. Цифровая экономика: человек, технологии, институты: сборник тезисов выступлений. – М.: Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова. – 2018. – С. 38 – 40. – 0,2 п.л. (0,1 п.л. авт.).

32. Москалева Н.Б., Храпылина Л.П. Уровень квалификации водителей, как основа качества услуг в системе автотранспортного обеспечения населения. Международная конференц-сессия «Государственное управление и развитие России: вызовы и возможности». Сборник статей международной конференц-

сессии. Том 3 / под. общ. ред. Г.Ю. Ивлевой. – М.: Издательский дом «НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА». – 2018. – С. 398 – 403. – 0,5 п.л. (0,25 п.л. авт.).

33. Москалева Н.Б., Храпылина Л.П. Анализ состояния, организации и развития региональной социальной услуги «Социальное такси» для отдельных категорий граждан Российской Федерации. Международная конференц-сессия «Государственное управление и развитие России: выбор приоритетов». Сборник статей международной конференц-сессии. Том 2. – М.: Издательский дом «НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА». – 2017. – С. 547 – 550. – 0,23 п.л. (0,12 п.л. авт.).

34. Бабич А.М., Москалева Н.Б. Методологические аспекты управления качеством медицинской помощи населению – основа социальной политики государства. Ломоносовские чтения - 2017. Секция экономических наук. Потенциал экономической науки для развития России: сборник тезисов выступлений. – М.: Экономический факультет МГУ им. М.В. Ломоносова. – 2017. – С. 103 – 105. – 0,2 п.л. (0,1 авт.).

35. Москалева Н.Б. Доступность и результативность как ключевые показатели качества медицинской помощи. Сборник статей международной научно-практической конференции «Государственное управление и развитие России: модели и проекты». Том II. – Москва: Проспект. – 2017. – С. 299 – 312. – 1,2 п.л.

36. Москалева Н.Б. Повышение качества услуг в системе автотранспортного обеспечения населения на основе государственно-частного партнёрства. Materials of the international scientific and practical conference, «Modern scientific potential». − 2015. – Volume 6. Economic science. Sheffild. Science and education LTD − P. 77-80 – 0,25 п.л.

37. Москалева Н.Б. Управление безопасностью туристов. Материалы 16-й Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы управления». Москва. Государственный университет управления. – 2011 г. – 0,3 п.л.

Труды в других научных изданиях

38. Moskaleva N.B., Dmitrieva N.V., Breusova E. A. и др. Assessment of the development level and problems of providing the social taxi service for people with limited mobility in the Russian Federation regions. // International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2020. – Vol. 24. – № 6. – P. 5569 – 5578 – 0,8 п.л. (0,3 п.л. авт.).

39. Москалева Н.Б., Чирков Б.Д. Влияние повышения квалификации водителей на безопасность транспортных перевозок туристов. Управление в индустрии туризма и международном бизнесе. Сборник научных трудов под ред. А.Д. Чудновского и Р.М Качалова. – М.: ЦЭМИ РАН, ГУУ. – 2012. – 203 с.− 1 п.л. (0,8 п.л. авт.).

40. Актуальные проблемы развития туристской индустрии: учебное пособие/коллектив авторов под ред. А.Д. Чудновского. – М.: КНОРУС. – 2016. – 440с. (С. 301-338 – глава автора) – 22 п.л. (3,0 п.л. авт.).

41. Основы современного управления: теория и практика: Учебник. 2-е изд. / Под общ. ред. д.э.н.. проф., А.Т. Алиева, д.э.н., проф., В.Н. Боробова. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К». – 2021. – 526 с. (С. 393 – 423 – глава автора) – 20 п.л. (1,5 п.л. авт.).

ГЛАВА 1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОТРАНСПОРТА

1.1. Теоретические основы оценки качества социальных услуг с использованием автотранспорта

Государственные и муниципальные органы, коммерческие организации и частные предприниматели оказывают многие услуги населению страны. Предоставляемые услуги отличаются друг от друга не только по своей сущности, видам услуг, но и по форме, процедуре исполнения. Одной из категорий услуг населению являются социальные услуги, суть которых, основные виды и процедура предоставления уточнены и обозначены в Федеральном законе от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [2]. Названные социальные услуги населению рассмотрены в работах [115], [52], [187], [107] и многих других.

В диссертации исследуются услуги, которые отличаются тем, что предоставляются населению с использованием автомобильного транспорта. Значительная часть исследуемых услуг тесно связана с государством, с его социальными функциями. Зарождению и последующему развитию социальных функций государства происходившему в достаточно продолжительный период времени, посвящено немалое количество научных работ, в том числе убедительное и полноценное научное исследование российского автора *С.В. Калашникова* [116]. По его данным [116, с. 61], в 1850 г. немецким юристом и экономистом *Лоренцом фон Штайном* введено научное понятие «*социальное государство*». Главной целью социального государства Л. фон Штайн в одной из своих работ – [288] определил экономический и социальный прогресс с обеспечением равенства всех людей независимо от их социального положения. Подобный подход к целям социального государства немного позже отразили в своих научных работах *Ю. Офнер* [277] и *Ф. Неуманн* [276]. Генезис термина «социальное государство», подтвердил глубокое изменение роли государства, переход к форме правления, которая в новых условиях сочетает функции верховной власти с функциями решения социальных вопросов.

Немало авторов – *Х. Браун* и *М. Нихаус* [238], *Б. Вехнер* [298], *Ф. Вернер* [299] и другие – тоже подразумевали под социальным государством новую государственную форму – с развитыми социальными функциями.

Для изложения теоретических подходов к социальному государству в увязке с конкретным периодом времени важно определить этапы развития социального государства. Всесторонне обеспечить решение данной задачи позволяют подходы к воссозданию этапов генезиса социального государства С.В. Калашникова, представленного в научной работе [116]. Им обоснована следующая периодизация развития социального государства:

«- 1-й этап (с 70-х годов XIX в. до 30-х годов XX в.) – социалистический;

- 2-й этап (с 30-х годов XX в. до конца 40-х годов) – правового социального государства;

- 3-й этап (с конца 40-х годов по 60-е годы XX в.) – государство социальных услуг;

- 4-й этап (с конца 50-х годов до середины 80-х) – государство всеобщего благоденствия;

- 5-й этап (с начала 80-х по середину 90-х) – деструкции и кризиса государства всеобщего благоденствия;

- 6-й этап (с середины 90-х годов XX в. по настоящее время) – либеральное социальное государство» [116, с. 80].

Важной особенностью изложенной периодизации развития социального государства является то обстоятельство, что постоянные социальные признаки государства новой формации являются неотъемлемой частью каждого этапа развития. После установления конкретных этапов развития социального государства целесообразно кратко либо более подробно охарактеризовать особенности развития социального государства с привязкой к соответствующему периоду времени. При этом следует учитывать и то обстоятельство, что приведенные этапы развития социального государства характеризуют *особо активное проявление* его соответствующих признаков в политической и экономической жизни государств. А отдельные упоминания о становлении новых

конкретно появившихся свойств государства могли происходить и в более ранние периоды времени. Начало XX, на которое приходятся *два первых этапа развития социального государства* ознаменовалось принятием большого количества законодательных актов. Лидирующую позицию в этом занимала Великобритания, примером продуктивной работы в которой может служить доклад *В. Бевериджа* парламенту, посвященный необходимости достижения полной занятости населения [236]. Нормативно-правовые акты по социальной тематике на этих этапах принимались и в других странах: Австрия, Италия, Норвегия, Швеция, СССР, Франция, США. Применительно ко второму этапу развития социального государства (этапу *правового социального государства*), следует особо подчеркнуть роль государства, которое на правовой основе признало социальные права людей. Однако как всегда в процессе развития общества возникают разного рода противоречия, даже при оценке событий прошлого. Всего лишь один пример из множества существующих. Немецкий автор научной работы [253] *Э. Форстхофф* не только видит противоречие между социальным государством и правовым государством, но не приемлет какое-либо их совмещение из-за несимметричности прав и обязанностей граждан. Что касается 3-го этапа – *государства социальных услуг*, то, как отмечают авторы работы [107] *Е.Н. Жильцов, Е.В Егоров*: «Сфера социальных услуг представляет собой совокупность разнородных отраслей. Их объединяет два общих начала. Первое: они производят особое экономическое благо в виде услуги… Второе: они отличаются социальной направленностью их деятельности и значительной ролью человеческого фактора».

Существенный вклад в теоретические основы пространственной доступности социальных услуг внес немецкий учёный – географ *Вальтер Кристаллер* (1893 – 1969 г.г.) – автор так называемой теории центральных мест, сформулированной в его работе «Центральные места в Южной Германии» (не переведена на русский язык). Суть данной теории представлена в виде порядка географического размещения населённых пунктов вокруг более крупного «центрального места» - города с учётом доступно необходимых социальных услуг. Наиболее приемлемое и простое изложение теории центральных мест

Кристаллера представлено в книге английских авторов П. Тойна, П. Ньюби [202]. Основной постулат теории центральных мест заключается в том, что размещение экономической деятельности определяется такими факторами как рельеф, население, транспорт, доступность социальных услуг. Расселение служит средством организации территории и индикатором уровня её развития. Город и деревня – две основные формы расселения, его полюса. Сельское и городское расселение тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга. Различия между городом и деревней проявляются как в экономической, так и в социальной сферах. Глубинная причина различий между ними в том, что для сельскохозяйственной деятельности в деревне земля является средством производства. Отсюда и рассредоточенность сельских населённых пунктов, их небольшие размеры, привязка к угодьям. Крайне важным фактором взаимодействия города и сельских населённых пунктов является доступность всех необходимых социальных услуг жителям сёл. Следует отметить, что теория центральных мест Кристаллера применима к оценке пространственной доступности социальных услуг только в европейской части Российской Федерации в силу её климатических, географических условий. Учитывая, что управление качеством социальных услуг является объектом исследования данной диссертации, подробней анализ генезиса социальных услуг с указанием авторов исследований представлен в соответствующих главах диссертации.

Четвёртый этап развития социального государства – *государство всеобщего благоденствия* (чаще именуется учёным сообществом – *государство благосостояния*) приходится, согласно периодизации С.В. Калашникова, с конца 50-х годов до середины 80-х XX века. Научная работа представителя Кембриджской школы *Артура Сесиля Пигу* [164] – ученика и последователя основателя названной школы английского экономиста Альфреда Маршалла (1842 – 1924 г.г.) – стала символической вехой в развитии экономической теории благосостояния. Отметив многообразие понятия «благосостояние», он выделяет два важных варианта. Прежде всего понятие «благосостояние» можно выразить через «больше-меньше». Обычные жизненные дела как предмет экономической

теории Пигу нацелены на рост общего благосостояния. Пигу проводит параллели между экономической наукой и биологией, утверждает об их генетической связи, рассматривая развитие экономической жизни как эволюционный процесс, схожий с биологическим. Согласно Пигу, биологизация экономической науки выражается в предпочтительности благ, в аналогии потребности организма человека продлить жизнь. Причем, выбирая между двумя удовлетворяемыми потребностями, люди не всегда выбирают ту, которая приносит больше удовлетворения. Наоборот, они склонны получать менее важное удовлетворение, но сегодня, а не получать большего удовлетворения спустя какое-то продолжительное время. Подобный выбор предпочтения нынешних благ будущим диктуется, по мнению Пигу, биологической природой человека. Одним из его важных постулатов является подход, по которому единственными и самыми эффективными инструментами измерений в общественной жизни являются деньги, цены. К тому же цена находится в прямой зависимости от факторов спроса и предложения. Развивая понятие «благосостояние» Пигу делает различие между общим благосостоянием и экономическим благосостоянием. При этом он экономическое благосостояние как и А. Маршалл идентифицирует с общей полезностью, богатством. Генезис экономического благосостояния Пигу связывает с взаимодействием спроса и предложения. В рассматриваемой научной работе Пигу [164] роль одного из главных теоретических подходов играет концепция национального дивиденда. В его представлении экономические факторы влияют на степень экономического благосостояния не на прямую, а путём применения для этого *национального дивиденда*. Дефиниция «национальный дивиденд» [от лат. dividendum – то, что надлежит разделить] означает ту долю материального дохода общества, которая может быть представлена в виде денег. Следовательно, согласно Пигу экономическое благосостояние и национальный дивиденд – взаимосвязанные понятия. В состав национального дивиденда Пигу включает «все то, что люди покупают на свои денежные доходы, а также услуги, предоставляемые человеку…» [164, с. 21]. В своей работе он исследует разнообразные варианты передачи национального дивиденда состоятельным (богатым) и малоимущим

людям, и тем самым стремится доказать, что более равномерное распределение национального дивиденда обеспечит рост экономического и общего благосостояния. Одновременно Пигу отстаивает тезис о том, что рост денежного дохода для состоятельных людей более медленно увеличивает его полезность. В то же время малоимущими рост денежного дохода воспринимается более ощущаемо, чувствительней. Следовательно, по Пигу перераспределение доходов в пользу бедных может увеличить общее благосостояние, поскольку удовлетворение бедных возрастёт больше, чем снизится удовлетворение состоятельных, имущих. В дополнение к изложенному тезису Пигу ставит вопрос об источнике вознаграждения бедных слоев населения. Главный доход неимущих – их заработная плата, то есть оплата их труда. Причём труд Пигу рассматривает как ощущение тягостности, которое компенсируется соответствующим размером зарплаты. И тут же задаётся вопросом: каковы пределы данной тягостности? На это суть его ответа заключается в том, что экономическое благосостояние общества образуется путём балансирования удовлетворённости, получаемой от использования национального дивиденда и неудовлетворённости (тягостности), возникающей созданием национального дивиденда. Для компенсации неудовлетворённости работников при увеличении объёма трудовых усилий Пигу предлагает осуществлять вмешательство, действия, направленные на то, чтобы успокоить работников. Одним из таких действий он предлагает в виде сокращений рабочего дня, но при условии, когда рост интенсивности труда обеспечивает превышение результатов при сокращении продолжительности рабочего дня.

Исследование особенностей государства благосостояния заняло значительное место в работе авторов [63] *Г.А. Ахинова, И.Н. Мысляевой*. Излагая концепцию экономики благосостояния Ахинов и Мысляева раскрывают некоторые важные функции государства благосостояния: минимально приемлемый уровень гарантированного дохода, материальная защита в случае болезни или безработицы, при достижении преклонного возраста и другие, а также доступ к социально значимым благам (образование, медицинское

обслуживание, объекты культуры). Ещё одной функцией государства благосостояния, выделенной указанными авторами, является функция распределения доходов. Данная функция, как отмечает Ахинов, Мысляева, реализуется, исходя из принципов, изложенных в теории общественного благосостояния. Распределение доходов – это ряд действий государства благосостояния по стабилизации среднего уровня жизни населения, сокращения масштабов бедности с искоренением разрыва между имущими (обеспеченными) и неимущими (малообеспеченными, бедными). Обеспечение справедливости распределения доходов возможно только при активном участии самого государства благосостояния, которому вменена эта обязанность. Именно поэтому центральное место в исследовании Ахинова и Мысляевой занимает концепция распределения доходов населения и соответствующая им модель распределения богатства. В результате сформировался новый подход к распределительной политике, то есть к распределительным действиям социального государства благосостояния в контексте решения проблемы бедности. Основа нового подхода заключается в необходимости, с одной стороны, создания для всех трудоспособных граждан государства условий, в которых они своим трудом, предпринимательской деятельностью способны как минимум поддержать своё благосостояние и, с другой стороны, в обязательности обеспечения социальной защиты граждан в рамках действующей государственной социальной системы. При этом социальные гарантии реализуются посредством социальных стандартов. Государственный минимальный социальный стандарт – это законодательно установленный для каждого гражданина минимум дохода и состав особо значимых социальных услуг, предоставляемых на безвозмездной основе, то есть бесплатно. Социальное государство благосостояния устанавливает также размер прожиточного минимума – это стоимостная оценка минимального количества продуктов питания, непродовольственных товаров и услуг, обеспечивающая физиологический минимум, то есть сохранение здоровья человека и обеспечение его жизнедеятельности. На безвозмездной основе социальное государство благосостояния может предоставлять своим гражданам значимые социальные

услуги в рамках установленного минимума: услуги образования, услуги здравоохранения, услуги культуры, жилищно-коммунальные услуги и др. Анализ научных работ, приведённых выше по тексту, уже позволяет сделать по меньшей мере два важных вывода. Во-первых, любая модель социального государства предоставляет гражданам социальные услуги. Иначе выражаясь социальные услуги гражданам – составная часть социальной политики государства на всех этапах развития социального государства. Во-вторых, какими бы положительными качествами ни обладало социальное государство соответствующего этапа развития всегда имеют место критика социальной политики, предложения по иным моделям развития государства. Элементы государства благосостояния – наделение населения социальными правами, а государства социальной ответственностью – формировались в разных странах по своему, неодинаковыми темпами и в разные периоды времени. Соответственно, разнились и теоретические модели, научные подходы к решению социальных проблем. Например, к 1970-м годам широкое развитие получила скандинавская, «шведская модель». Основными составляющими данной модели социального государства являются обеспечение полной занятости населения с установлением приемлемых уровней заработных плат и перераспределение национального дохода с учётом материальной поддержки наименее обеспеченных граждан. По существу на этапе государства всеобщего благоденствия (социального государства благосостояния), особенно в 60-е – 70-е годы XX века, в ряде стран функция обеспечения высокого уровня жизни всех членов общества стала доминирующей функцией, главной задачей государства. Однако с конца 70-х – начала 80-х годов XX века в основном из-за финансового кризиса имело место увеличение нагрузки на экономику с соответствующим снижением отчислений на социальные программы, сокращением размеров пособий. В дальнейшем всё это потребовало пересмотра механизмов социальной деятельности государства, вызвало рост неравенства в обеспеченности разных слоёв населения. По существу историческое развитие социального государства стало переходить на обозначенный 5-й этап, то есть на этап *деструкции и кризиса государства*

благоденствия (благосостояния) сопровождающегося теоретическим изложением новых моделей социального государства, критикой прежних моделей. Новый взгляд на проблему неравенства предложил французский экономист *Томас Пикетти* в научной работе [167]. Одна из основных идей, изложенных в его работе, заключается в том, что в настоящее время человеческое сообщество возвращается к положению, при котором неравенство неуклонно растёт и может привести к тяжёлым социальным последствиям. Например, эволюционный рост неравенства во Франции, аналогичные изменения в англосаксонских странах (Великобритания, Канада, Австралия) и взрывной рост неравенства в США. По мнению американских экономистов, как отмечает Пикетти, ход такого процесса в США объясняется тем, что в период технического прогресса высокие зарплаты росли намного быстрее, чем средняя зарплата. Иначе выражаясь эволюция навыков и технологий привела к тому, что производительность квалифицированных работников росла интенсивней чем средняя производительность с соответствующим влиянием на уровень зарплаты. К тому же работники с дипломом высшего образования получают намного больше работников со школьным образованием даже при равной результативности труда. Эволюционный рост неравенства помимо вышеназванных стран был характерен и для других стран Европы, а также для Японии. Пикетти утверждает: « … в любом обществе неравенства в доходах можно разложить на три категории: неравенство в трудовых доходах, неравенство в собственности на капитал и в получаемых с него доходах и связь между этими составляющими» [167, с. 238]. Из изложенного следует, что третьим определяющим фактором Пикетти считает связь между двумя названными составляющими: чем сильнее связь между высокими трудовыми доходами и доходами с капитала у некоторых категорий населения, тем выше доходы данных категорий по сравнению с другими и, как результат, острее проявляется неравенство между имущими (богатыми) и малоимущими (бедными). Важной закономерностью при определении неравенства, согласно теории Пикетти, является то, что неравенство в капитале всегда проявляется намного ярче, чем неравенство в труде. То есть капитал всегда распределяется

более неравномерно, чем труд. Задавая вопрос о том, будет ли неравенство в XXI веке ещё сильнее чем раньше, Пикетти подчёркивает: «… один вывод представляется очевидным: было бы иллюзией полагать, что в структуре современного роста или в законах рыночной экономики имеются силы сближения, которые естественным образом ведут к сокращению имущественного неравенства или к его гармоничной стабилизации» [167, с. 238]. В качестве наиболее подходящей меры по исключению интенсивного роста неравенства он предлагает «прогрессивный налог на капитал». Такой налог, по утверждению Пикетти «позволил бы установить верховенство общественного интереса над частным, сохранив при этом открытость экономики и действие сил конкуренции» [167, с. 469]. При этом Пикетти подчёркивает невозможность введения прогрессивного налога на капитал в каждой стране, но он всё равно является важным элементом идеальной налоговой системы социального государства. Излагая формы социального государства, Пикетти приводит данные государственных расходов в развитых странах на образование и здравоохранение – обычно 5 – 6% национального дохода на образование и 8 – 9% на здравоохранение. Начальное и среднее образование почти полностью бесплатно для населения во всех странах, а высшее образование может быть платным в США, Великобритании и в других странах. Государственная система медицинского страхования универсальна повсеместно в Европе, то есть доступна всему населению. А вот в США, отмечает Пикетти, она предназначена лишь для бедняков и пожилых людей. Во всех развитых странах государственные расходы покрывают значительную часть стоимости социальных услуг в сфере образования и здравоохранения: около трех четвертей в Европе и половину в США. В начале XXI века, согласно утверждению Пикетти, государство многих стран, исполняя обязательства по социальному обслуживанию населения взимает значительное количество налогов и взносов, а затем возвращает их домохозяйствам в виде замещающих доходов – это пенсий по возрасту, пособий по безработице, а также в виде различных денежных выплат (семейных пособий, социальных выплат и т.д.). В конечном итоге общий располагаемый доход домохозяйств в

совокупности остаётся неизменным. На практике основная часть всех замещающих расходов и трансфертов приходится на пенсии (от двух третий до трёх четвертей). В странах континентальной Европы пенсии по возрасту часто превышают 12 – 13 % национального дохода (первые места – Италия и Франция, опережая Германию и Швецию). В США и Великобритании пенсии намного строже ограничиваются для средних и высоких заработных плат. Пособия по безработице в странах составляют всего 1 – 2 % национального дохода.

Одна из альтернативных моделей государству благосостояния на этапе деструкции и кризиса государства всеобщего благоденствия (5-й этап по периодизации С.В. Калашникова) исследуется автором работы [175] *П. Розанваллоном* и именуется «обществом всеобщего возмещения убытков» со ссылкой на США. Суть данной модели заключается в приоритетности принципа возмещения ущерба социальной группе людей вместо принципа солидарности. Тем самым от индивидуального подхода в социальной поддержке происходит переход к групповой поддержке. Собственную трактовку сущности государства благосостояния изложили известные исследователи этой модели социального государства *Эспинг Андерсен* – в работе [63], *Норман Фернис* и *Тимоти Тилтон* – в работе [167, с. 469]. Суть их подхода заключается в исторической классификации государства благосостояния на три типа. В первом типе государства благосостояния предусмотрено создание для граждан равных возможностей. Во втором типе тоже закладываются равные возможности, но в дополнение гарантируется получение доходов не ниже прожиточного минимума. В третьем типе государства благосостояния обеспечивается создание разнообразных социальных служб, обеспечивающих определённые категории населения, а также принимаются меры по некоторому уравниванию доходов и полноценные меры по обеспечению полной занятости работоспособных граждан.

Период с середины 90-х годов XX века по настоящее время обозначен выше по тексту 6-м этапом развития социального государства, то есть *либерального социального государства*. Чтобы не умалить вклада российских учёных в генезис социального государства, применительно к данному этапу автор диссертации

решила изложить некоторые направления исследований исключительно отечественных авторов. При этом модели развития социального государства не всегда именуются авторами исследований как либеральное социальное государство. Так, ряд российских исследователей – *В.П. Милецкий* [151], *Е.В. Михалкина* [152], *В.А. Торлопов* [203]; *В.С. Афанасьев*, *Л.В. Афанасьева* [60] и др. – подразделяют социальное государство на либеральное, консервативное и социал-демократическое. При этом Е.В. Михалкина данную классификацию относит к государству социального благосостояния [152, с. 114], а В.С. Афанасьев и Л.В. Афанасьева консервативную модель обозначают как корпоративную. Предельно краткая характеристика названных моделей социального государства такова. *Либеральное* социальное государство, в котором для граждан создаются равные возможности и обеспечивается некоторое финансирование малообеспеченных граждан с созданием условий трудовой мотивации, то есть обязательного поиска ими работы. *Консервативное* социальное государство – законодательно закреплено право на получение минимального гарантированного дохода. Приоритетное ориентирование на социальное обеспечение семьи, а не отдельного гражданина. *Социал-демократическое* социальное государство – устанавливает равные социальные права граждан и одинаковые социальные условия, льготы. По мнению Торлопова, обозначенного в его работе [203], одним из критериев выделения либеральной, консервативной и социал-демократической моделей социального государства является соотношение объёмов финансовых вложений в социальные программы государства и частных лиц. В либеральной модели преобладает частное (внебюджетное) финансирование, примерно равные затраты на социальные нужды в консервативной модели, а в социал-демократической модели преобладает государственное финансирование В.П. Милецкий, помимо изложенных выше признаков использует индикаторы, которые по его мнению позволяют полноценно отличить либеральную, консервативную и социал-демократическую модели государства. В мире учёных они именуются индикаторами скандинавского социального государства. К таким индикаторам относятся:

« а) масштабы защиты населения от стихийных рыночных сил и недостаточно (низкого) уровня доходов населения;

б) масштабность социальных прав и социальной поддержки наиболее уязвимых и бедных социальных групп населения;

в) удельный вес частных (негосударственных) ассигнований (расходов), направленных на страхование, пенсионное обеспечение, медицинскую страховку и другие социальные нужды населения и соотношение этой доли с официальными выплатами из бюджета;

г) масштабы индивидуального или коллективного финансирования социальных программ и нужд, включая индивидуальные и коллективные вклады людей социального государства;

д) масштабы, в которых система социального обеспечения дифференцирована и организована по различным профессиональным группам и группам социального риска, включая социальные риски, связанные с безработицей, старостью, болезнями и др.;

е) ёмкость фондов перераспределения социальной политики, складывающихся из налоговых поступлений и доходов в фонды социального страхования от предпринимателей и предприятий;

ж) масштабы гарантий и обеспечения полной занятости населения» [116, с. 89 - 90].

К примеру, к модели либерального социального государства В.П. Милецкий относит страны: Австралия, Великобритания, Канада, США, Швейцария, Япония.

В работе коллектива авторов [126] представлено систематизированное изложение теории и практики социальной политики Российской Федерации. Рассматриваются проблемы и пути их решения государством, связанные:

- с оказанием социальной помощи в форме услуг медицинских, образовательных, культурных в области физкультуры и спорта;

- с пенсионной политикой;

- с социальным страхованием;

- со стратегией развития туризма и т.д.

В работе также авторы проводят анализ страны как социального государства. В контексте социального государства полноценно представлен зарубежный опыт. Подчёркивает, что в начале XXI века прослеживается предпочтительное усиление личной ответственности и перенесение акцента с социальной помощи на социальное страхование в странах ЕЭС и особенно в США. Данная тенденция преобразовалась в закономерность, выражающуюся индексом развития человеческого потенциала (ИРЧП). Авторы проводят дефиницию данного понятия: «Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) – рассчитывается в рамках Программы развития Организации Объединённых Наций на основании показателей ожидаемой при рождении продолжительности жизни; уровня грамотности взрослого населения и общим показателем обучающихся в начальных, средних и высших учебных заведениях; валовым внутренним продуктом (ВВП) в расчёте на душу населения по паритету покупательной способности (ППС) относительно доллара США» [126, с. 558]. Динамика роста ИРЧП в конце XX века и в начале XXI века характерна для значительной части стран. Социальная политика рассматривается учёными и практиками применительно к современному государству с точки зрения политики социального обеспечения, социальных услуг населению и системы государственных мер, выполнение которых связано с повышением качества и уровня жизни граждан. Социальная политика вырабатывается на основе действенного механизма социального развития страны, созданного с учётом сбалансированного сочетания социальной справедливости, обеспечения всеобщей доступности основных социальных благ и устойчивого социально-экономического и духовного развития России. В завершение исследования становления и развития социального государства сочтено целесообразным обобщённо представить концептуальные теоретические подходы учёных к определению модели социального государства в виде таблицы 1.1.

Таблица 1.1 – **Концептуальные подходы по определению модели социального государства**

№ п/п	Этапы исторического развития социального государства	Концептуальный подход к модели социального государства	Авторы
1	С 70-х годов XIX в. до 30-х годов XX в.	Зарождение социального государства, формирование социалистического государства	Лоренц фон Штайн [288], Ю. Офнер [277], Ф. Неуманн [276], Х. Браун и М. Нихаис [238], Б. Вехнер [298],Ф. Вернер [299], В. Бевериджа [236], Э. Форстхофф [253] и др.
2	С 30-х до конца 40-х годов XX в.	Правовое социальное государство	
3	С конца 40-х по 60-е годы XX в.	Государство социальных услуг	П. Тойн, П.Ньюби [202], современные авторы: Е.Н. Жильцов [109], Е.В. Егоров [107] и другие.
4	С конца 50-х до середины 80-х годов XX в.	Государство благосостояния	Альфред Маршалл и Артур Сесиль Пигу [164; 165], современные авторы: Г.А. Ахинов [61; 62], И.Н. Мысляева [63], Е.В. Михалкина [152] и другие учёные.
5	С начала 80-х по середину 90-х годов XX в.	Государство благосостояния периода деструктуризации и кризиса	Томас Пикетти [167], П. Розанвалон [175] и другие.
6	С середины 90-х годов XX в. по настоящее время.	Либеральное, консервативное, социал-демократическое социальное государство	В.А. Торлопов [203], В.С. Афанасьев [60], Н.А. Волгин, В.Н. Кушлин [126], Л.П. Храпылина [52] и другие.

Источник: разработано автором с учётом периодизации генезиса С.В. Калашникова [116].

Далее продолжится более подробное изложение теоретических основ по оценке качества социальных услуг. Для всестороннего, глубокого либо краткого исследования социальных услуг автор диссертации выделила следующие

социальные услуги, которые предоставляются населению с использованием автомобильного транспорта.

1. Перевозки населения (работающей части населения, детей, студентов, пенсионеров и др.) автомобильным транспортом.

2. Услуга службы «Социальное такси», предоставляемая инвалидам и другим маломобильным группам населения.

3. Перевозки туристов автомобильным транспортом (трансфер, экскурсии с использованием автобусов, микроавтобусов, дальние перевозки туристов, поездки в экстремальных погодных условиях).

4. Медицинская помощь с использованием автотранспорта следующим категориям населения:

■ жителям отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений;

■ населению, работающему (часто вахтовым способом) в отдалённых и труднодоступных местах: на лесозаготовках, на рудниках; в местах разведки или добычи нефти, газа; в местах прибрежной добычи рыбы (в реках, озёрах), на угодьях сельскохозяйственного использования вдали от населённых пунктов;

■ населению, находящемуся на кратковременном самоорганизованном отдыхе в труднодоступных и отдалённых местах (у водоёмов, в лесу, в горах);

■ населению, совершающему поездки на рейсовых автобусах и попадающему в ДТП на труднодоступных и безлюдных участках автомобильных дорог, эвакуируемому и госпитализируемому при необходимости.

5. Аутсорсинговые услуги по доставке продуктов питания в торговую сеть, школы, детские сады, больницы, кафе, рестораны, столовые организаций.

6. Курьерские услуги - доставка промышленных товаров, грузов в торговую сеть и к местам проживания населения, включая логистические решения «door-to-door» («от двери до двери»).

7. Мобильные медицинские комплексы в населённых пунктах (в том числе с численностью менее 100 человек).

8. Мобильная патронажная служба.

Априорный анализ классифицированных социальных услуг с использованием автотранспорта позволил сделать вывод о целесообразности подробного анализа лишь услуг, имеющих невысокий уровень качества в течение продолжительного периода времени. К такого рода социальным услугам целесообразно причислить первые четыре услуги и услугу под номером семь, повышение качества которых крайне актуально.

Для подтверждения актуальности анализа реального уровня качества и разработки конкретных мер для роста индикаторов качества исследуемых социальных услуг целесообразно дать краткую характеристику каждой из услуг населению с использованием автомобильного транспорта. Одна из важных среди них – *перевозки разных категорий населения.* Услуга осуществляется городскими автобусами и автобусами населенных пунктов, включает межмуниципальные, межрегиональные и международные перевозки. Помимо автобусов в реализации данной социальной услуги используются микроавтобусы и легковые автомобили. В зависимости от назначения данная услуга населению реализуется в виде перевозок работающего населения, перевозок детей, туристов и т.д. Принимают в этом участие как государственные, так и частные транспортные компании. При этом качество услуги по маршрутной перевозке населения следует рассматривать не только в контексте создания комфортных условий в салоне транспортного средства (ТС), информационного обеспечения в процессе поездки, корректного обслуживания в салоне, но с учётом времени ожидания транспортного средства, состояния оснащения пунктов ожидания (остановок), времени посадки в ТС и скорости передвижения по маршруту. Если для примера рассмотреть перевозки населения автомобильным транспортом на дальние расстояния с наличием сложных дорожных условий, то качество такой услуги социальной направленности включает решение вопроса оснащения ТС системами активной и пассивной безопасности. Особого внимания требует такая услуга социальной направленности, как организованная перевозка группы детей (школьные перевозки, перевозки детей в спортивные, оздоровительные лагеря и т.п.). Качество данной услуги, помимо создания комфортных условий в автобусе,

достигается соблюдением особых требований, установленных «Правилами организованной перевозки группы детей автобусами» [29]. В 2015 году в Правила были внесены изменения, ужесточающие требования к квалификации водителей автобусов с детьми, году выпуска автобуса – не более 10 лет, к программе маршрута, порядку уведомления о перевозке группы детей.

К числу важных социальных услуг относится *автотранспортное обслуживание людей с ограниченными возможностями здоровья, особенно в форме «Социального такси».* Для понимания следует пояснить, о какой группе населения идёт речь и тем самым определить направленность услуги. Автотранспортное обслуживание населения в рамках рассматриваемой услуги предполагает создание комфортных условий для людей с ограниченными возможностями опорно-двигательной системы, с дефектами зрения и другими отклонениями здоровья − при подходе к остановке, при посадке в ТС, в процессе поездки и при покидании транспортного средства. Люди с ограниченными возможностями здоровья, их сопровождающие нередко испытывают трудности при подходе к остановке общественного автотранспорта, если по пути необходимо преодолевать транспортные потоки по подземным или надземным переходам (что особенно сложно, а порой вообще неосуществимо). Неудобства возникают при длительном ожидании автобуса нужного маршрута. Но главная проблема состоит в посадке в автобусы, не приспособленные к приёму пассажиров-инвалидов с дефектами опорно-двигательной системы. В процессе поездки по маршруту важно, чтобы в транспортном средстве были организованы информационное обеспечение на табло в виде бегущей строки и/или объявления по местной радиосети. Отсутствие такого информирования приводит к напряжённому состоянию людей с ограниченными возможностями здоровья, их сопровождающих из-за суеты, спешки при покидании ТС, вызывает задержку своевременного отправления ТС. Выход (или выезд) из транспортного средства тоже создаёт трудности, дискомфорт, если ТС не приспособлено для посадки-высадки инвалидов. В связи с изложенным, важно знать реальное состояние дел с обслуживанием данной категории населения в автотранспорте, принимать меры к

повышению качества услуги. На обеспечение транспортной доступности инвалидов с нарушением статодинамических функций, других маломобильных групп населения нацелена служба «Социальное такси». Основное предназначение службы заключается в оказании льготной услуги гражданам, испытывающим трудности в передвижении без посторонней помощи, при их перевозке в медицинские организации, общеобразовательные учреждения, административные организации, другие приоритетные объекты. Пользоваться «Социальным такси» для инвалидов и других граждан с ограниченными возможностями к передвижению гораздо доступней и комфортней нежели совершать поездку на маршрутном автобусе.

Развитие услуги «Социальное такси» осуществляется субъектами РФ в порядке выполнения государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» [23]. Учитывая многообразие и глубину проблем, имеющихся при организации перевозок маломобильных инвалидов и при автоперевозках туристов, вопросу *управления качеством услуг по организации перевозок пользователей службы «Социальное такси» и перевозок туристов* посвящены отдельные главы 2 и 3.

В состав важных услуг с использованием автомобильного транспорта автор включила и малоисследованную услугу по предоставлению *медицинской помощи жителям отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений и оказанию скорой медицинской помощи населению, включая чрезвычайные ситуации на автомобильных дорогах, в других местах.* Потребность в данной услуге обусловлена отсутствием во многих сельских поселениях учреждений здравоохранения и медицинского персонала. Как и всё другое население регионов страны жители малочисленных сельских поселений нуждаются не только в профилактических обследованиях с целью выявления болезней сердца, туберкулёза, онкологических и других заболеваний, не только в получении помощи заболевшим, но и в оказании неотложной медицинской помощи, часто требующей эвакуации больных. Скорая медицинская помощь жителям посёлков оказывается с применением автомобилей, оборудованных

специальными медицинскими средствами. Особого внимания заслуживает, по мнению автора, система оказания современной медицинской помощи с использованием автотранспорта представителям населения, попавшим в дорожно-транспортное происшествие (ДТП), другие чрезвычайные ситуации.

К категории социальных услуг с применением автомобильного транспорта относится *аутсорсинговая услуга по доставке продуктов питания в торговую сеть, школы, детские сады, организации для детей-сирот, больницы, кафе, рестораны, столовые организаций.* Такого рода услуга выполняется как государственными, так и частными компаниями. Но в любом случае качество доставки продуктов питания оценивается получателем услуги комплексно – с учётом стоимости продуктов, которая включает транспортную составляющую в цене, и своевременности поставки. При этом качество доставки продуктов достигается техническим оснащением автомобилей, транспортирующих продукты (то есть наличием холодильной установки, мест для укладки продуктов), а также обеспечением санитарно-гигиенических требований. Обслуживание населения в форме курьерской услуги − *доставки промышленных товаров, грузов в торговую сеть и к местам проживания населения (включая логистические решения «door-to-door» («от двери до двери»)* проводится преимущественно частными транспортными и торгово-транспортными компаниями. Выбор поставщика такого рода услуги со стороны потребителя в основном зависит от таких показателей качества, как приемлемость цены доставки, своевременность, безотказность доставки, целостность, сохранность доставляемых товаров (грузов). Разумеется, имеют значение и этические индикаторы качества: вежливость, внимательность, взаимопонимание и другие. *Мобильная патронажная служба* – это новая модель патронажной службы, задача которой – оказание медицинской помощи на дому гражданам, как правило, пожилого возраста, которые не могут обслуживать себя, передвигаться из-за болезни или травмы. По обращению пациента или родственников в районную поликлинику за нуждающимся в помощи закрепляют патронажную бригаду (врача и две медсестры), которая выезжает домой, проводит обследование, назначает лечение. У патронажной бригады

есть мобильное оборудование для экспресс-диагностики: анализы, электрокардиограмма, измерение давления. В случае необходимости патронажный врач организует транспортировку пациента в больницу. Всё это позволяет сократить количество вызовов бригад скорой и неотложной помощи. Как правило, у пациентов патронажной службы сразу несколько заболеваний, требующих наблюдения врача. В связи с этим патронажный врач навещает такого больного дважды в квартал, а медсестра – раз в месяц. Порядок работы с 2017 года пилотного проекта мобильной патронажной службы столицы изложен в работе [186]. Даже из краткой характеристики социальных услуг с использованием автотранспорта (некоторым из них посвящены отдельные главы диссертации) видна их значимость. Поэтому проблемы повышения качества таких услуг должны быть постоянно в центре внимания государственных, муниципальных органов, частных организаций – поставщиков услуг, экспертов, аналитиков и исследователей.

Повышение качества услуг с использованием автомобильного транспорта требует разной степени внимания и усилий экономического характера в зависимости от вида услуги. Например, уровень качества аутсорсинговой услуги по доставке автотранспортом продуктов питания в торговую сеть, школы, детские сады, больницы, рестораны, столовые организации, а также курьерские услуги по доставке промышленных товаров, грузов в торговую сеть и к местам проживания населения не требует особого внимания ни государственных органов, ни аналитиков и экспертов в силу того, что требуемый уровень качества услуг по существу обеспечивается рыночными отношениями между поставщиками и потребителями услуг. В то же время качество остальных из перечисленных видов услуг с применением автотранспорта нельзя рассматривать как саморегулируемое. Более того, например, такая социальная услуга, как мобильная патронажная служба в силу своей зачаточности и парадигматичности требует отдельного глубокого исследования процесса роста качества. Развитие теоретических концепций по качеству услуг социальной направленности населению с использованием автотранспорта рассматривается в двух

взаимосвязанных, интегрированных направлениях. Прежде всего, выделен принцип синтетического исследования качества *одновременно всех важных социальных услуг с использованием автомобильного транспорта*. К таким услугам, как уже отмечалось, отнесены:

- перевозки населения автотранспортом;

- услуга службы «Социальное такси», предоставляемая инвалидам и другим маломобильным группам населения;

- перевозки туристов автомобильным транспортом;

- медицинская помощь с использованием автотранспорта, оказываемая определенным категориям населения;

- мобильные медицинские комплексы в населенных пунктах (в том числе с численностью менее 100 человек) – составная часть услуги по оказанию медицинской помощи.

То есть группа услуг, выделенных автором для исследования процессов повышения качества услуг, рассматривается как единое целое. Алгоритм такого подхода кратко представлен на рисунке 1.1 и раскрыт чуть ниже.

Рисунок 1.1 – **Принцип синтетического исследования качества одновременно всех исследуемых услуг**

Источник: разработано автором

В процессе воплощения принципа синтетического исследования качества одновременно всех важных услуг с использованием автомобильного транспорта были определены показатели качества общие для каждой из них:

1. Территориальная (географическая) доступность услуг для населения.

2. Приемлемая стоимость для пользователей социальных услуг.

3. Своевременность, оперативность предоставления услуг.

4. Достаточность внимания к повышению качества услуг со стороны администрации субъекта РФ, федерального центра и руководителей службы, предоставляющей услуги.

5. Безопасность пользователей услуг при их перевозке автотранспортом.

6. Вежливость, корректность, внимательность к пользователям услуг.

При генезисе рассматриваемого принципа были выявлены общие для всех услуг при автотранспортном обеспечении населения факторы негативного воздействия на качество, порождающие значительные проблемы в процессе оказания услуг, а потому требующие соответствующего анализа:

1. Невысокое качество отечественных автомобильных дорог, особенно регионального и местного значения.

2. Неэффективное управление повышением качества социальных услуг.

3. Недостаточное финансирование большинства важных услуг.

4. Длительная эксплуатация автомобильного транспорта, что снижает безопасность и комфортность перевозки пользователей услуг.

5. Незаконопослушное поведение за рулём определённой категории водителей, приводящее к дорожно-транспортным происшествиям, - признак низкой квалификации.

Развитие теоретических концепций повышения качества *отдельно каждой услуги* из состава исследуемых социальных услуг выражается в следующем диалектическом подходе:

- поиск, анализ специальной литературы законодательно-нормативных документов, фактических данных, образующих методологическую и теоретическую базу исследования;

- определение показателей качества услуг, выделение ключевых показателей;

- оценка качества социальных услуг по выработанным индикаторам;

- выявление факторов негативного воздействия на качество услуг, проблем, действующих продолжительное время в процессе предоставления услуг;

- разработка и реализация эффективных мер по нейтрализации, устранению негативного воздействия факторов, проблем на качество услуг, предоставляемых с использованием автомобильного транспорта;

- обеспечение динамичного роста показателей качества исследуемых услуг.

Несмотря на многообразие существующих в мире систем оказания услуг социальной направленности и различие в уровне их развития, нет ни одной страны, которая не имела бы каких-либо проблем с предоставлением автотранспортных услуг: не всегда приемлемая стоимость, неадекватное поведение за рулём определённой категории водителей, проблема с территориальной доступностью услуг, недостаточно эффективное управление качеством и др. Поэтому во всём мире продолжают развивать теоретические концепции в направлении совершенствования управлением качества социальных услуг с использованием автомобильного транспорта.

Истоки отечественного зарождения и развития теоретических концепций по вопросам качества автотранспортных услуг уходят своими корнями к началу масштабного производства автомобилей в России. В связи с этим продолжительность предоставления любой из перечисленных выше услуги не превышает столетнего периода. Более того, такие услуги населению, как услуга службы «Социальное такси», аутсорсинговые услуги по доставке продуктов питания; курьерские услуги по доставке промышленных товаров, грузов в торговую сеть, к местам проживания населения имеют продолжительность предоставления не более трёх десятков лет. Что касается услуги мобильной медицинской патронажной службы, то необходимость развития теоретических концепций по вопросам качества (как и сама услуга) возникла всего несколько лет назад. Современные тенденции в развитии теоретических концепций по вопросам

качества услуг населению с использованием автотранспорта ориентированы на детализацию процессов оказания услуг, подробные исследования состояния качества социальных услуг с применением методологии, содержащей систему принципов, способов, приёмов. В процессе диссертационного исследования установлено, концептуальные подходы к обеспечению качества социальных услуг со стороны служб и государственных органов, предоставляющих услуги населению различаются по использованию способов, методов, приёмов. Так, во многих субъектах РФ транспортная услуга службы «Социальное такси» предоставляется инвалидам, другим маломобильным гражданам бесплатно либо по умеренным ценам, а другие субъекты РФ, руководствуясь принципом минимизации финансовых затрат, услугу службы «Социальное такси» оказывают по предельно высокой для потребителей стоимости. Во многих регионах автотранспорт службы «Социальное такси» вполне загружен заказами потребителей, но в некоторых субъектах РФ автомобили используются крайне нерационально. При перевозках туристов автотранспортом (трафик, автобусные экскурсии, перевозки на дальние расстояния) значительная часть туроператоров и турагентов уклоняется от обеспечения качества транспортирования клиентов, полностью перекладывая возложенную на них законодательно ответственность за качество услуги на автоперевозчиков. В результате такой бесконтрольности российские и зарубежные автоперевозчики совершают ДТП разной степени тяжести. При оказании услуг по перевозке детей автобусами для обеспечения качества правомерно акцентируется внимание на сроке эксплуатации транспортного средства – не более 10 лет. При этом несправедливо игнорируется принцип высокой квалификации водителей, одним из способов обеспечения которой, по определению диссертанта, является непрерывный стаж интенсивной работы не менее 3-х лет.

Учитывая важность всех приведенных выше показателей качества, факторов и проблем негативного воздействия на качество услуг, каждая глава диссертации содержит анализ уровня развития показателей качества, исследование факторов и проблем, воздействующих на качество услуг.

Одновременно в главах проводится анализ специальной научной литературы, законодательно-нормативных документов, а также ретроспективный, апостериорный, прогнозный анализы фактических результатов по каждой услуге. Во всех главах также представлены разработанные автором методики, способы, средства и т.д. по минимизации, исключению негативного воздействия факторов, проблем на качество услуг, предложено их широкое внедрение, включая издание законодательно-нормативных документов. Такой подход обусловлен тем, что каждая исследуемая услуга не универсальна, а специфична.

1.2. Методология исследования, оценки и повышения качества социальных услуг, оказываемых с использованием автотранспорта

Методология подробного анализа, оценки и повышения качества услуг населению с использованием автотранспорта, применённая автором, предполагала подбор и реализацию совокупности методов, приёмов, форм и принципов для вышеназванных социально ориентированных услуг. Методология и теоретические исследования, проведённые и учтённые автором в диссертации, включают:

- анализ положений, сведений и данных в научных работах, материалах конгрессов, конференций, семинаров, а также изучение законодательных и нормативных документов;
- определение показателей качества для каждого вида услуг населению с использованием автотранспорта;
- разработку алгоритма оценки реального состояния качества обслуживания населения с использованием автомобильного транспорта;
- системный, всесторонний анализ факторов, влияющих на уровень качества услуг социальной направленности и на показатели качества;

■ выделение наиболее значимых (ключевых) факторов влияния и форм проявления, исследование их совместного и индивидуального воздействия на индикаторы качества услуг с ранжированием воздействия факторов;

■ выбор и применение комплекса научных методов исследования услуг населению индивидуально к анализируемой проблеме;

■ разработку собственных научных концепций, методик и методов повышения качества исследуемых услуг населению с использованием автотранспорта, их верификацию;

■ оценку социально-экономической эффективности предложенных концепций, методик и методов повышения качества услуг социальной направленности.

Качественная социальной услуга населению – это услуга, которая соответствует запросам потребителей и отвечает высокому уровню показателей качества, принятых для оценки данной услуги. Методологическое исследование положений и сведений по проблемам качества услуг с применением автотранспорта, содержащихся в научных работах, материалах конференций, семинаров, показало их дисперсность и малоизученность. Определение показателей качества услуг населению, оказываемых с использованием автотранспорта, проводилось для каждого вида исследуемых услуг, в том числе индикаторов качества единых для каждой услуге. При этом автор руководствовалась принципом, когда из множества возможных показателей качества учитываются лишь те, проявление которых способны оценить как потребители, так и поставщики услуг, хотя порой и с разной степенью восприятия. Определение показателей качества с подходом, основанным только на оценке качества услуги по степени удовлетворенности потребителей было бы односторонним и субъективным. Несмотря на то, что при таком подходе может учитываться мнение достаточно большого количества потребителей, оно лишено разносторонности и объективности. Поэтому выбор показателей качества для исследуемых услуг социальной направленности осуществлялся автором, как с точки зрения потребителей, так и с позиции поставщиков услуг. Концептуальный

подход к оценке реального уровня качества обслуживания населения включал изучение уровня качества исследуемых услуг по особо важным показателям качества и факторам влияния на качество услуг с применением наиболее приемлемых научных методов. Так, услуга по перевозке различных категорий населения автотранспортом анализировалась автором с учётом оценки индикаторов, характеризующих качество отечественных дорог и объектов дорожного сервиса. При этом были применены методы априорного и апостериорного анализа, метод сравнений и аналогий применительно к качеству российских автодорог и дорог в других странах, метод экспертных оценок отечественными и зарубежными специалистами, метод практического визуального наблюдения и обобщений, апостериорный метод анализа на основании имеющихся данных. Изучение состояния качества медицинского обслуживания с использованием автотранспорта жителей сельских поселений, оказания скорой медицинской помощи населению, медицинской эвакуации, в том числе при авариях на дорогах и в других местах, проводилось методом сравнения действий российских медиков с зарубежным опытом, путём изучения накопленной информации, содержащейся в официальных статистических ежегодниках Федеральной службы государственной статистики (Росстата), а также статистических данных в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», федеральной целевой программе «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года», в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 [10]. Алгоритм исследования уровня качества и отечественных достижений в создании условий для комфортных и безопасных перевозок населения на автотранспорте включал анализ развития службы «Социальное такси» с использованием данных субъектов РФ, полученных по Перечню вопросов по работе службы «Социальное такси», направленного автором в Департаменты социальной защиты населения субъектов РФ (Приложение 2 к диссертации). Требуемые результаты стали возможными благодаря изучению специальной литературы, законодательно-нормативной документации и применению методов

системного и кластерного анализа, сравнений и аналогий; методы практического наблюдения, обобщений, апостериорного анализа, других научных методов. При исследовании факторов влияния одновременно с системным анализом выполнялся факторный анализ. *Факторный анализ* – это анализ влияния отдельных факторов на результативные показатели с оценкой воздействия каждого фактора. Для исследуемых социальных услуг результативными показателями являются степень развития услуг в конкретных регионах либо организациях и уровень качества услуг, определяемый результатами оценки по выработанным показателям качества. Факторный анализ – достаточно универсальный метод исследования, а факторы – крайне многообразны. Для более содержательного исследования влияния различных факторов на развитие и повышение качества услуг населению с использованием автотранспорта диссертантом разработан способ многокритериального факторного моделирования. Любой вид анализа услуг представляет собой детальное изучение, рассмотрение, разбор состояния развития и качества услуг. Он позволяет установить тенденции проявления как нежелательных, так и позитивных процессов при оказании услуг при автотранспортном обеспечении населения. Результаты анализа позволяют разрабатывать варианты эффективных управленческих решений, которые помогают замедлить или даже устранить проявление отрицательных явлений и обеспечить развитие положительных процессов. Основными задачами анализа являются: оценка состояния развития и качества услуг по выработанным показателям, дающим объективную и точную картину в конкретной организации либо в конкретном субъекте РФ; выявление положительных и отрицательных факторов с измерением их воздействия на показатели качества; определение возможных резервов динамичного развития и повышения качества услуг; оценка достаточности финансирования услуг. Учитывая, что применительно к услугам социальной направленности населению любой вид анализа является научным исследованием путём всестороннего разбора, рассмотрения отдельных сторон, свойств услуги, диссертантом были

выработаны и применены конкретные принципы выполнения анализа, единые для всех исследуемых услуг:

■ анализ должен носить научный характер, базируясь на диалектическом подходе к исследованию, используя передовые достижения по конкретной услуге;

■ анализ должен проводиться на основе системного подхода с учётом всех внутренних и внешних связей, взаимозависимости отдельных элементов услуг;

■ анализ должен быть всесторонним, объективным с использованием достоверных, проверенных данных;

■ анализ должен быть результативным, действенным, динамично влиять на процессы развития и повышения качества услуг;

■ по признаку времени проведения анализ должен содержать: ретроспективные данные, т.е. обращённые к прошлому, содержащие данные прошлых лет; данные «сегодняшнего дня»; перспективные, прогнозные данные;

■ максимальная закрытость результатов анализа в целях сохранения конфиденциальности информации и максимальная открытость для непосредственных участников развития и повышения качества услуг;

■ анализ должен быть эффективным – с оптимальными затратами средств и времени;

■ итоги анализа должны содержать полноценную информацию, достоверные данные, заключение, позволяющие сформировать эффективные решения по устранению выявленных недостатков, существенным положительным изменениям состояния развития и качества услуг.

Оценка степени развития, уровня качества исследуемых услуг выполнялась с применением *системного подхода*, т.е. проводилось комплексное изучение услуг населению, при котором каждая услуга рассматривалась как единая целостная система, состоящая из элементов, тесно взаимосвязанных между собой. Системный подход применялся как при определении степени развития, уровня качества, так и при оценке факторов воздействия на процессы предоставления услуг. Методология исследования факторов, влияющих на уровень качества услуг и на показатели качества, проводилась путём тщательного предметного анализа

факторов влияния. Системный подход к оценке факторов воздействия на качество услуг в системе автотранспортного обеспечения населения и к изучению индикаторов качества таких услуг состоял в том, чтобы всесторонне определить весомость, степень воздействия на качество каждого из факторов и критериев качества. Системное исследование факторов влияния на качество услуг и показателей качества видов услуг заключалось также в определении результатов совокупного воздействия одновременно нескольких факторов и в оценке степени индивидуального влияния каждого из факторов. Системность анализа состояла и в ранжировании, определении наиболее значимых (ключевых) факторов воздействия на качество услуг. Аналогично исследовались и показатели качества по видам услуг. Так, системный анализ проводился в процессе исследования факторов влияния на безопасность перевозки пассажиров автотранспортом, при выборе наиболее существенных соиндикаторов показателей качества медицинской помощи населению с использованием автотранспорта, для оценки уровня качества автомобильных дорог по выработанным конкретным индикаторам, при формировании критериев квалификации водителей транспортных средств, в период анализа других проблемных явлений. Во время системного анализа показателей качества услуг и факторов воздействия на степень развития и уровень качества услуг населению для выделения ключевых показателей качества и наиболее значимых факторов влияния использовался *Парето-анализ множества альтернатив*. При этом было учтено, что одной из важных черт исследуемых услуг является некоторая неопределённость протекающих процессов предоставления услуг населению. Неопределённость объясняется ещё сравнительно слабой изученностью анализируемых процессов, недостатком информации о состоянии развития услуг, отсутствием единых показателей качества конкретной услуги, наличием существенных ошибок измерения степени воздействия на процесс имеющихся факторов, трудностью предсказания состояния процессов развития и роста показателей качества на конкретный период времени. Другими словами, исследование каждой услуги социальной направленности населению является многокритериальной задачей,

которая требует выделения из множества альтернатив ограниченного слоя Парето, то есть исследования процесса не по всем выявленным критериям, а предпочтительно по важнейшим. Паретовский слой выделяется из полного набора критериев в формируемый сокращённый состав критериев, определяемых как наиболее важные. Как правило, любому глубокому анализу предшествовал детальный *априорный анализ* существа вопроса. Априорный, или предварительный анализ, выполнялся с целью оперативного определения состояния развития и уровня качества конкретной услуги по предварительно принятым индикаторам качества. Априорный анализ как анализ, предшествующий последующему подробному анализу с принятием эффективных решений, позволяет выделить тенденции протекания процессов, главные проблемы по услугам, наиболее характерные для анализируемой организации либо субъекта РФ, страны в целом и требующие приоритетного решения. *Метод практического визуального наблюдения и обобщений* применялся, например, в процессе практической оценки автором состояния автомобильных дорог и придорожного сервиса (с целью подтверждения научных выводов) на примере федеральной трассы М-4 «Дон» некоторых муниципальных дорог местного значения (результаты представлены в главе 6, в работах [145], [146] и др. Этот же метод применялся автором при анализе качества медицинских услуг в сельских поселениях с использованием автотранспорта (результаты изложены в главе 5 и работах [144], [147] и др.), а также при мониторинге поведения водителей автобусов (в том числе обслуживающих туроператоров и турагентов) и микроавтобусов согласно Методике, изложенной в главе 4 диссертации. При наличии возможности, авторские наблюдения дополнялись *выборочным опросом* участников процесса: экспертов и специалистов по строительству, эксплуатации автомобильных дорог; работников медицинских организаций (включая станции скорой помощи) и пациентов, обращающихся за медицинской помощью; руководителей турагентств и их сотрудников; работников автобусных парков, включая водителей. В результате у автора был накоплен определённый опыт, позволяющий продолжать и завершать исследования по методам наблюдения и

обобщений, выборочного опроса в сочетании с изучением научной литературы, материалов конференций, информации в СМИ – *апостериорным анализом*. В процессе выбора доминирующих соиндикаторов (индикаторов второго уровня), наиболее полно и всесторонне характеризующих ключевые, интегральные показатели качества услуг социальной направленности населению с использованием автотранспорта (безопасность перевозки пассажиров и безопасность других участников дорожного движения; доступность, своевременность, полноценность и результативность медицинской помощи; состояние автомобильных дорог в местах проживания, работы и кратковременного самоорганизованного отдыха сельского населения; квалификация водителей автобусов, микроавтобусов, грузовых и легковых автомобилей; степень неблагоприятного воздействия автомобильного транспорта на население, окружающую среду и др.) проводился *кластерный анализ*. В процессе исследования автор часто применяла метод сравнений и аналогий – при сопоставлении стоимости строительства автомобильных дорог в России и других странах (глава 6), сравнении безопасности населения по количеству пострадавших в ДТП (в сочетании со сравнением уровня автомобилизации) в России и за рубежом (глава 1), при сопоставлении скорости движения автомобилей (в том числе общественного транспорта) в российской столице и городах других стран (глава 1); при сравнении числа медицинских организаций (фельдшерско-акушерских пунктов, станций скорой медицинской помощи) и количества врачей, среднего медицинского персонала в стране в разные годы, то есть при определении динамики процесса (глава 5); при сравнении квалифицированных и неквалифицированных водителей автобусов и других ТС по выработанным критериям (глава 3) и т.д. В перечислении видов УСНН, при установлении уровня качества которых, степени развития применялся *метод экспертных оценок*, нет необходимости: практически всякий раз при анализе качества предоставления услуг автор использовала данный метод. При этом изучались позиции экспертов как по научным работам, так и по выступлениям на конференциях, семинарах. Сравнительная оценка весомости показателей качества

услуг, выделение наиболее значимых индикаторов проводились с применение системы KPI (key performance indicators – ключевых индикаторов исполнения), предусматривающей количественное и критериальное выражение уровня качества. Система KPI применялась и при определении весомости факторов влияния. Методология исследования путей повышения качества услуг населению с использованием автотранспорта предусматривала оценку социально-экономической эффективности положительного воздействия ключевых факторов влияния, роста показателей качества услуг и экономических потерь, ущерба от негативного проявления факторов и снижения индикаторов качества. При этом определялась степень роста или падения социального статуса видов услуг в зависимости от направленности воздействия факторов влияния. Необходимость всестороннего исследования проблем повышения качества услуг социальной направленности населению с применением автотранспорта, дисперсность и фрагментарность результатов их изучения учёным сообществом потребовали разработки собственной научной концепции, методик, методов, способов, принципов их апробирования и верификации. Содержание и характеристика научных разработок автора изложены по тексту диссертации. Среди них: Концепция управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъекте Российской Федерации до 2030 года, научно-практический метод одновременной реализации нескольких дорожных проектов на условиях государственно-частного партнёрства (ГЧП) или муниципально-частного партнёрства (МЧП) с разным уровнем инвестиционной привлекательности при строительстве, ремонте автодорог местного и межмуниципального значения, Методика периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения, проживающего и/или работающего в отдалённых труднодоступных местах (Приложение 1 к диссертации), Методика повышения качества услуг социальной направленности населению путём мониторинга поведения, состояния здоровья водителей транспортных средств (ТС) и технического состояния ТС при

междугородных, международных перевозках населения (включая туристов) и перевозках грузов (параграф 4.3.1 диссертации), другие разработки. Все концепции, методики, методы, предложения автора по повышению качества услуг населению с использованием автомобильного транспорта разработаны с целью достижения максимальной социально-экономической эффективности. Конкретные социально-экономические эффекты показаны при изложении соответствующей научной разработки автора в главах 2, 3, 4, 5, 6. Результаты верификации и внедрения представлены по тексту диссертации и в Приложении1.

1.3. Концепция механизма повышения качества социальной услуги - перевозки населения автомобильным транспортом

Перевозки населения, осуществляемые автобусами, микроавтобусами, составляют основную долю всех перевозок на транспорте, что подтверждается данными Федеральной службы государственной статистики (Росстата), Минтранса РФ на основе которых составлена таблица 1.2.

Таблица 1.2 − **Перевозки населения по видам транспорта общего пользования, миллионов человек**

Вид транспорта	Годы							
	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Перевезено пассажиров транспортом общего пользования:								
железнодорожным	1419	1339	947	1025	1040,0	1121,3	1160	1201
автобусным (включая перевозки на коммерческой основе)	23001	16374	13434	11523	11296	11185	10912	10637
воздушным	23	37	59	94	91	108	118	131

Источник: составлено автором на основе[1]

Из таблицы следует – подавляющее большинство населения страны перевозится автобусами (примерно 60% общего объёма перевозок), что делает

[1] URL: https://rosstat.gov.ru/folder/23455?print=1 (дата обращения: 17.05.2021)

автобусные перевозки приоритетными и является одним из аргументов для глубокого изучения уровня обслуживания пассажиров, принятия мер по повышению качества услуги. Ещё одним обстоятельством, подтверждающим актуальность исследования и решения проблем качества перевозки населения автотранспортом, является сравнительный анализ аварийности на различных видах транспорта. Результаты анализа за 2005 -2019 годы приведены в таблице 1.3, подготовленной на основе данных Росстата и ГИБДД.

Таблица 1.3 – **Численность пострадавших в происшествиях с транспортными средствами, человек за год**

Вид транспорта	Погибло						Ранено					
	2005	2010	2015	2017	2018	2019	2005	2010	2015	2017	2018	2019
Пострадало в происшествиях с подвижным составом:												
на железнодорожном транспорте общего пользования	1	–	3	3	1	3	1	–	11	24	–	2
на автомобильных дорогах и улицах, тыс.	34,0	26,6	23,1	19,1	18,2	17,0	274,9	250,6	230,3	215,4	214,9	210,9
на морском транспорте	–	10	12	6	6	16	–	–	1	2	–	2
на внутреннем водном транспорте	16	3	5	2	1	3	–	–	–	–	–	2
на воздушном транспорте	56	34	60	50	128	70	–	112	71	29	36	142

Источник: составлено автором на основе[2]

Данные таблицы 1.3 констатируют – число погибших и раненых в автомобильных авариях намного превышает людские потери на других видах транспорта. Поэтому масштабность проблем безопасности и комфортности услуг при автотранспортном обеспечении населения заслуживают особого внимания.

[2] URL: https://rosstat.gov.ru/folder/23455 (дата обращения: 13.10.2020)

С целью выработки действенных, многовекторных мер по совершенствованию качества социальной услуги – перевозки населения, оценке социально-экономической эффективности предлагаемых мер необходимо установить показатели (целевые индикаторы), характеризующие уровень качества рассматриваемой услуги. В процессе исследования выявлен ряд показателей качества названной услуги, представленных в таблице 1.4.

Таблица 1.4 – **Индикаторы качества услуг населению с использованием автомобильного транспорта – перевозки населения**

№ п/п	Наименование показателя качества
1	Состояние автомобильных дорог
2	Время ожидания ТС
3	Архитектурное оформление и оснащённость мест ожидания транспорта (остановок)
4	Время посадки пассажиров в ТС
5	Скорость передвижения ТС с пассажирами (в том числе ТС с заболевшими или пострадавшими в ДТП) и управление движением
6	Комфортность поездки
7	Безопасность пассажиров ТС и других участников дорожного движения
8	Вежливость, корректность и внимательность при обслуживании
9	Степень неблагоприятного воздействия автомобильного транспорта на население и окружающую среду
10	Доступность автотранспорта для населения

Источник: разработано автором

Далее согласно концептуальному подходу целесообразно охарактеризовать главные из показателей качества, выполнить системный анализ, оценку весомости индикаторов качества и определить наиболее значимые (ключевые) индикаторы, а по ним оценить уровень качества предоставляемой услуги, выяснить причины упущений, недостатков в перевозках населения и выработать меры по повышению качества услуги. В числе показателей качества данной услуги определён один из самых важных индикаторов – *состояние автомобильных*

дорог. Особенностью данного показателя является то обстоятельство, что состояние автомобильных дорог одновременно является не только показателем качества, но и ключевым фактором влияния на качество названной услуги и всех других исследуемых услуг с применением автотранспорта (данному показателю качества посвящена глава 6 диссертации).

Ещё один индикатор качества услуги по перевозке населения автотранспортом – *время ожидания ТС*. Ожидание транспортного средства с целью совершения экскурсии по городу – это одно. И совсем другое дело – ждать ТС для поездки в поликлинику, в аэропорт, на вокзал и т.п., т.е. к вполне определённому времени. В этом случае запаздывающий автотранспорт вызывает у пассажиров по меньшей мере беспокойство.

Архитектурное оформление и техническое оснащение мест ожидания (остановок) автобусов и микроавтобусов – один из показателей качества услуги по перевозке населения. Важно, чтобы остановки транспортных средств были оборудованы соответствующим образом: интересное дизайнерское решение стен (чаще всего стеклянные) и крыши с обеспечением защиты пассажиров от атмосферных осадков, ветра, солнечных лучей; наличие удобных скамеек для отдыха пассажиров в ожидании ТС; полноценное информационное обслуживание по каждому из маршрутов (особенно по времени прибытия); оснащение помещений остановок в южных регионах страны системами кондиционирования – для облегчения переноса сильной жары и т.д.

Важным показателем качества обслуживания населения при автотранспортных перевозках является *скорость передвижения ТС с пассажирами и управление движением*. Данный индикатор качества услуги характеризует рейтинг общественного транспорта среди местных жителей и отражает удовлетворённость или неудовлетворённость населения его работой. Удовлетворённость проявляется в росте пассажиропотока благодаря увеличению числа владельцев личных автомобилей, пожелавших отказаться от их частого использования. Обратное явление выражается в снижении числа пассажиров, пользующихся услугами общественного транспорта, по причине роста числа

жителей, предпочитающих совершать поездки на личном автотранспорте. Всё это подтверждает невысокое качество работы общественного транспорта по целому ряду причин, одной из которых является неприемлемо низкая скорость передвижения ТС и, как следствие, несоблюдение расписания. Что касается такой составляющей данного показателя качества, как управление скоростью движения, то применительно к нему следует отметить следующее. Для мегаполисов, других больших городов, густонаселённых посёлков городского типа управление скоростью движения транспортных средств имеет крайне важное значение. Именно в связи с полным отсутствием или медленным развитием автоматизированных систем, включая интеллектуальные транспортные системы (ИТС), в городах с большим числом автомобилей проявляются негативные явления типа транспортных заторов (пробок), снижение скорости движения ТС и, как следствие, увеличение времени поездки, рост расхода топлива автомобилей. Учитывая данное обстоятельство, исследование проблем, создаваемых недостаточным уровнем развития автоматизированных систем, находится в центре внимания учёных, экспертов и специалистов [120], [78] [123].

В процессе исследования проблем качества перевозки населения автотранспортом обозначен такой индикатор качества услуги, как *комфортность поездки*. К признакам комфортности поездки следует отнести: удобные кресла для пассажиров; приемлемое расстояние между рядами кресел и свободный проход вдоль салона ТС, обеспечиваемый размерами салона и отсутствием перегрузки из-за большого количества пассажиров в центральном проходе; соблюдение температурно-влажностного режима в салоне; световое и звуковое информационное обеспечение пассажиров; хорошая освещённость; удобство входа в салон ТС и выхода из него; нормальная шумоизоляция и др. В автобусах на маршрутах средней (до 500 км) и дальней (свыше 500 км) протяжённости дополнительными признаками комфортности являются наличие туалета, горячей и холодной воды, индивидуальное ночное освещение, оснащённость Wi-Fi – устройствами для беспроводного выхода в Интернет и др.

Важнейшим показателем качества услуги по перевозке населения следует признать *безопасность пассажиров ТС и других участников дорожного движения*. Особенность данного индикатора качества услуги заключается в том, что его высокий уровень означает непричинение вреда здоровью и жизни как пассажирам ТС, так и другим участникам дорожного движения (пешеходам, пассажирам и водителям других ТС, дорожным строителям, сотрудникам ГИБДД). В процессе системного анализа выявлена зависимость степени безопасности от таких индикаторов и факторов влияния, как качество автомобильных дорог, поведение водителей за рулём ТС, их квалификация; физическое состояние водителей; техническое состояние (техническая исправность, срок эксплуатации и пробег, оснащённость системами активной и пассивной безопасности) всех транспортных средств, участвующих в дорожном движении; экстремальные погодные условия; упреждающие противодействия террористам и бандитско-воровским элементам.

Вежливость, корректность и внимательность при обслуживании – значимый индикатор качества любой услуги людям. Перевозка населения автомобильным транспортом не является исключением из общих правил. Нередко вежливость, корректность и внимательность при обслуживании играют очень важную роль при оценке качества услуг, предоставляемых их поставщиками. В процессе общения опытный клиент способен сделать правильный вывод по тому, насколько вежливо и внимательно общаются с ним представители поставщика по телефону, при личной встрече. Разумеется, решение по выбору поставщика делается с учётом чёткости ответов на различные, всесторонние вопросы по приемлемости соотношения цены и качества услуги. Но, поскольку глубина, разносторонность знания своего дела, как правило, сочетаются с культурой обслуживания клиентов, опытные потребители услуг легко определяют, с насколько клиентоориентированной фирмой они имеют дело.

Для повышения качества услуги по перевозке населения автотранспортом из выявленных индикаторов качества необходимо выделить наиболее значимые показатели, рост которых имеет решающее значение в достижении цели и на

которых следует сосредоточить основное внимание. Сравнительная оценка весомости показателей, отбор приоритетных индикаторов выполнены с применением системы KPI (key performance indicators – ключевых индикаторов исполнения). Как подчёркивается в работе [38], для объективности и сравнимости данных, KPI должны быть обязательно счётными показателями, которые могут быть не только количественными, но и качественными. Поскольку в системе KPI рекомендуется рассматривать от двух до пяти ключевых показателей, было решено выбрать 5 наиболее весомых. Результаты Парето-анализа в сочетании с апостериорным анализом при оценке важности индикаторов, выборе пяти ключевых и оценке весомости показателей с применением системы KPI представлены в таблице 1.5. В процессе выполнения анализов выбор именно этих пяти показателей осуществлялся на основе апостериорного анализа десяти индикаторов качества, представленных в таблице 1.4, а сокращение количества показателей до пяти ключевых – используя принцип Парето. Весомость пяти показателей в таблице 1.5 определялась экспертным путем – диссертантом, что предусматривает система KPI.

Таблица 1.5 – **Ключевые индикаторы качества услуги – перевозки населения**

№ п/п	Наименование ключевого показателя качества	Весомость показателя
1	Безопасность пассажиров ТС и других участников дорожного движения	0,3
2	Доступность автотранспорта для населения	0,25
3	Состояние автомобильных дорог	0,2
4	Скорость передвижения ТС с пассажирами и управление движением	0,15
5	Время ожидания ТС	0,1
	Итого	1

Источник: разработано автором

Все другие показатели из таблицы 1.4 имеют важное значение как критерии качества услуги по перевозке населения, но всё-таки их можно отнести к категории менее значимых, т.е. к индикаторам второго уровня.

Решающее значение при перевозке пассажиров имеет *их безопасность, а также непричинение вреда здоровью других участников дорожного движения*. В связи с этим самым важным целевым индикатором качества определён именно показатель, характеризующий безопасность пассажиров и всех других соучастников процесса перевозок, записанный под номером один в таблице 1.5. Печальная статистика пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, приведенная в таблице 1.3, поручение Президента РФ Указом от 7 мая 2018 г. № 204 [10] обеспечить, цитата, «снижение смертности в результате дорожно-транспортных происшествий в 3,5 раза по сравнению с 2017 годом – до уровня, не превышающего четырёх человек на 100 тыс. населения (к 2030 году – стремление к нулевому уровню смертности)», служат убедительным доводом актуальности определения причин сложившегося неблагоприятного положения и выработки адекватных мер для повышения данного индикатора качества услуги населению, других услуг с использованием автотранспорта. Другими доводами, подтверждающими общегосударственную важность решения проблемы безопасности населения в системе автотранспортного обеспечения и связанных с ней социально-экономических задач являются следующие данные. Крайне неблагоприятная, тревожная статистика с пострадавшими в ДТП усиливается сравнением со статистическими данными других стран. Так, на 100 тыс. жителей в дорожно-транспортных происшествиях в России погибает почти в 5 раз больше, чем в Нидерландах, и в 2 раза больше, чем в Чешской Республике, уровень автомобилизации в которой почти в 2 раза выше российского [33, с.12177]. Многочисленные жертвы ДТП вызывают широкий общественный резонанс и являются весомым побудительным мотивом к выяснению причин ДТП и принятию соответствующих мер.

Вторым по значимости индикатором качества услуги по перевозке населения автор определила *доступность автотранспорта для населения*.

Разумеется, для городского населения проблема доступности автобусов, микроавтобусов как таковая не актуальна. Региональные, муниципальные органы власти многое делают для того, чтобы у населения была возможность воспользоваться автотранспортом с точки зрения досягаемости мест посадки. Не меньше усилий прилагается по обеспечению доступной стоимости проезда в автотранспорте. По существу общественный автотранспорт – дотационная сфера услуг, требующая немалых затрат из бюджетов. В то же время существует серьёзная проблема с доступностью автотранспорта для определённой части сельского населения. По данным Росстата, для 29,6% жителей сельских населённых пунктов в период весенней и осенней распутицы, во время зимних снежных заносов ни одна услуга с использованием автотранспорта (поездки в автобусах, оказание срочной медицинской помощи, доставка продуктов питания, доставка товаров первой необходимости) недоступна по причине неудовлетворительного состояния или полного отсутствия дорог с твёрдым покрытием. Решение проблемы доступности автотранспортных услуг для сельских поселений – важная задача для регионов, муниципальных образований, государства в целом.

Состояние автодорог автор определила третьим по значимости индикатором качества услуги по перевозке населения. Важность показателя уже подчёркивалась ранее. К сказанному стоит добавить тот факт, что состояние автодорог – интегральный показатель качества, который характеризует уровень обслуживания не только в рамках услуги по перевозке населения, но и по каждому другому виду услуг с использованием автотранспорта. Всеобщая значимость данного индикатора послужила одним из оснований для занятия третьей строки в списке из пяти наиболее значимых показателей.

Четвёртым по значимости индикатором качества услуги по перевозке населения обозначена *скорость передвижения ТС с пассажирами и управление движением*. Включение данного индикатора качества услуги по перевозке населения автотранспортом в состав ключевых показателей обусловлено той ролью, которую он играет в удовлетворённости населения качеством работы

общественного автотранспорта, а в итоге уровнем автотранспортного обслуживания населения региональными, муниципальными и федеральными органами. Низкая скорость движения транспортных средств отрицательно воспринимается всеми категориями населения городов, совершающими поездки на автотранспорте. На рисунке 1.2 представлены данные о скорости движения ТС в часы пик в ряде городов Европы.

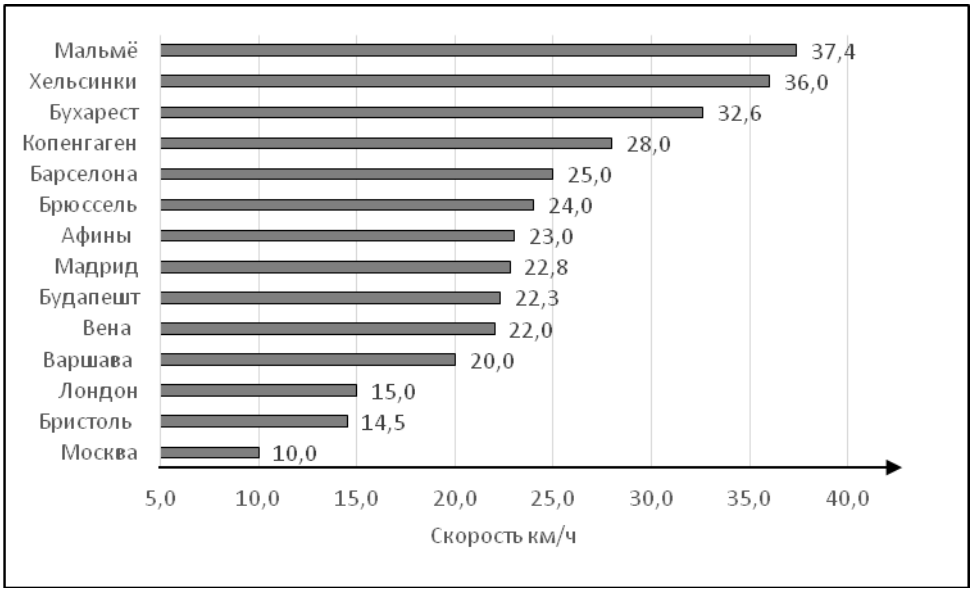

Рисунок 1.2 – **Средняя скорость движения транспортных потоков в часы пик в некоторых городах Европы**

Источник: построено автором по данным [42]

Данные о малой скорости движения транспорта в Москве отмечались в работе [120, с.35]. В настоящее время в столице имеет место заметный рост скорости движения наземного общественного транспорта, в том числе и автомобильного. Низкая скорость движения ТС, сочетающаяся, как правило, с низким уровнем управления движением автомобилей, приводит к значительным негативным социально-экономическим последствиям, выражающимися в следующем. Прежде всего низкая скорость движения ТС, вызванная дорожными затратами, приводит к значительному увеличению продолжительности поездок в автотранспорте, иррациональному использованию времени пассажирами. Дорожные заторы вызывают повышенные потребление топлива автомобилями и затраты на топливо. Длительные простои автомобилей в дорожных пробках приводят к повышению выбросов в атмосферу в виде отработанных газов,

ухудшению экологической обстановки. Неразвитая транспортная инфраструктура снижает инвестиционную привлекательность региона и приток частного отечественного и зарубежного капитала. Формируется неблагоприятный имидж регионов и страны в целом.

Пятым ключевым показателем качества услуги социальной направленности – перевозки населения определён индикатор, именуемый *временем ожидания ТС*. Обоснованием включения данного показателя в число наиболее значимых является изложенная выше по тексту характеристика. Дополнительным аргументом может послужить то, что длительное время ожидания маршрутных ТС, является достаточно распространённой практикой для любого сельского населённого пункта. Несоблюдение расписания или его отсутствие вообще, полная неопределённость по времени прибытия автобуса нужного маршрута вызывает глубокое раздражение пассажиров, негативную оценку качества обслуживания. Поэтому организация чёткой работы автомобильного транспорта – одна из приоритетных задач региональных и муниципальных органов, учёных и специалистов.

Оценка качества услуг с использованием автотранспорта – перевозки населения, выявление причин упущений и недостатков, разработка предложений по повышению качества услуг исследуемым категориям населения проводились согласно методологии, представленной в параграфе 1.2. Ключевые показатели данной услуги социальной направленности, их весомость показаны в таблице 1.5. Всесторонняя, глубокая оценка доминирующего показателя качества перевозки населения автотранспортом – *безопасность пассажиров ТС и других участников дорожного движения* показал его невысокий уровень. Сделанный вывод подтверждается многолетним исследованием автора данной проблемы и представленным как в монографии [145], так и в данной диссертации. Даже если учесть, что число погибших в ДТП имеет тенденцию к снижению (за последние несколько лет трагическая цифра смертности в количестве 30 тыс. человек снизилась до 20 тыс. человек), оно намного больше в сравнении с экономически развитыми странами. В США количество погибших в ДТП сопоставимо с

российскими трагическими цифрами, приведенными в таблице 1.3. Однако, при этом автопарк США превышает по числу автомобилей в России в 7 раз [145, с.13, 14]. Не следует забывать также о неутешительных данных по количеству раненых в ДТП их – в 10 раз больше числа погибших (см. табл.1.3). Финансовые потери близких родственников погибших, пострадавших в ДТП, страховых компаний и государства ежегодно составляют гигантские размеры – примерно 1,391 трлн.руб. Для изменения в лучшую сторону сложившегося положения с безопасностью пассажиров ТС, других участников дорожного движения принята «Стратегия безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018-2024 годы» [33]. С целью способствования наиболее успешной реализации указанной стратегии часть авторского исследования посвящена данной многокритериальной проблеме. Эффективный алгоритм управления решением задачи повышения безопасности возможен при условии априорного определения наиболее значимых причин невысокого уровня рассматриваемого индикатора. Упорядочивание множества Парето, то есть сокращение анализа множества интегральных и самостоятельных причин, позволило свести причины к компактной группе. К числу доминирующих причин снижения безопасности перевозки пассажиров ТС отнесены:

1. Нарушения водителями ТС Правил дорожного движения (ПДД). Недостаточно эффективный контроль за соблюдением водителями ПДД.

2. Низкая квалификация определённых категорий водителей.

3. Невысокое качество отечественных автомобильных дорог.

4. Упущения и недостатки в обеспечении качественного технического состояния транспортных средств.

При последующем кластерном анализе указанной компактной группы причин была выполнена разбивка всей гаммы выявленных сопричин (причин второго уровня в процессе анализа) на однородные группы с привязкой к каждой из основных причин. Первая и одна из главных причин, исследованная автором в работах [145], [146] и других, проявляется в конкретных формах, показанных в таблице 4.1. главы 4. Неадекватное поведение определённой категории водителей

ТС, выражающееся в грубых нарушениях ПДД и опасных отвлечениях от управления автомобилем, становится возможным в силу проявления ряда причин, исследованных в главе 4.

Второй важной причиной снижения безопасности перевозки пассажиров автотранспортом является *низкая квалификация определённых категорий водителей.* В процессе исследования определены особенно значимые признаки, характеризующие уровень квалификации водителя, непосредственно участвующего в оказании социально ориентированных услуг населению. В их состав автор включила:

■ знание и соблюдение Правил дорожного движения, Правил обеспечения безопасности перевозок автомобильным транспортом ... [45, с. 25], Правил перевозки группы детей автобусами [29];

■ непрерывный водительский стаж интенсивной работы не менее 3-х лет;

■ способность максимально предотвратить действия злоумышленников в отношении пассажиров, знание порядка поведения при террористических актах;

■ умение уверенно управлять транспортным средством в трудных дорожных и экстремальных погодных условиях;

■ знание конструкции ТС, его систем безопасности, способность самостоятельно устранить мелкие технические неисправности.

Краткая характеристика указанных признаков такова. Многие под квалификацией водителя понимают только опыт его работы. Конечно, водительский стаж имеет немалое значение, но важно какая дефиниция вкладывается в понятие стажа. Если количество отработанных лет априори идентифицируется с опытом при оценке квалификации водителя, то такой подход ошибочный. Например, не следует считать водителя опытным, если он отработал 5 лет за рулём, но у него были большие перерывы (месяцы, годы) в управлении автобусом. Или, скажем, все эти годы он возил пассажиров по одному и тому же маршруту. Да к тому же всегда лишь между малонаселённым пунктом и райцентром. Квалифицированный водитель должен иметь *непрерывный стаж* работы в качестве водителя автобуса *не менее трёх последних лет*. К сожалению,

в действующих нормативных документах требования к водителям заметно снижены. Так, в вышеуказанных Правилах обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов ... никаких требований по стажу водителей нет, что негативно отражается на безопасности перевозок. В Правилах организованной перевозки группы детей автобусами [29], по этому поводу установлено следующее, цитата:

«8. К управлению автобусами, осуществляющими организованную перевозку группы детей, допускаются водители, соответствующие следующим требованиям:

- имеющие стаж работы в качестве водителя транспортного средства категории «Д» *не менее одного года* (выделено автором) из последних 3 календарных лет, ...». Не стоит ожидать качественного обслуживания детей, туристов, любых других пассажиров, когда за рулём автобуса сидит водитель со стажем 1 год. Ещё одной категорией водителей с ярко выраженной низкой квалификацией по признакам недостаточного опыта управления ТС и нарушений ПДД являются водители-новички. Причины снижения безопасности перевозки пассажиров автобусами (микроавтобусами) по вине «молодых» водителей подробно проанализированы автором в монографии [145] и в главе 4 диссертации. Там же изложены предложения по предотвращению негативного воздействия на безопасность перевозки пассажиров автобусами (микроавтобусами) водителей-новичков. Квалификация водителя автобуса проявляется и через знание и соблюдение ПДД, а также Правил обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов автомобильным транспортом...». Ещё одним признаком квалификации водителя, его профессионализма является умение уверенно управлять транспортным средством в трудных дорожных и экстремальных погодных условиях. К трудным дорожным условиям следует отнести: заледенелые участки дороги, снежные заносы, слой града на отдельных участках дорожного полотна, непролазная грязь, рытвины и глубокие ямы на проезжей части. Выработка дефиниции «экстремальная погода» применительно к российским условиям проводилась с учётом описаний в работе [67], мнений

экспертов и специалистов. В результате в проявления экстремальной погоды, влияющие на безопасность перевозки населения, включены:

- метели и ледяные дожди;
- ливни с градом и шквалы;
- грозы, сопровождаемые молниями и громом, проливным дождём;
- ураганы;
- пыльные бури;
- наводнения, оползни и снежные лавины;
- жара и пожары.

Все названные состояния экстремальной погоды представляют серьёзную опасность не только для пассажиров транспортного средства, но и для его водителя. Управление ТС при любом из перечисленных видов экстремальной погоды и трудных дорожных условий крайне сложно, особенно для водителей, не имеющих соответствующих навыков. Предложения по снижению опасности перевозки пассажиров в подобных условиях изложены в главе 3 и монографии [145].

Знание конструкции ТС, его систем безопасности, способность самостоятельно устранить мелкие технические неисправности – следующий показатель квалификации водителя. Такие знания и умения необходимы водителю для того, чтобы совершить обгон впереди идущего транспортного средства, ездить по бездорожью, оперативно определять возникшую мелкую неисправность, устранить её и продолжить движение по маршруту. Из мелких неисправностей чаще всего случаются прокол колёсной шины, снижение давления в шине, что требует остановки автомобиля и восстановления работоспособности колёс. Случаются выходы из строя электрических предохранителей, например, в электроприводе стеклоочистителей, который нужно уметь заменить, а главное иметь в запасе. Перечень неисправностей можно продолжать, но без знания конструкции автобуса, микроавтобуса, другого ТС и умения устранить неисправность в короткий срок далеко не уедешь. А некоторые продолжительные остановки – это не только неудобство для пассажиров, но

порой опоздание к отбывающему поезду, самолёту. Наконец, последний признак квалификации – способность максимально предотвратить действия злоумышленников в отношении пассажиров, знание порядка поведения при террористических актах. Порядок действий против террористов особый, его обязан знать каждый водитель ТС. Все вышеуказанные признаки квалификации водителя могут служить руководством для работодателя при приёме на работу водителей автобусов, микроавтобусов, легковых автомобилей и грузовиков. Для повышения уровня квалификации водителей работодателям рекомендуется организовывать периодическое обучение водителей с учётом требований Правил обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов автомобильным транспортом ... [45], Правил организованной перевозки группы детей автобусами [29] (при необходимости).

Третьей доминирующей причиной снижения безопасности перевозки пассажиров автомобильным транспортом определено *невысокое качество отечественных автомобильных дорог*. Оценке состояния дорог, анализу причин низкого качества автодорог и предложениями автора по устранению выявленных причин посвящены главы 6, 3 (частично) данного исследования, главы 1, 2, 3 монографии [145], другие работы автора, упоминающиеся по тексту диссертации. В связи с этим в дополнительном анализе причин невысокого качества дорог нет необходимости. К основным причинам снижения безопасности перевозки населения автотранспортом следует причислить выделенные выше *упущения и недостатки в обеспечении качественного технического состояния транспортных средств*. Многие под техническим состоянием ТС подразумевают только его техническую исправность. Для исключения столь узкого толкования и обеспечения единообразного понимания критериев технического состояния ТС автор включила в состав его важнейших критерием – техническую исправность ТС, величину пробега и срок эксплуатации ТС, степень оснащённости ТС системами безопасности (СБ). Техническая исправность заключается в том, чтобы в процессе поездки все системы и механизмы работали безотказно, не приводили к кратковременным и тем более длительным остановкам, а само ТС полностью

отвечало функциональному назначению. Ключевая роль технической исправности автотранспортного средства обусловлена тем, что по причине технической неисправности ТС в мире происходит 5,3% ДТП. В России ситуация хуже: из-за технической неисправности ТС возникает в среднем 10% от всех ДТП. Причём в подавляющем большинстве случаев в аварии попадают устаревшие машины.

В процессе исследования установлены *основные причины неблаготворного проявления автотранспорта* при оказании услуг. Прежде всего негативные последствия автотранспортной деятельности усиливаются *из-за роста уровня автомобилизации* в городах страны – количества зарегистрированных транспортных средств на тысячу человек населения. Данные по уровню автомобилизации в некоторых городах Европы и России за 2019 год представлены на рисунке 1.3.

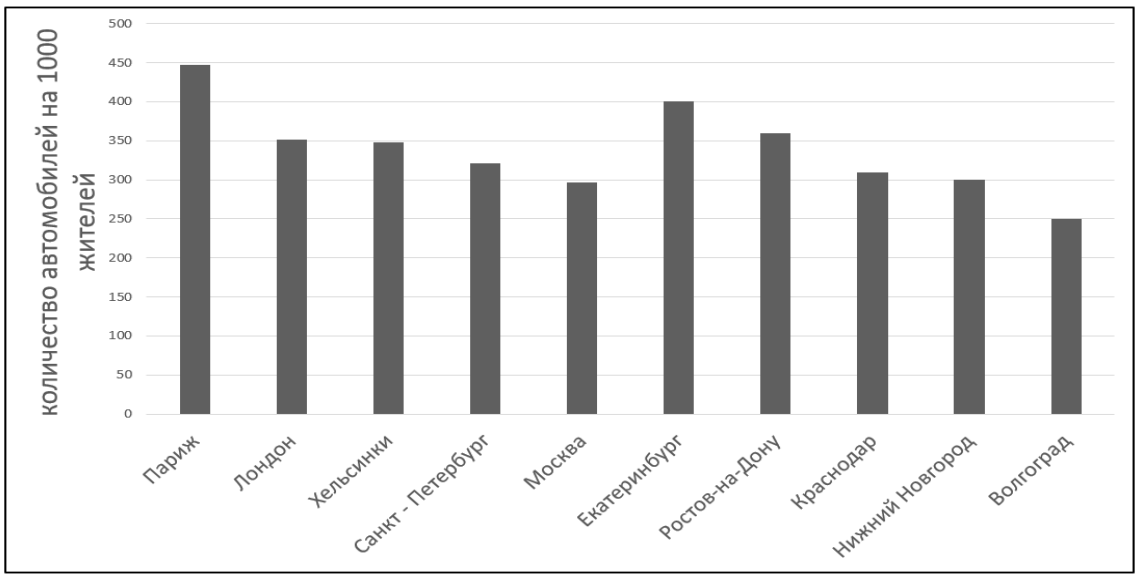

Рисунок 1.3 – **Уровень автомобилизации в некоторых городах Европы и России**

Источник: построено автором по данным [3], [4]

Данные рисунка позволяют сделать два диаметрально противоположных вывода. С одной стороны, уровень автомобилизации даже в некрупных российских городах сопоставим с показателями европейских столиц, что

[3] https://ec.europa.eu/transport/facts-fundings/statistics/pocketbook-2019_en (дата обращения: 20.06.2020)

[4] https://rosstat.gov.ru/folder/23455 (дата обращения: 20.06.2020)

свидетельствует о росте благосостояния россиян. С другой стороны, высокий уровень автомобилизации вызывает озабоченность, в связи с менее жесткими экологическими требованиями к автотранспорту в нашей стране.

Существенной преградой для позитивного проявления индикатора качества – степени неблагоприятного воздействия автомобильного транспорта на население и окружающую среду является *устаревший парк автомобильного транспорта*. Длительные сроки эксплуатации автотранспорта – одна из наболевших проблем в России, вызывающая снижение качества услуг населению с использованием автотранспорта. Чем старше автомобиль и больше его пробег, тем хуже работают его системы и более вредные отработанные газы, выбрасываемые в атмосферу, почву, растительный мир. Состояние автомобильного парка автобусов, грузовых и легковых автомобилей в России на 2018 год представлено в таблице 1.6.

Таблица 1.6 – **Парк автомобилей в России по возрастным группам**

	Срок службы			
	До 5 лет	От 5 до 10 лет	Старше 10 лет	Парк, всего
Автобусы, тыс.шт.	222,7	255,4	415,7	893,8
Проценты	25	29	46	100
Грузовые автомобили, тыс.шт.	918,6	1027,5	3467,4	5413,5
Проценты	16	19	65	100
Легковые автомобили, тыс.шт.	10590	7860	18450	36900
Проценты	28,7	21,3	50	100

Источник: составлено автором по данным[5]

Как видно из таблицы, 46% автобусов имеют срок эксплуатации более 10 лет. Легковых автомобилей в таком возрасте – ровно половина от общей численности, а грузовиков и того больше – 65%. Из приведенных данных следует

[5] https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/transp18(1).pdf (дата обращения: 15.05.2018)

– состояние отечественного автопарка крайне негативно влияет на атмосферный воздух, на растения и почву, а самое главное – на население, перевозимое в автотранспорте и/или проживающее вблизи транспортных потоков.

Для снижения негативного воздействия на население и окружающую среду *устаревшего парка автомобильного транспорта* предлагается реализовать следующий комплекс мер. Прежде всего, необходимо законодательно ограничить предельный срок эксплуатации грузовых автомобилей, установив его продолжительность не более 15 лет. Ещё более жесткое ограничение – не более 10 лет – целесообразно установить для легковых автомобилей. Особый подход должен быть к продолжительности эксплуатации автобусов и микроавтобусов. Здесь целесообразно ввести ограничение по пробегу, а не по годам, установив предельную величину пробега – не более 800 тыс.км. (при этом срок эксплуатации составит в пределах 10 лет), а для автобусов, осуществляющим перевозки населения по горным маршрутам – не более 300 тыс.км. Побуждать прекращение длительной эксплуатации грузовиков и легковых автомобилей можно ещё одним способом – ежегодным увеличением размера транспортного налога после 10 лет эксплуатации ТС до такой величины, чтобы использование ТС было экономически нецелесообразным. Меры по ограничению срока эксплуатации (величины пробега) ТС решают сразу несколько задач: повышение показателя безопасности перевозки пассажиров и грузов, сохранение удовлетворительного технического состояния ТС и их надёжности, поддержание уровня комфортности автобусов (микроавтобусов), снижение количества вредных выбросов в атмосферу путём обновления автопарка. Снижению вредного воздействия устаревшего автотранспорта на население и окружающую среду из-за выбросов загрязняющих веществ в большом количестве может *помочь перевод автотранспорта с бензинового и дизельного топлива на электрическую тягу и газомоторное топливо*. Многие страны мира давно озабочены данной проблемой и предпринимают конкретные действия. Автор не разделяет оптимизма отдельных экспертов и специалистов по поводу внедрения электромобилей в транспортную систему страны и решения на этой основе экологических проблем.

В то же время диссертант согласна с оптимистическими прогнозами развития электромобилей в зарубежных странах [292], [265]. Использование электротранспорта вполне возможно и целесообразно в экологически чистых зонах ограниченных размеров: национальные и городские парки, зоны отдыха населения; территории предприятий, где перевозки продукции издавна используются электрокары; выставочные и торговые комплексы; прибрежные зоны водоёмов. Масштабное применение электротранспорта в России не имеет перспективы по следующим соображениям. Во-первых, стоимость электроэнергии, потребляемая электромобилем в несколько раз превышает стоимость дизельного или бензинового топлива: по оценке экспертов, использование электромобилей в нашей стране станет экономически целесообразным, если цена литра топлива будет на уровне 60-90 руб., т.е. вырастет в 1,5-2,5 раза. Поскольку такой рост цен на топливо нереален, с экономической точки зрения электромобиль не конкурент автомобилю, работающему на традиционном топливе. Для того, чтобы электрический и бензиновый (дизельный) приводы были экономически сопоставимы, тариф на потребляемой электричество необходимо снизить примерно в 3 раза (пока на электрозаправках в период исследования действовал тот же тариф, что и в жилых домах). В связи с этим уместно заметить, что в странах ОПЕК (к примеру, в ОАЭ) владельцам электромобилей субсидируется минимум половина расценок на электроэнергию и треть продажной цены электромобилей.

Вторая проблема применения электромобилей – это малая ёмкость аккумуляторных батарей: на одном заряде многие электромобили способны проехать 100-160 км. К тому же масса аккумуляторов настолько велика, что не пропорционально утяжеляет полную массу автомобиля.

В-третьих, неразвитость или полное отсутствие инфраструктуры для заправки электромобилей в России. Сказанное подтверждается данными за 2017 г., приведенными на рисунке 1.4.

Четвёртая российская «преграда» для широкого внедрения электромобилей – сильное влияние холодного климата на работоспособность

электроаккумуляторов, который приводит к быстрому разряду аккумуляторных батарей и, соответственно, сокращению величины пробега на одном заряде.

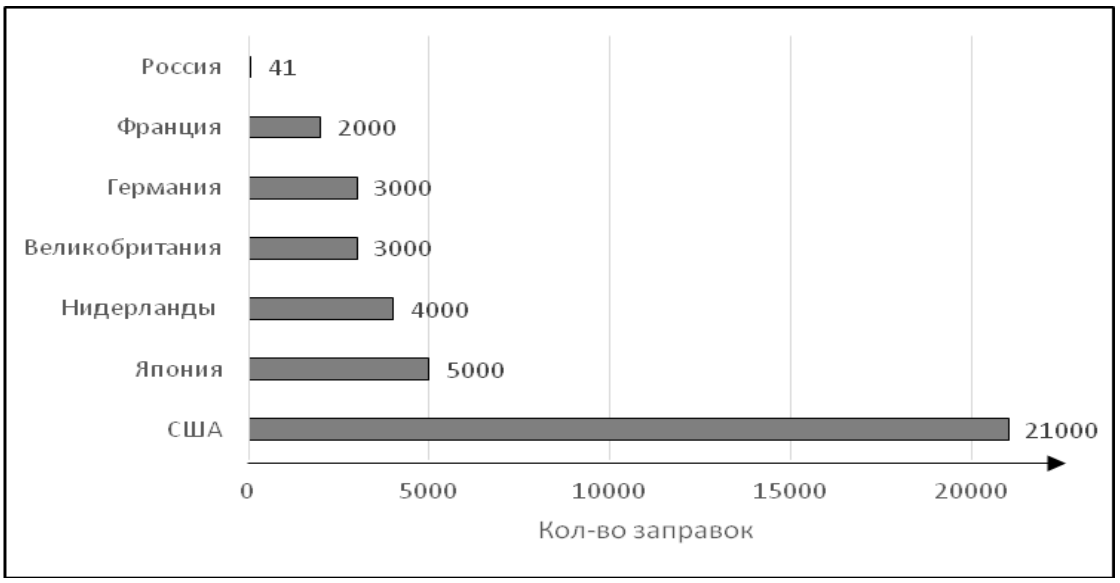

Рисунок 1.4 – **Количество заправок для электромобилей в некоторых странах, шт.**

Интенсивному разряду способствуют также неухоженные дороги и длительное стояние в дорожных заторах. Получается, всегда есть опасность не доехать обратно в гараж или к дому.

Наконец, ещё одно серьёзное препятствие для широкого распространения автомобилей, работающих на электрической тяге, − цена. Итак, идея широкого внедрения электрического транспорта пока что далека от реального воплощения.

Совсем иначе решается в России проблема использования безвредного газомоторного топлива (ГМТ). Согласно распоряжению Правительства РФ от 13 мая 2013 г. № 767-р [37, С.5135-5136] к 2020 году в субъектах РФ планировалось доведение уровня использования природного газа в качестве моторного топлива на общественном автотранспорте и транспорте дорожно-коммунальных служб:

- в городах с численностью населения более 1 млн. человек – до 50% общего количества единиц техник;

- в городах с численностью населения более 300 тыс. человек – до 30%;

- в городах и населённых пунктах с численностью населения более 100 тыс. человек – до 10%.

Распоряжением предусмотрено субсидирование перевода ТС на использование ГМТ в целях обновления автобусного парка и транспорта дорожно-коммунальных служб. Также рекомендовано субъектам РФ снизить налоговые ставки транспортного налога для ТС, использующих природный газ в качестве моторного топлива. Даны, кроме того, соответствующие поручения по развитию газозаправочных станций. По оценке экспертов и специалистов, уже к 2030 году число автомобилей, работающих на ГМТ, в России вырастет в 25 раз и может дойти до 2,5 млн. единиц. Прогноз по росту количества заправочных станций для подобных ТС таков: их станет в 1,7 раз больше, т.е. порядка 4000. По прогнозу компании «Газпром газомоторное топливо» [163, С. А8] – менее оптимистичному и более реальному – переход автотранспорта на ГМТ к 2030 году будет следующим: общественный транспорт и коммунальная техника – 50%, грузовой автотранспорт для внутригородских перевозок – 30%, личный транспорт – 10%, сельхозтехника – 20%. Ещё один фактор, способствующий росту автомобильного транспорта, работающего на ГМТ, − большие запасы природного газа в стране. О состоянии запасов природного газа в России и других странах в 2018 году можно делать выводы на основании данных рисунке 1.5, подготовленных с использованием источника – World organization of creditors, World petroleum.

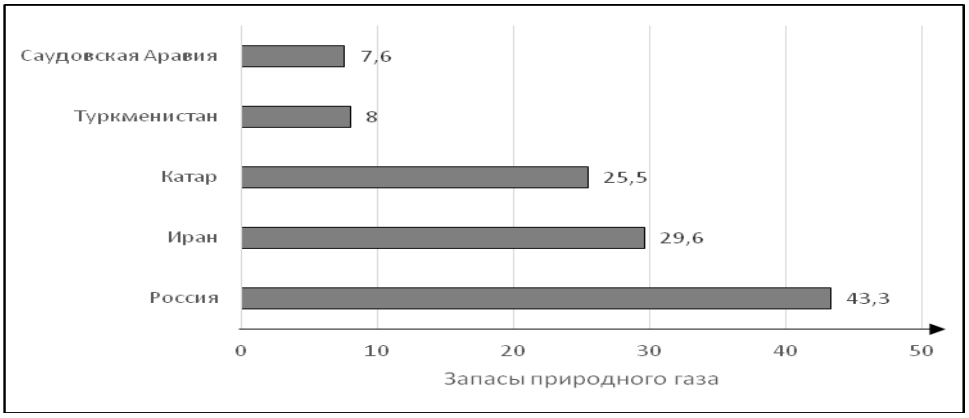

Рисунок 1.5 – **Доказанные запасы природного газа в ведущих странах мира, трлн. кубометров**

Источник: построено автором на основе [158]

Приведенные данные создают хорошие предпосылки для ускоренного внедрения газового топлива в автомобильном транспорте.

Выводы по главе 1:

1. Выполнена надведомственная классификация социальных услуг при автотранспортном обеспечении населения, выбранных для исследования, выделены наиболее важные из них, указаны истоки теоретического зарождения социальных услуг. Дана характеристика каждой из наиболее важных социальных услуг населению с использованием автомобильного транспорта. Развитие теоретических концепций повышения качества исследуемых услуг выполнено выделением принципа синтетического исследования качества, с одной стороны, одновременно для всех важных услуг с определением и оценкой качества по выработанным показателям, с другой стороны, выявлением факторов негативного воздействия на качество каждой из важных исследуемых услуг населению и разработкой предложений по реализации комплекса мер по нейтрализации негативного влияния факторов. Установлено, что концептуальные подходы к обеспечению качества социальных услуг в системе автотранспортного обеспечения населения со стороны служб и государственных органов, предоставляющих услуги различаются по использованию способов, методов, приёмов.

2. Представлена методологическая база исследования, включающая совокупность научных методов анализа и оценки уровня качества социальных услуг. Применённая основа исследования включает системный подход к оценке степени развития и повышения качества услуг населению, априорный и апостериорный методы анализа, метод сравнений и аналогий, метод практического наблюдения. При исследовании факторов влияния выполнялся факторный анализ с использованием способа многокритериального факторного моделирования. Поскольку любой вид анализа является научным исследованием, выработаны и применены принципы выполнения анализа, единые для всех исследуемых услуг.

3. Выработан концептуальный подход к повышению качества услуги – перевозки населения автотранспортом. Установлены показатели качества данной услуги, выделены ключевые показатели по результатам Парето – анализа и

применения системы KPI. Определены главные причины проявления невысокого качества исследуемой услуги населению.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ УСЛУГИ «СОЦИАЛЬНОЕ ТАКСИ» ДЛЯ ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

2.1. Услуга «Социальное такси» как способ удовлетворения особых потребностей отдельных категорий населения в перевозке автомобильным транспортом

Одним из наиболее важных видов социальных услуг населению, оказываемых с использованием автомобильного транспорта является услуга службы «Социальное такси». В последние годы обеспечение равного доступа инвалидов с нарушениями статодинамических функций (инвалиды, использующие кресла – коляски; с нарушениями функций опорно – двигательного аппарата, с нарушением функций верхних конечностей), инвалидов с нарушениями сенсорных функций (слепые, слабослышащие, утратившие возможность разговаривать), инвалидов с нарушением психологических функций в приоритетных сферах жизнедеятельности стало одной из основных национальных задач Российской Федерации.

Решение проблемы транспортной доступности для инвалидов, других маломобильных групп населения страны в форме службы «Социальное такси» берёт своё начало с реализации федеральной целевой программы «Старшее поколение» на 2002-2004 годы, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 29 января 2002 г. № 70 и предусматривавшей новую услугу населению по доступным ценам. Служба «Социальное такси» призвана оказывать оперативные комфортные транспортные услуги гражданам, испытывающим значительные трудности в самостоятельном передвижении к медицинским организациям, общеобразовательным заведениям, административно-правовым учреждениям, объектам культуры и спорта, другим социально значимым объектам.

По данным Министерства труда и социального развития Российской Федерации (Минтруда РФ), эта служба была создана на первом этапе более чем в 30 субъектах РФ при органах социальной защиты населения, центрах социального

обслуживания. Опытно-экспериментальные (пилотные) проекты внедрения службы «Социальное такси» согласно вышеуказанному постановлению Правительства РФ были успешно реализованы, к примеру, в Оренбургской, Самарской, Кировской областях. Однако в последующие годы эффективность внедрения и работы службы «Социальное такси» в некоторых субъектах РФ заметно снизилась, что негативно отразилось на транспортной доступности к социально значимым объектам категорий граждан, крайне нуждающихся в услуге службы. Более динамичное развитие службы «Социальное такси» продолжилось по инициативе Минтруда РФ и субъектов РФ в рамках подпрограммы 1 «Обеспечение условий доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения» государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2025 годы [23]. Пользоваться «Социальным такси» для инвалидов и других граждан с ограниченными возможностями к передвижению гораздо доступней и комфортней нежели совершать поездку на маршрутном автобусе. В числе основных преимуществ следует отметить:

- отсутствие необходимости добираться до остановки маршрутного автобуса, что весьма затруднительно для инвалидов, сопровождающих лиц, особенно в условиях неблагоприятной погоды и бездорожья в сельской местности (ливневый дождь, обильный снегопад, крепкий мороз, скользкий тротуар в гололёд и т.п.);
- отпадает необходимость длительного ожидания автобуса на некомфортных, технически не оснащённых остановках;
- удобство посадки (выхода) в автомобиль службы «Социальное такси», поскольку подавляющее большинство маршрутных автобусов не приспособлены для перевозки инвалидов-колясочников;
- зачастую услуги «Социального такси» оказываются бесплатно как льготным категориям граждан, так и сопровождающим их лицам, что положительно сказывается на семейном бюджете;

- возрастание роли услуг «Социального такси» при необходимости многократных посещений лечебного учреждения (например, процедура гемодиализа проводится 4-6 раз в неделю пожизненно, либо до момента пересадки почки, либо до восстановления функции почек).

Как показал системный анализ состояния развития службы «Социальное такси», проведенный автором в каждом из 85 субъектов РФ и представленный в научной статье [229] и в Приложении 3 к диссертации, в ряде регионов имеют место существенные недостатки. Так, в 7 субъектах РФ служба «Социальное такси» в период исследования вообще не была организована. В некоторых регионах заявки выполняются для узкого круга граждан из общей численности нуждающихся в услуге (Иркутская, Липецкая, Астраханская, Томская, Архангельская области, Карачаево-Черкесская Республика, Пермский край и др.). В отдельных регионах ощущается предельно низкое финансирование или даже абсолютный дефицит денежных средств из-за нежелания обеспечить финансирование внедрения и развития службы, иногда сочетающегося с реальной нехваткой средств в регионе. В качестве примера можно назвать часть субъектов РФ, где служба «Социальное такси» не внедрена в силу названных обстоятельств либо организована с большими трудностями – Чеченская Республика, Ненецкий автономный округ, Чувашская Республика, Республика Тыва, Республика Татарстан; практически на год затянулось внедрение службы в г.Севастополе из-за фактического нежелания финансировать организацию службы, несмотря на активное и убедительное обоснование необходимости услуг службы со стороны Департамента труда и социальной защиты населения; по существу заново возродилась служба «Социальное такси» в Республике Северная Осетия – Алания. Некоторая часть субъектов РФ, муниципальных образований не предпринимает активных действий по транспортному обслуживанию посредством службы «Социальное такси» инвалидов, других маломобильных граждан в сельских населённых пунктах. Практически лишены данной услуги крайне нуждающиеся жители села, проживающие в Республике Адыгея (сельские жители составляют 53%), Алтайском крае (сельские жители составляют 44%,), Республике

Башкортостан (сельские жители составляют 39%), Республике Мордовия (сельские жители – 30%). Более эффективное развитие службы для сельского населения требуется в Карачаево-Черкесской Республике (сельские жители составляют 57%), в Ханты-Мансийском автономном округе − Югра, при этом субъект входит в десятку регионов с самым высоким качеством жизни; Кировской, Орловской, Тамбовской областях. Есть и другие значимые недостатки в работе по развитию службы «Социальное такси», которые будут представлены ниже. В итоге в течение года субъектами РФ исследуемая услуга предоставляется в среднем 810 тысячам граждан. Если в узкий круг граждан, крайне нуждающихся в услуге службы «Социальное такси, включить только инвалидов I, II групп (в том числе детей инвалидов), услуга предоставляется 16 (шестнадцати) процентам от их общей численности в стране. При этом в 13 субъектах РФ услуга оказывается, как показал анализ, менее 1% численности крайне нуждающихся в данной услуге граждан (10 субъектов с самыми низкими объёмами услуг указаны в таблице 2.3).

Помимо приведённых доводов актуальность исследования проблем обеспечения качества услуги, предоставляемой службой «Социальное такси» маломобильным инвалидам, другим группам населения, хронически испытывающим значительные трудности в передвижении на транспорте к социально значимым объектам, обусловлена рядом других обстоятельств. Во-первых, отсутствуют исследования с определением охвата услугой маломобильных инвалидов из их общей численности, оценкой качества услуги с применением конкретных индикаторов. Имеющиеся информационные и литературные источники позволяют сделать вывод о том, что анализ состояния внедрения и развития службы «Социальное такси» проводится только в рамках конкретного региона. Во-вторых, анализ выполняется, как правило, лишь по отдельным сторонам деятельности службы, что не позволяет всесторонне оценить качество её работы с пользователями услуги. В-третьих, в большинстве изученных исследований отсутствуют какие – либо данные о выявленных проблемах и недостатках, требующих принятия соответствующих мер. Так, в работе [64, С. 3-6], фрагментарно изложено состояние развития службы

«Социальное такси» в Республике Адыгея: не приводятся данные по численности получателей услуги из общего количества нуждающихся в услуге маломобильных инвалидов, отсутствует информация о достаточности или нехватке автомобилей в службе (в то время как, например в 2017 году, в службе числился всего один микроавтобус с подъёмником, что для обслуживания 22 тысяч инвалидов I, II группы в регионе крайне недостаточно). Подобная региональная узконаправленность анализа по службе «Социальное такси» характерна и для других работ. Например, в работе [173, С. 987], проводится анализ работы службы «Социальное такси» в г. Ульяновске (без исследования состояния транспортного обслуживания маломобильных инвалидов в сельских населённых пунктах области). А в статье [111, С. 42] группа авторов анализирует транспортную доступность для инвалидов города Химки Московской области, другие проблемы реализации государственной программы «Доступная среда» без какого – либо упоминания столь необходимой службы «Социальное такси». Положение с обеспечением транспортной доступности для маломобильных инвалидов усугубляется ещё и тем, что всего 11,2 % автобусного парка регионов[6] приспособлено для посадки – высадки инвалидов – колясочников, численность которых составляет в России 320 тысяч. Всё это потребовало более детальной оценки качества услуги службы «Социальное такси», исследования причин имеющихся упущений и недостатков, разработки предложений по радикальному повышению качества обслуживания клиентов. Методология полноценного, глубокого исследования состояния развития и качества услуги включает ряд научных подходов, принципов. Прежде всего был проведён априорный анализ на основе фактических данных, обобщённых по каждому из 85 субъектов РФ в отдельности и в целом по стране с предварительной передачей «Перечня вопросов по развитию службы «Социальное такси» (Приложение 2 к диссертации), адресованных руководителям Департаментов социальной защиты населения

[6] Социальное положение и уровень жизни населения России. 2017: Стат. сб. / Росстат – М., 2017. – 332 с. (Электронный ресурс: URL: https://www.fedstat.ru/indicator/33818 (дата обращения. 19.03.2018)

субъектов Российской Федерации». Данный предварительный анализ, равно как и все последующие анализы, проводился с применением выработанных диссертантом принципов выполнения анализов, представленных в главах 1 и 2. В процессе априорного анализа, предшествующего более объёмным, глубоким видам анализа с принятием конкретных решений, были предварительно определены показатели качества, которые всесторонне характеризуют состояние развития и уровень качества услуги «Социальное такси». Алгоритм более детальной разработки показателей качества, их перечень и характеристика изложены в параграфе 2.2. Кроме того, предварительно были выявлены факторы воздействия на состояние развития и на показатели качества исследуемой услуги. Далее с учётом предварительно выработанных показателей качества и факторов воздействия на процессы развития и уровень качества услуги службы «Социальное такси», выполнялись более полноценные и всесторонние аналитические действия. Прежде всего следует подчеркнуть, что изучение процессов развития и повышения качества предоставляемой услуги выполнялось с применением системного подхода. То есть комплексное исследование услуги службы «Социальное такси» в каждом регионе РФ и в целом по стране проводилось как единой целостной системы, состоящей из элементов, теснейшим образом взаимосвязанных между собой. Транспортная услуга инвалидам другим маломобильным категориям населения как авторская система представлена на рисунке 2.1. В период выполнения системного анализа подробно изучались все элементы системы. Достоверность системного анализа такого элемента, как степень развития и качество услуги, предоставляемой службой «Социальное такси» обеспечивалась уточнением, дополнением, исследованием показателей качества услуги, установленных в процессе предварительного анализа. Для всестороннего определения уровня качества услуги использовался метод Парето-анализа каждого разработанного показателя качества и были выделены наиболее важные показатели. Весомость каждого выделенного ключевого показателя качества определялась с применением системы KPI (key performance indicators – ключевые индикаторы деятельности).

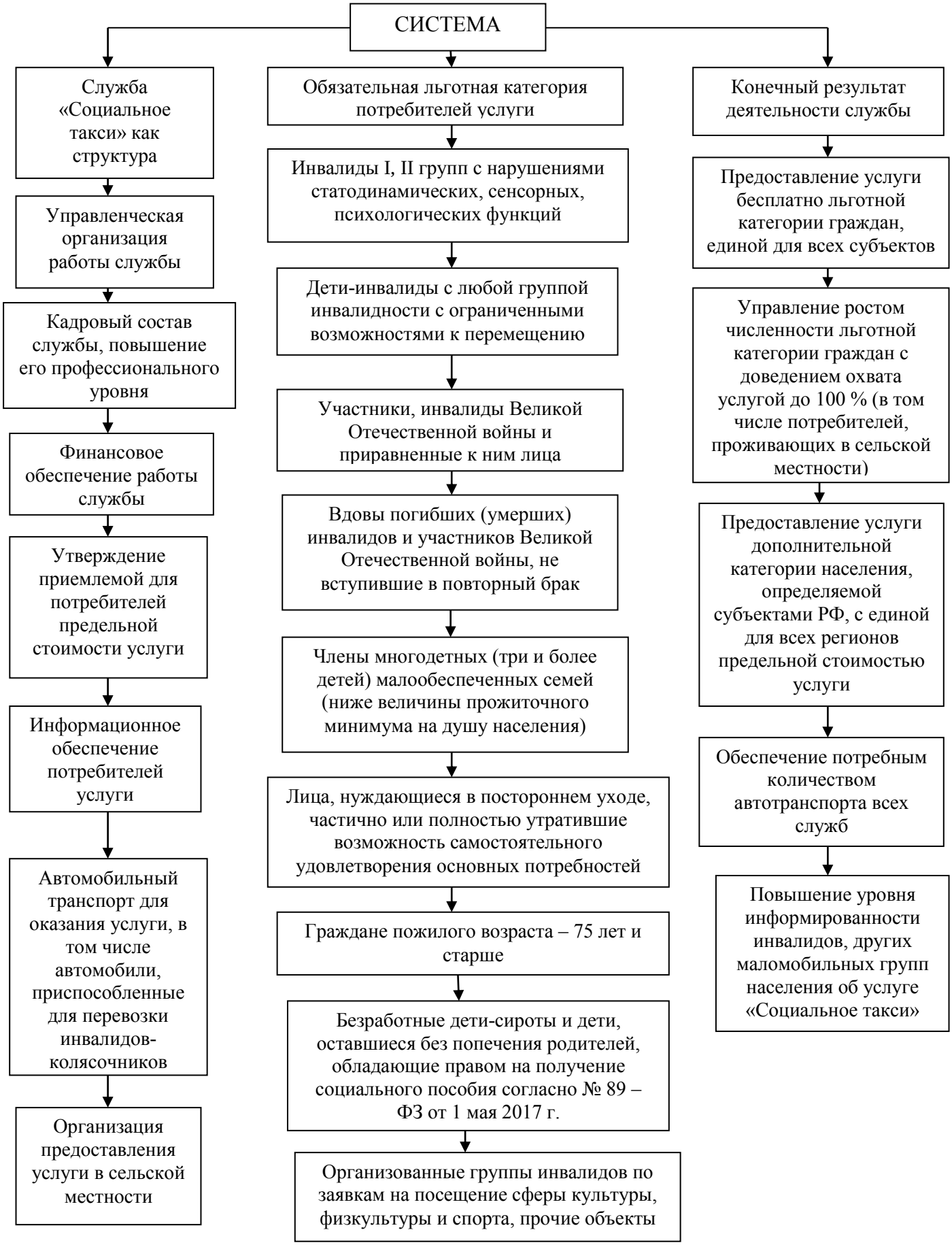

Рисунок 2.1 – **Система транспортной услуги «Социальное такси»**
Источник: разработано автором

Более подробно о показателях качества услуги «Социальное такси» сказано в параграфе 2.2 данной главы диссертации. Изложенный алгоритм выполнения системного анализа использован и при исследовании факторов влияния на качество услуги (представлен в параграфе 2.3 данной главы).

2.2. Методика оценки уровня качества услуги «Социальное такси» в субъектах Российской Федерации по разработанным показателям

Для комплексного изучения уровня качества услуги, предоставляемой службой «Социальное такси», автором выработаны показатели, всесторонне характеризующие качество работы службы, органов социального обслуживания населения субъектов РФ и муниципальных образований на основе анализа, проведенного в каждом субъекте РФ, результаты которого представлены в Приложении 3. В состав таких индикаторов включены:

- процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан;
- уровень доступности для пользователей стоимости услуги;
- возможность получения услуги службы «Социальное такси» маломобильными группами населения, проживающими не только в городах, но и в сельских населённых пунктах;
- укомплектованность службы «Социальное такси» автомобильным транспортом, в том числе специально оборудованным для перевозки инвалидов-колясочников;
- отсутствие (наличие) ограничений для льготной категории пользователей услуги службы «Социальное такси», проявляющихся в установлении возможного количества предоставляемых услуг; минимизации времени ожидания клиентов и

ограничении продолжительности (дальности) поездки – априори либо путём введения дополнительной оплаты;

■ состав льготной категории граждан, которым в обязательном порядке должна предоставляться услуга службы «Социальное такси»;

■ достаточность квалифицированных кадров;

■ уровень информированности категорий граждан, крайне нуждающихся в услуге службы «Социальное такси»;

■ продолжительность ожидания получателем услуги начала её реального выполнения;

■ степень оперативности поступления заявки на получение услуги (возможность быстро дозвониться по телефону, послать заявку по электронной почте).

Из выявленных индикаторов выделены наиболее значимые, рост которых имеет решающее значение в достижении максимального уровня качества услуги, оказываемой службой инвалидам и другим маломобильным группам населения. Выделение наиболее значимых причин, на основе которых разработаны индикаторы проводился посредством Парето-анализа, представленного в таблице 2.1 за 2019 год. Данные таблицы сформированы на основе опроса, проведенного автором в масштабе всей страны посредством анкет, отправленных в соответствующие министерства. Результаты анкетирования представлены в Приложении 3.

Таблица 2.1 – **Парето - анализ причин, снижающих уровень качества услуги службы «Социальное такси»**

№ п/п	Наименование причины	Количество субъектов, в которых выявлены соответствующие причины, снижающие уровень качества оказания услуги	Доля причины, в общем объеме, %	Количество причин, нарастающим итогом, %
1.	Низкий процент охвата услугой службы «Социальное такси» крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан (процент охвата ниже 50 %)	82	17,83	17,83

Продолжение таблицы 2.1

№ п/п	Наименование причины	Количество субъектов, в которых выявлены соответствующие причины, снижающие уровень качества оказания услуги	Доля причины, в общем объеме, %	Количество причин, нарастающим итогом, %
2.	Недоступность для пользователей стоимости услуги (высокая стоимость поездки; взимание дополнительной платы за подачу автомобиля; взимание дополнительной платы за время ожидания пользователя услуги при выходе из дома к автомобилю; взимание дополнительной платы за время ожидания, пока пользователь услуги находится в социально - значимом объекте и др.)	75	16,30	34,13
3.	Невозможность получения услуги службы «Социальное такси» маломобильными группами населения, проживающих не только в городах, но и в сельских населённых пунктах	75	16,30	50,43
4.	Недостаточная укомплектованность службы «Социальное такси» автомобильным транспортом, включая специально оборудованным для перевозки инвалидов-колясочников	68	14,78	65,21
5.	Наличие ограничений для льготной категории пользователей услуги службы «Социальное такси», проявляющихся в установлении возможного количества предоставляемых услуг; минимизации времени ожидания клиентов и ограничении продолжительности (дальности) поездки – априори либо путём введения дополнительной оплаты	68	14,78	79,99
6.	Недостаточная обеспеченность профессиональными кадрами службы «Социальное такси»	24	5,22	85,21
7.	Длительный период с момента поступления заявки до предоставления услуги «Социальное такси» (более чем за сутки)	20	4,35	89,56

Продолжение таблицы 2.1

№ п/п	Наименование причины	Количество субъектов, в которых выявлены соответствующие причины, снижающие уровень качества оказания услуги	Доля причины, в общем объеме, %	Количество причин, нарастающим итогом, %
8.	Низкий уровень информированности отдельных категорий граждан, имеющих право воспользоваться услугой	36	4,35	93,91
9.	Ограничения по перечню социально значимых объектов	16	3,48	97,39
10.	Наличие жалоб по вопросам работы службы «Социальное такси», поступивших в органы социальной защиты субъекта Российской Федерации за год	12	2,61	100
Итого:		460	100	100

Источник: составлено автором на основе данных, полученных из соответствующих Министерств субъектов РФ в результате проведенного анкетирования

Для выделения Парето-слоя ключевых показателей представлена диаграмма (рисунок 2.2), наглядно иллюстрирующая частоту проявления причин, снижающих качество услуг службы «Социальное такси» в регионах РФ. На данной диаграмме причины обозначены порядковым номером, под которым причина указана в таблице.

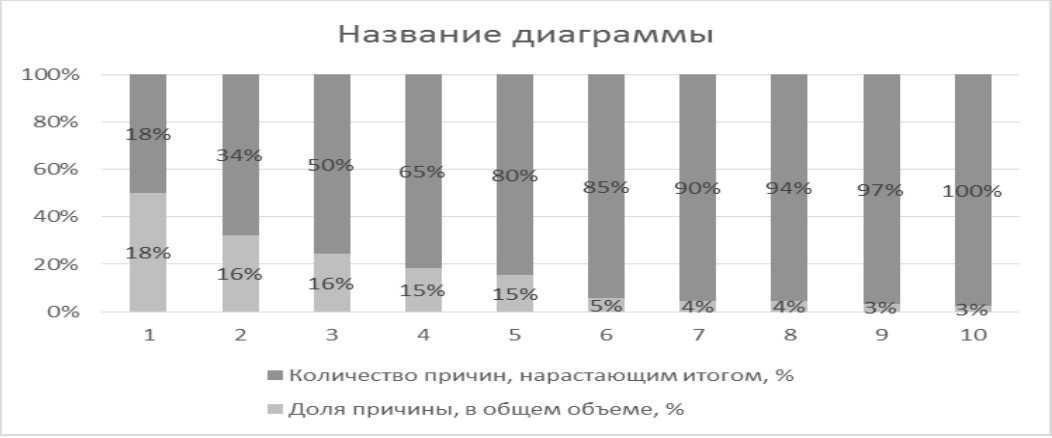

Рисунок 2.2 – **Удельный вес причин, воздействующих на качество услуги «Социальное такси»**

Источник: построено автором на основе эмпирического анализа, проведенного в субъектах РФ по перечню вопросов (Приложение 2), переданных в каждый регион страны.

Для наглядного представления совокупного влияния ключевых причин на уровень качества представим диаграмму Парето, на которой продемонстрированы те 20 % причин, которые оказывают 80 % влияния на качество исследуемой услуги (рисунок 2.3).

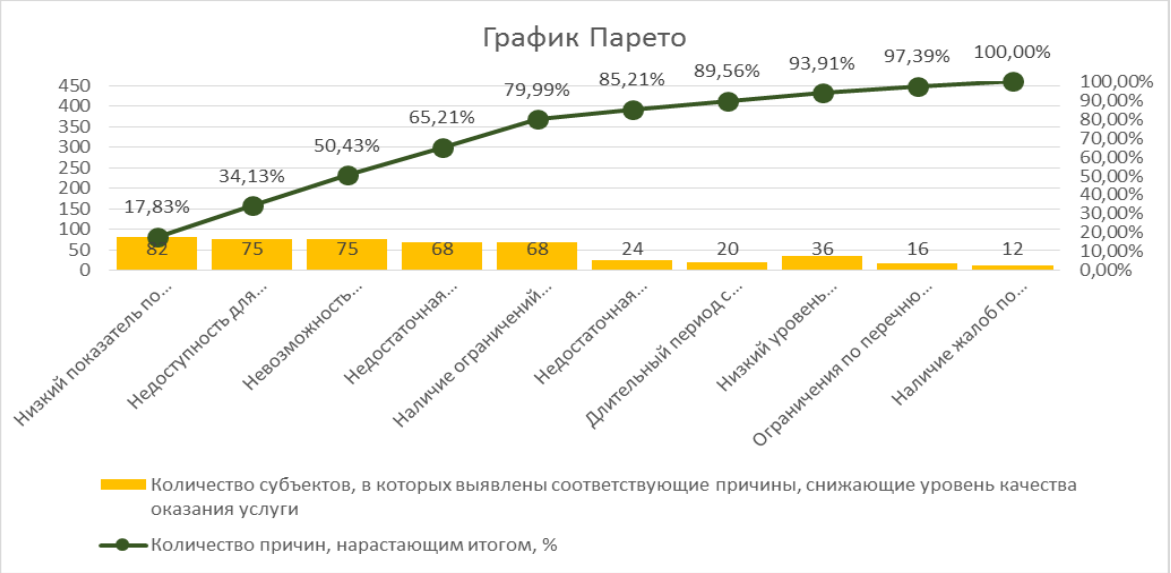

Рисунок 2.3. – **Парето-анализ причин, воздействующих на уровень качества услуги «Социальное такси»**

Источник: построено автором на основе эмпирического анализа, проведенного в субъектах РФ по перечню вопросов (Приложение 2), переданных в каждый регион страны.

На основе выявленных ключевых причин, разработаны показатели качества, рост или снижение которых оказывает существенное влияние на уровень качества услуги. Сравнительная оценка весомости показателей, отбор приоритетных индикаторов выполнены с применением системы KPI (key performance indicators – ключевых индикаторов деятельности). Как отмечается в работе [80], для объективности и сравнимости данные показатели в системе KPI должны быть обязательно счётными. Поскольку в указанной системе рекомендуется рассматривать не более пяти индикаторов, для выбора ключевых наиболее весомых показателей был проведен, представленный выше Парето-анализ, содержащий анализ всех причин-показателей и выделение индикаторов, имеющих наибольше значение. Результаты анализа и применения системы KPI при оценке

важности показателей, выбора пяти ключевых и ранжирования по степени весомости представлены в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – **Наиболее важные показатели качества услуги службы «Социальное такси» субъектов Российской Федерации**

№ п/п	Наименование ключевого показателя качества	Весомость показателя качества по системе KPI
1	Процент охвата услугой службы «Социальное такси» крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан	0,3
2	Уровень доступности для пользователей стоимости услуги	0,2
3	Возможность получения услуги службы «Социальное такси» маломобильными группами населения, проживающими не только в городах, но и в сельских населённых пунктах	0,2
4	Укомплектованность службы «Социальное такси» автомобильным транспортом, в том числе специально оборудованным для перевозки инвалидов-колясочников	0,15
5	Отсутствие (наличие) ограничений для льготной категории пользователей услуги службы «Социальное такси»	0,15
	Итого:	1

Источник: разработано автором

Показатели качества, не вошедшие в таблицу 2.2, тоже имеют важное значение как индикаторы качества услуги службы «Социальное такси», но всё-таки их можно причислить к категории менее значимых. Выбор пяти ключевых индикаторов качества, ранжирование их по степени значимости с применением системы KPI есть смысл кратко охарактеризовать. В процессе исследования установлено, что, во-первых, *главный показатель качества, включённый в таблице 2.2 под первым номером, наиболее полно характеризует качество услуги*. Во-вторых, подавляющее большинство других перечисленных выше индикаторов качества обеспечивают темпы роста либо снижения процента охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий

граждан. Действительно, значение главного показателя качества анализируемой услуги зависит и от уровня доступности стоимости услуги, и от укомплектованности службы «Социальное такси» автомобильным транспортом (для инвалидов-колясочников со специальным подъёмником), и от уровня информированности крайне нуждающихся в услуге категорий граждан о самом существовании службы, и от других индикаторов качества. Получается, большинство индикаторов «работают» на главный показатель качества. Именно поэтому для повышения уровня качества обслуживания крайне нуждающихся в услуге граждан необходимы эффективные действия по обеспечению динамичного роста всех ключевых показателей. Результаты исследования уровня развития услуги службы «Социальное такси» по наиболее значимому показателю качества за 2019 г. сведены в таблицу 2.3.

Таблица 2.3 – **Уровень качества услуги службы «Социальное такси» по важнейшему показателю – процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан**

№ п/п	Наименование субъекта Российской Федерации	Процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан
Субъекты РФ с максимальным процентом получателей услуги службы «Социальное такси»		
1	Республика Калмыкия	168,85%
2	Чукотский автономный округ	148,75%
3	Пермский край	70,8%
4	Город Москва	68,6%
5	Камчатский край	47,43%
6	Республика Саха (Якутия)	42,96%
7	Тверская область	39,82%
8	Удмуртская Республика	26,81%
9	Ямало-Ненецкий автономный округ	25,33%
10	Ярославская область	20,42%
Субъекты РФ, имеющие минимальные показатели по проценту охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан (менее 1%)		
1	Республика Дагестан	0,022%
2	Карачаево-Черкесская Республика	0,046%
3	Республика Мордовия	0,063%
4	Тамбовская область	0,24%

Продолжение таблицы 2.3

Субъекты РФ, имеющие минимальные показатели по проценту охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан (менее 1%)		
5	Ленинградская область	0,3%
6	Липецкая область	0,34%
7	Иркутская область	0,49%
8	Республика Башкортостан	0,56%
9	Воронежская область	0,68%
10	Нижегородская область	0,87%

Источник: составлено автором на основе эмпирического анализа проведенного в субъектах РФ по перечню вопросов (Приложение 2), переданных в каждый регион страны.

Для периодического (ежегодного) определения данных согласно таблице 2.3 автором разработана формула расчёта процента охвата услугой службы «Социальное такси» крайне нуждающихся в данной услуге граждан:

$$Д = \frac{N}{И_{I,II} + И_{д.и.}} \times 100,$$

где:

Д − доля (процент охвата) получателей услуги службы «Социальное такси» от общей численности крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан, проценты

N − количество граждан льготной категории, получивших в течение года услугу службы «Социальное такси» в конкретном субъекте РФ

$И_{I, II}$ − численность инвалидов I, II групп в конкретном субъекте РФ согласно данным Росстата [189]

$И_{д.и.}$ − численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет в конкретном субъекте РФ

В случае отсутствия статистических данных Росстата по численности детей-инвалидов в возрасте до 18 лет применительно к каждому региону (что имело место в период данного исследования) величину «$И_{д.и.}$» следует определять, исходя из общей численности инвалидов в регионе (статистические данные всегда имеются), по формуле:

$$И_{д.и.} = И_{общ.} \times П,$$

где

$И_{общ.}$ – общая численность инвалидов в субъекте РФ по данным Росстата [39]

П – доля детей-инвалидов в возрасте до 18 лет в общей численности инвалидов в целом по РФ, проценты

В 2017 году величина «П» была равной 5,188%, в 2016 г. – 4,83%, в 2015 г.– 4,68%, в 2014 г. – 4,48%, в 2013 г. – 4,34%, из чего следует: детей-инвалидов с каждым годом в стране становится всё больше, что создаёт дополнительную нагрузку, в том числе и на службу «Социального такси».

Динамика изменения данных по важнейшему показателю качества – проценту охвата услугой в среднем по стране в 2014 – 2019 г.г. представлена на рисунке 2.4.

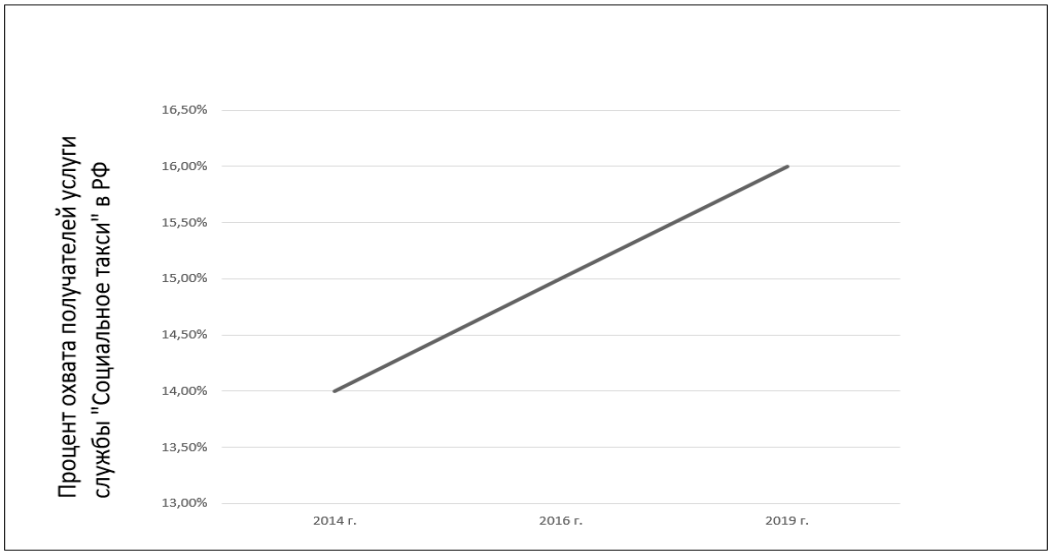

Рисунок 2.4 – **Динамика изменения процента охвата инвалидов и маломобильных граждан услугой службы «Социальное такси»**

Источник: построено автором на основе разработанного в диссертации метода расчета

В число особо важных показателей качества услуги, предоставляемой службой «Социальное такси» автор включила *уровень доступности для пользователей стоимости услуги (позиция 2 в таблице 2.2)*. Анализ стоимости услуги по всем субъектам РФ показал различный подход к установлению цены за предоставляемую услугу. В 29 субъектах РФ услуга предоставляется в той или иной степени бесплатно, из них в 15 субъектах РФ – абсолютно бесплатно, без

каких-либо оговорок, ограничений. Результаты исследования регионов по данному ключевому показателю за 2019 г. выборочно представлены в таблице 2.4.

Таблица 2.4 – **Уровень доступности услуги службы «Социальное такси» по стоимости поездок в субъектах РФ**

№ п/п	Наименование субъектов	Уровень доступности стоимости услуги	Примечание
Десять из 15 субъектов РФ, в которых услуга службы «Социальное такси» предоставляется бесплатно без каких-либо ограничений			
1	Чукотский автономный округ	Бесплатно	За год обслуживается в среднем 2975 человек: вся численность инвалидов (2000 чел.) и неработающие пенсионеры. Один из самых высоких процентов охвата крайне нуждающихся в «Социальном такси» граждан при бесплатной услуге – 148,75%
2	Тверская область	Бесплатно	За год обслуживается в среднем 25332 чел. Процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан – 39,82%
3	Тюменская область	Бесплатно	За год услуга предоставляется в среднем 16927 раза. Процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан – 26,7%. В 29 учреждениях (5 – в городах, 24 – в сельской местности) насчитывается 35 автомобилей, 34 из которых приспособлены для перевозки инвалидов-колясочников
4	Оренбургская область	Бесплатно	За год услуга предоставляется в среднем 16000 клиентам. Процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан – 12,33%
5	Ульяновская область	Бесплатно	Служба «Социальное такси» организована в городах Ульяновск и Димитровград. За год услуга предоставляется в среднем по 7318 заявкам потребителей. Процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан составляет 10%
6	Еврейская автономная область	Бесплатно	За год обслуживается в среднем 1032 клиента – двумя автомобилями в 2-х организациях. Процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан составляет 9,82%.

Продолжение таблицы 2.4

№ п/п	Наименование субъектов	Уровень доступности стоимости услуги	Примечание
7	Псковская область	Бесплатно	Тремя автомобилями две организации за год обслуживают в среднем 1190 человек. Процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан составляет 3,6%
8	Рязанская область	Бесплатно	За год обслуживается в среднем 2139 человек. Процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных категорий граждан составляет 2,4%
9	Пензенская область	Бесплатно	За год обслуживается в среднем 1478 человек. Процент охвата услугой крайне нуждающихся категорий граждан составляет 2,34%.
10	Новосибирская область	Бесплатно	За год обслуживается в среднем 2725 человек, процент охвата услугой крайне нуждающихся категорий граждан составляет 2,27%
Субъекты РФ с самой высокой стоимостью услуги службы «Социальное такси»			
1	Республика Мордовия	Стоимость услуги составляет 571,36 руб. в час	Из-за высокой стоимости услуги процент охвата крайне нуждающихся маломобильных категорий граждан за год составляет примерно 0,063%
2	Орловская область	Стоимость услуги составляет 270 - 300 руб. в час	Высокая стоимость услуги – одна из существенных причин низкого процента охвата крайне нуждающихся маломобильных категорий граждан – 1,76%
3	Калининградская область	Стоимость поездки – 280 руб. в час	Негативное влияние на качество услуги оказывает установленный лимит на бесплатную поездку – не более 5 часов в квартал. Если дальность поездки более 200 или 300 км, то продолжительность поездки в квартал – соответственно, 8 часов или 10 часов, что маловероятно. В связи с этим бесплатные поездки – редкое явление
4	Хабаровский край	Стоимость поездки на легковом автомобиле –	Поскольку воспользоваться услугой могут только инвалиды I, II групп и дети-инвалиды, при высокой стоимости услуги за год

Продолжение таблицы 2.4

№ п/п	Наименование субъектов	Уровень доступности стоимости услуги	Примечание
		от 177 до 187 руб. в час, на специально оборудованном транспортном средстве – от 200,4 до 223 руб. в час	обслуживаются всего 6204 человека из почти 49000 граждан, крайне нуждающихся в услуге службы «Социальное такси»
5	Мурманская область	Стоимость поездки в отдалённые населённые пункты – до 500 руб.	Имеет место жёсткое ограничение пользователей услуги. В связи с этим, оплата 25%: стоимости проезда (от 15 до 70 руб. в пределах одного населённого пункта, до 500 руб. – при поездках в отдалённые пункты) должного эффекта не даёт: из 19776 крайне нуждающихся в услуге граждан пользователями услуги за год являются всего 1486 чел.

Источник: составлено автором на основе эмпирического анализа проведенного в субъектах РФ по перечню вопросов (Приложение 2), переданных в каждый регион страны.

Как следует из результатов исследования, в том числе из таблицы 2.4, особенность проявления индикатора доступности для пользователей стоимости услуги службы «Социальное такси» в регионах, муниципальных образованиях заключается прежде всего в доминантном влиянии на главный показатель качества услуги – процент охвата услугой крайне нуждающихся в ней маломобильных категориях граждан.

Так, в Чукотском автономном округе абсолютно бесплатное предоставление услуги всем категориям инвалидов (включая детей-инвалидов), неработающим пенсионерам позволяет обслужить всю численность инвалидов округа (2000 человек) с достижением процента охвата услугой в размере 148,75%. Льготная оплата услуги службы «Социальное такси» в Республике Калмыкия даёт возможность воспользоваться услугой не только детям-инвалидам, инвалидам I, II, III групп в количестве 24000 человек, но и Ветеранам Великой Отечественной

войны, Ветеранам труда, пенсионерам (в среднем 40525 услуг за год). Благодаря столь эффективному подходу к развитию услуги службы «Социальное такси», Республика Калмыкия достигла первенства в России по главному показателю качества – проценту охвата услугой крайне нуждающихся в ней маломобильных категорий граждан – 168,85%. В силу абсолютно бесплатного предоставления услуги достигаются следующие средние по значениям проценты охвата: в Тверской области (39,82%), Тюменской области (26,7%), Оренбургской области (12,33%), Ульяновской области (10%). В то же время установление беспрецедентно высокой стоимости услуги службы «Социальное такси» приводит к крайне низким процентам охвата остро нуждающихся в услуге маломобильных категорий граждан (см. вторую часть таблицы 2.3). Однако бесплатное или по низкой стоимости услуги не всегда приводят к положительным результатам по численности получателей услуги. К примеру, при абсолютно бесплатной стоимости услуги в Тамбовской области в течение года обслуживается в среднем 181 человек из общего количества 77240 маломобильных граждан, которые крайне нуждаются в оказании услуги (инвалиды I, II группы плюс дети-инвалиды в возрасте до 18 лет). Таким образом, процент охвата названной категории граждан составляет 0,24%, что в значительной мере обусловлено неэффективным управлением деятельностью службы «Социальное такси». Методы оптимизации уровня доступности для пользователей стоимости услуги службы «Социальное такси», повышения других показателей качества услуги изложены в авторской Концепции управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъектах Российской Федерации до 2030 года (параграф 2.3 диссертации). В дополнение субъектам РФ с низкой бюджетной обеспеченностью предлагается следующий алгоритм установления цены услуги для граждан, не относящихся к льготной категории пользователей, определяемой субъектами РФ (рекомендации автора по составу такой категории граждан – в Концепции). Для граждан с уровнем дохода ниже 150% регионального прожиточного минимума услугу предоставлять бесплатно без каких-либо ограничений, для граждан с уровнем дохода 150% и выше регионального прожиточного минимума – по

установленному платному тарифу. Для данной не льготной категории граждан субъекты РФ могут использовать зарубежный опыт, изложенный в Справке ЭАЦ при ОП РФ [192]:

- в Сингапуре с 2017 г. инвалиды-колясочники могут использовать субсидии на социальное такси до 80% в зависимости от уровня общего дохода;

- в Лондоне для инвалидов-колясочников стоимость поездки туда и обратно равна стоимости двух билетов на автобус.

Поскольку результаты анализа *предоставления услуги службой «Социальное такси» маломобильным инвалидам, крайне нуждающимся в услуге и проживающим в сельской местности,* представлены выше по тексту, следует дать краткую характеристику ещё одному ключевому показателю качества услуги – *укомплектованности служб «Социальное такси» автомобильным транспортом.* Потребность указанных служб регионов, муниципальных образований в автотранспорте в значительной мере зависит и от численности инвалидов, остро нуждающихся в услуге, и от видов заболеваний (соответственно меняется количество услуг) в конкретном субъекте РФ, и от расстояний, на которые требуется перевозить потребителей услуги к социально значимым объектам. Так, в зависимости от численности инвалидов-колясочников в муниципальных образованиях, регионе в целом возникает адекватная потребность в автомобилях, оборудованных специальными подъёмниками. Используя данные Экспертно-аналитического центра при Общественной палате РФ (ЭАЦ при ОП РФ) [192], представленные 17 октября 2017 г. на общественных слушаниях по теме «Доступный транспорт для инвалидов» и данные Росстата [297], автор определила, что численность инвалидов-колясочников составляет 4,4% от суммарной численности инвалидов I, II групп и детей-инвалидов. Получается, чем выше численность инвалидов-колясочников в конкретном субъекте РФ, его муниципальных образованиях, тем актуальней потребность в специально оборудованных автомобилях. Такая же закономерность по загруженности автомобилей службы «Социальное такси» характерна для регионов с большой долей граждан, проходящих, амбулаторное лечение гемодиализом (методом

заместительной почечной терапии): требуется удовлетворять по 4-6 вызовов еженедельно на одного инвалида-гемодиализника в течение длительного периода времени, порой круглогодично. Отсюда максимальная загруженность автомобилей, потребность в их увеличенном количестве. Примером названной проблемы может служить Саратовская область, в которой инвалиды-гемодиализники составляют подавляющее большинство в составе 90 тысяч инвалидов I, II групп и детей-инвалидов. Немалая доля таких инвалидов проходит лечение гемодиализом в Удмуртской Республике, городе Севастополе, некоторых других регионах.

Необходимое количество автомобилей в службах «Социальное такси» напрямую связано с эффективностью их использования: чем больше услуг предоставляется пользователям с помощью каждого автомобиля, тем выше их загруженность и, соответственно, снижается потребная численность автотранспорта. Разумеется, загруженность любого автомобиля имеет свой предел. В процессе исследования выработан алгоритм определения расчётной степени загруженности каждого автомобиля службы «Социальное такси» и потребного количества автомобилей, исходя из общего количества инвалидов I, II групп и плюс численности детей-инвалидов. Задавшись расчётно-экспертным путём, что с помощью каждого автомобиля ежедневно имеется возможность оказать не более 4-х услуг (не все из которых включают ожидание завершения длительной медицинской процедуры пациента), в течение 5-дневной рабочей недели предоставляется 20 услуг. Тогда за месяц с помощью 1 автомобиля предоставляется минимум 80 услуг, а за 12 месяцев – 960 услуг. На результативность управления загруженностью каждого автомобиля существенно влияют такие факторы, как квалификация кадрового состава всех служб «Социальное такси», а также компетентность работников органов социальной защиты населения. Квалификация, компетентность кадрового состава – многовекторный фактор воздействия не только на загруженность, количественный состав автотранспорта, но и на все без исключения показатели качества услуги службы «Социальное такси», выработанные автором и указанные

выше, включая ключевые показатели качества согласно таблице 2.2. Итоги исследования потребного количества автотранспорта, его загруженности услугами службы «Социальное такси» показали следующее. В 5 субъектах РФ (Тамбовской, Иркутской, Сахалинской областях и в Республике Дагестан, Карачаево-Черкесской Республике) служба «Социальное такси» имела в период данного исследования всего по 1 автомобилю, в Астраханской области и Республике Марий Эл – по 2 автомобиля, что отрицательно сказывается на главном показателе качества услуги – проценте охвата услугой маломобильных граждан, крайне нуждающихся в услуге службы «Социальное такси». Выявлены субъекты, в которых насчитывается большое количество автомобилей. Однако во многих случаях эффективность управления загруженностью каждого автомобиля оставляет желать лучшего. Например, служба «Социальное такси» Самарской области предоставляет услуги 143 автомобилями (больше чем достаточное количество). При этом за период в один год в среднем оказывается услуга 1650 гражданам, что в сравнении со 152000 тысячами зарегистрированных инвалидов I, II групп и детей-инвалидов составляет всего 1,08%. Такой низкий процент охвата остро нуждающихся в услуге в значительной мере обусловлен крайне малой загруженностью каждого автомобиля – 11,53 услуги за год. Служба «Социальное такси» Республики Коми насчитывает 20 автомобилей, в числе которых 3 автобуса и 2 микроавтобуса с гидроподъёмниками для инвалидов-колясочников. По данным Министерства труда и социальной защиты Республики Коми, в течение года оказывается в среднем 417 услуг, то есть загруженность каждого автомобиля− примерно 21 услуга в год. Если к категории маломобильных граждан отнести только инвалидов I, II групп и детей-инвалидов, то в услуге в данном субъекте РФ нуждаются 38500 человек. То есть процент охвата крайне нуждающихся в услуге граждан составляет всего 1,08%. Таким образом, возможности автомобильного транспорта службой «Социальное такси» не используются. В городе Санкт-Петербурге служба «Социальное такси» насчитывает 1942 автомобиля, которыми оказывается в среднем 53407 услуг за год. Соответственно, загруженность каждого автомобиля составляет не более 27,5

услуг в год, что недопустимо, поскольку в услуге нуждается 576 тысяч маломобильных инвалидов I, II групп (данные Росстата за 2017 год), не считая других участников льготной категории граждан, которая, следует подчеркнуть, в Санкт-Петербурге самая большая по номенклатуре среди всех регионов России. В Калининградской области служба «Социальное такси» ежегодно предоставляет в среднем 5609 услуг с применением 165 автомобилей (в том числе микроавтобусов с подъёмниками для кресел-колясок). Другими словами, загруженность каждого автомобиля составляет 34 услуги в год, или всего 3,5% от расчётно-экспертной загруженности 960 услуг в год. Приведенные данные подтверждают неэффективность использования автотранспорта.

Служба «Социальное такси» Краснодарского края располагает 135 автомобилями, с применением которых, по данным краевого Министерства социального развития и семейной политики, в течение года предоставляется в среднем 9794 услуг (количество крайне нуждающихся в услуге инвалидов I, II групп и детей-инвалидов составляет 301000 человек. При этом на каждый автомобиль приходится 72,5 услуги в год, что свидетельствует о неэффективном использовании автотранспорта. Совершенно противоположная ситуация с загруженностью автотранспорта службы «Социальное такси» характерна для субъектов РФ, в которых данной проблеме уделяется должное внимание. Примером максимальной загруженности большого количества автомобилей (130 автомобилей, не считая 66 автобусов, используемых не для индивидуальных заявок, а для коллективных перевозок в культурно и спортивно значимые объекты) служит город Москва, в котором на каждый автомобиль приходится 3074 услуги ежегодно, или 320,5% относительно расчётно-экспертной загруженности 960 услуг в течение года. Большое количество услуг для каждого из 4-х автомобилей – 1041 услуга за год – характерна для Камчатского края; 50 автомобилей службы в Республике Калмыкия: 1 автомобиль ежегодно оказывает 810 услуг; для Саратовской области, в службе «Социальное такси» которой каждый из 10 автомобилей ежегодно оказывает более 709 услуг.

В процессе анализа укомплектованности службы «Социальное такси» в субъектах РФ и муниципальных образованиях одновременно изучалась степень обеспеченности автомобильным транспортом, специально оборудованным подъёмниками для инвалидов-колясочников. Результаты анализа показали – во многих субъектах РФ инвалиды-колясочники испытывают серьёзные затруднения при поездках к социально значимым объектам, поскольку наличие специально оборудованных автомобилей подтверждено лишь 18 субъектами РФ.

Немалое значение на потребность в автомобилях, на загруженность каждого из них заявками в службу «Социальное такси» влияет техническое состояние, исправность всех имеющихся единиц автотранспорта. В свою очередь работоспособность автомобилей напрямую зависит от периода эксплуатации и ещё больше от величины пробега в километрах. Как показал анализ автора, выполненный в монографии [145] (особое внимание акцентируется на ограничении пробега автомобилей скорой медицинской помощи), ровно половина легковых автомобилей в стране эксплуатируется более 10 лет, что отрицательно сказывается на качестве перевозок населения, в том числе и службой «Социальное такси». Устаревший парк автобусов и микроавтобусов (46% эксплуатируются более 10 лет) столь же негативно отражается на качестве перевозок, включая пользователей рассматриваемой услуги. Длительные сроки эксплуатации автотранспорта – одна из наболевших проблем в нашей стране, находящаяся в центре внимания научного сообщества, но, к сожалению, нередко без указания конкретных способов решения проблемы. К примеру, в работе [192] лишь констатируется, что ремонт автомобилей службы «Социальное такси» цитата, «сегодня может растянуться на годы». Работа [144] отличается полноценным, квалифицированным анализом европейского, российского, московского автотранспорта в части доступности для маломобильных групп населения. В то же время в ней лишь констатируется *постепенная замена* в России устаревшего автопарка (включая автомобили службы «Социальное такси» без каких-либо конкретных предложений по ускорению процесса обновления. Актуальность замены устаревшего автопарка отмечается и в работе [82].

Действительно, чем старше автомобиль и больше его пробег, тем хуже работают его системы, увеличивается уровень вредных выбросов в атмосферу и почву, снижается надёжность, исправность автомобиля и, соответственно, падает уровень комфортности, безопасности перевозки пассажиров, в том числе пользователей услуги службы «Социальное такси». Вот почему предлагается ввести ограничения по величине пробега и сроку эксплуатации (не более 800 тысяч километров пробега и не более 8-10 лет эксплуатации автомобиля) для всего автотранспорта службы «Социальное такси».

Пятым ключевым показателем качества исследуемой услуги автором определено *отсутствие (наличие) ограничений для льготной категории пользователей услуги, проявляющихся в ограничениях возможного количества предоставляемых услуг; минимизации времени ожидания клиентов и ограничении продолжительности (дальности) поездки – априори либо* путём *введения дополнительной оплаты.* Анализ показал, ограничения имеют место лишь в 18 субъектах РФ, но здесь они оказывают негативное воздействие на качество услуги. Изобретательность в кавычках таких региональных министерств и департаментов социальной защиты населения, руководителей служб «Социальное такси» в части применение разного рода ограничений приводит прежде всего к существенному снижению качества услуги службы «Социальное такси» из-за падения главного индикатора качества – процента охвата маломобильных категорий граждан, крайне нуждающихся в услуге. Тем самым происходит зачастую неосознанная дискредитация необходимой в каждом субъекте РФ, муниципальном образовании службы «Социальное такси». Некоторые конкретные виды ограничений с привязкой к субъектам РФ уже упомянуты выше по тексту в таблице 2.4. Вместе с тем целесообразно перечислить часть других ограничений, снижающих качество услуги. По мнению автора, самым неприемлемым для маломобильных инвалидов является жёсткое ограничение состава инвалидов, имеющих право воспользоваться услугой службы «Социальное такси». В 13 субъектах РФ лишена возможности получения услуги значительная часть инвалидов из-за предоставления услуги лишь инвалидам I, II

групп и детям-инвалидам. Но есть и более изощрённые ограничения состава инвалидов. К примеру, в Иркутской области право на услугу имеют только инвалиды I группы, пользующиеся креслом-коляской. В итоге «за бортом» остались инвалиды II группы и большинство детей – инвалидов. Соответственно, в течение года предоставляется всего 634 услуги при 128000 инвалидов, крайне нуждающихся в данной услуге. Столь же отрицательно показательной является ограничение пользования услугой в Мурманской области, где получить услугу могут лишь *одиноко проживающие* инвалиды I, II групп и *одиноко проживающие* граждане в возрасте 80 лет и старше. Такого рода потенциальных пользователей услуги проще «обслуживать» (т.е. не обслуживать): находясь в одиночестве инвалид, пожалуй, и не ведает о существовании такой службы, как «Социальное такси» и обречён на одиночное пребывание в доме, если социальные работники сами не предложат услугу.

Важным показателем качества услуги службы «Социальное такси» является *уровень информированности категорий граждан, крайне нуждающихся в данной услуге*. Наиболее современная форма информирования граждан – сеть Интернет. По прогнозам Российской ассоциации электронных коммуникаций к 2020 году 59% населения страны пользуются сетями Интернета. Однако применительно к инвалидам ситуация крайне противоположная. Так, по данным комплексного наблюдения условий жизни населения в 2016 году 66,8% инвалидов в возрасте 15 лет и более не имели возможности для выхода в сеть Интернет, а в сельских населённых пунктах этот показатель достигал 71,6%. Поэтому внедрение и развитие электронных технологий в социальной сфере приобретает особую актуальность, что подчёркивается в работе [293] диссертанта. Результаты анализа состояния развития и качества услуги службы «Социальное такси» в субъектах РФ, муниципальных образованиях позволили сделать вывод: во многих регионах главный показатель качества – процент охвата маломобильных инвалидов услугой в течение длительного времени держится на низком уровне по причине недостаточной информированности о возможности получения услуги. Разумеется, недостаточный уровень информированности вызван не только пассивными

действиями персонала службы «Социальное такси», работников органов социальной защиты населения, но и некоторыми факторами воздействия как на информирование маломобильных инвалидов, так и на другие показатели качества. Прежде всего недостаточное информирование обусловлено проблемой финансирования службы «Социальное такси», что в свою очередь может вызвать вынужденное ограничение информирования.

Анализ факторов влияния на качество услуги «Социальное такси»

Эффективность управления качеством услуги «Социальное такси» на федеральном и региональном уровнях в значительной степени зависит от точности, полноценности выявления действующих факторов воздействия на качество услуги и своевременности принятия действенных мер по минимизации отрицательного влияния всех установленных факторов. Для более глубокого, всестороннего определения воздействия факторов на степень развития и показатели качества исследуемой услуги автор использовала представленный в параграфе 1.2 диссертации способ многокритериального факторного моделирования. Указанный научный способ предусматривает классификацию, членение и детализацию факторов в процессе анализа. По степени воздействия факторы были расчленены на интенсивно действующие в течение продолжительного периода и эпизодические краткосрочные. Особенность УСНН «Социальное такси» состоит в том, что подавляющее большинство выявленных факторов практически невозможно причислить к эпизодическим в силу их значительного и продолжительного воздействия. Факторный анализ усложнялся ещё и тем, что один и тот же фактор в каких-то субъектах РФ проявлялся интенсивно, в течение длительного времени, и тем самым зачастую перерастал в многостороннюю проблему для управления качеством услуги. К примеру, важнейшим фактором негативного воздействия на качество услуги, перерастающим в многоплановую проблему, является недостаточная финансовая обеспеченность службы «Социальное такси», а порой и полное отсутствие финансирования. Излишне ограниченное выделение средств характерно для

немалого количества субъектов РФ, что вызывает сегментарное развитие службы и существенно снижает уровень качества услуги, предоставляемой маломобильным инвалидам, другим категориям граждан, испытывающим значительные трудности в самостоятельном передвижении. Чаще всего проблема вызвана недостаточной финансовой обеспеченностью регионов, однако в некоторых субъектах РФ проявляется нежелание руководителей выполнять вложения в данную услугу и, соответственно, внедрять в регионе службу «Социальное такси». В период диссертационного исследования в стране насчитывалось 7 субъектов РФ, где указанная служба отсутствовала: Чеченская Республика, Ненецкий автономный округ, Республика Ингушетия, Чувашская Республика, Республика Тыва, Республика Татарстан, Республика Крым. Поэтому в процессе факторного анализа важно было определить факторы, которые по существу были проблемой либо были близки к мультимодальному проблемному проявлению. Особое внимание при факторном анализе уделялось факторам (приведены в параграфе 1.1 диссертации), которые воздействуют не только на качество услуги «Социальное такси», но и на качество всех других исследуемых услуг. Подробный, всесторонний анализ в каждом субъекте РФ с использованием «Перечня вопросов по развитию службы «Социальное такси», адресованных руководителям Департаментов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации» (Приложение 2 к диссертации) позволил выявить большое количество факторов влияния, в числе которых следует отметить следующие:

1. Недостаточная финансовая обеспеченность службы «Социальное такси» во многих субъектах РФ.

2. Неприемлемо высокая стоимость услуги службы «Социальное такси» для пользователей услуги в отдельных субъектах РФ.

3. Неукомплектованность службы «Социальное такси» автомобильным транспортом, особенно оборудованным подъёмником для инвалидов – колясочников.

4. Отсутствие единого подхода в установлении льготной категории инвалидов, других маломобильных граждан, обладающих правом на обязательное получение услуги службы «Социальное такси».

5. Наличие ограничений, устанавливаемых пользователям услуги «Социальное такси» в отдельных субъектах РФ.

6. Наличие субъектов РФ, в которых маломобильные инвалиды, проживающие в сельской местности, лишены возможности воспользоваться услугой службы «Социальное такси».

7. Недостаточное информационное обеспечение инвалидов, других маломобильных групп населения, крайне нуждающихся в услуге, о наличии и порядке работы службы «Социальное такси».

8. Неукомплектованность некоторых служб «Социальное такси» квалифицированными кадрами.

9. Низкий приоритет службы «Социальное такси» при выполнении подпрограммы государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2025 годы из-за отсутствия законодательно – нормативного документа об обязательном наличии в каждом субъекте РФ службы «Социальное такси».

10. Суровые климатические условия в регионе, размер пощади его территории.

С тем, чтобы сосредоточить внимание исполнительных органов субъектов РФ, Государственной Думы РФ, Совета Федерации РФ, Министерства труда и социальной защиты РФ, Министерства финансов РФ на острой необходимости повышения качества работы службы «Социальное такси», из многих перечисленных факторов автору потребовалось выделить главные из них, требующих решения в приоритетном порядке. Проведением Парето-анализа, сочетавшегося с апостериорными данными деятельности службы «Социальное такси» в регионах и с рекомендациями по применению системы KPI [80] выделены 5 главных проблем, представленных в таблице 2.5.

Из таблицы следует, *самым весомым фактором в обеспечении качества работы службы «Социальное такси» является недостаточная финансовая обеспеченность службы «Социальное такси» во многих субъектах РФ*. Особенность данного приоритетного фактора заключается в его мощном негативном влиянии на решение каждого из других особо значимых факторов, включённых в таблицу 2.5.

Таблица 2.5 – **Главные факторы, вызывающие стабильно низкие показатели в работе службы «Социальное такси»**

№ п/п	Наименование главных проблем	Весомость проблемы по системе KPI
1	Недостаточная финансовая обеспеченность службы «Социальное такси» во многих субъектах РФ	0,3
2	Неприемлемо высокая стоимость услуги службы «Социальное такси» для пользователей услуги в отдельных субъектах РФ	0,2
3	Неукомплектованность службы «Социальное такси» автомобильным транспортом, особенно оборудованным подъёмником для инвалидов-колясочников	0,2
4	Отсутствие единого подхода в установлении льготной категории пользователей услуги	0,15
5	Наличие ограничений, устанавливаемых пользователям услуги	0,15
	Итого:	1

Источник: разработано автором

Проблема константно недостаточной бюджетной обеспеченности многих регионов вынуждает оказывать услугу службы «Социальное такси» только на платной основе, иногда с непомерно высоким тарифом, что для материально нуждающихся маломобильных инвалидов абсолютно неприемлемо. В результате количество инвалидов, пользующихся услугой, резко снижается. Более того, финансовая необеспеченность иногда служит одной из причин того, что в субъекте РФ служба «Социальное такси» вообще не внедряется – с соответствующими последствиями для инвалидов, хронически страдающих ограниченной подвижностью. Другим ярко выраженным примером

отрицательного воздействия нехватки денежных средств может служить неукомплектованность службы «Социальное такси» автомобильным транспортом в ряде субъектов РФ. Как следствие, сокращается число маломобильных инвалидов, которым предоставляется столь необходимая услуга. Часто ограниченные финансовые возможности вынуждают либо побуждают некоторые субъекты РФ применить неуместную практику предоставления услуги службы «Социальное такси» очень узкой категории инвалидов. Наиболее показательным примером такого подхода к оказанию помощи маломобильным инвалидам может служить Иркутская область, в которой услуга «Социального такси» предоставляется только инвалидам – колясочникам I группы. В итоге за год в период данного исследования было предоставлено 634 услуги при численности инвалидов I и II группы равной 117 000. И всё - таки нет оснований считать недостаточную финансовую обеспеченность службы «Социальное такси» неразрешимой проблемой. При постоянной озабоченности и большом желании субъектов РФ и федерального центра посильно изыскать возможность минимизации данной проблемы. Было бы неверным ограничиваться лишь каким-то одним способом решения проблемы. Следует применять систему методов, позволяющую добиться положительного результата, которая представлена в параграфе 2.3.

Очень значимым фактором, а по существу серьёзнейшей проблемой в обеспечении качества услуги «Социальное такси» является *неприемлемо высокая стоимость услуги в отдельных субъектах РФ*. Данный фактор использован автором и в виде показателя качества услуги. В дополнение следует отметить, что в 15 субъектах РФ услуга предоставляется бесплатно без каких либо оговорок, и в 14 регионах – с некоторыми ограничениями. Неприемлемо высокие тарифы на поездку установлены в других 14 субъектах, стоимость услуги в которых составляет от 71,93 руб. за час поездки (Кировская область) до 571,36 руб. за час поездки (Республика Мордовия). Анализ неблагоприятного для пользователей услуги уровня доступности стоимости поездки к социально значимым объектам на «Социальном такси» в данной категории 14 субъектов РФ показал следующее.

Значение важнейшего показателя качества услуги – процента охвата услугой маломобильных инвалидов I, II групп (включая детей-инвалидов) составляет от 0,061 % (Республика Мордовия) до 12,7 % (Хабаровский край), т.е. ниже средних по стране 16 %. При этом в 7 субъектах РФ из 14 процент охвата услугой не превышает 2 %, в 2-х регионах – менее 6 %, а в 4-х – до 12,7 %. Исключением является город Москва, где при высокой стоимости поездки – 210 руб. в час – процент охвата услугой достигает высокого значения – 68,6 %. Приведённые результаты анализа 14 регионов с максимальной стоимостью услуги «Социального такси» позволяют сделать важный вывод – высокая стоимость услуги чаще всего приводит к снижению численности маломобильных инвалидов, пользующихся услугой. Ещё два конкретных примера, подтверждающих указанный вывод. В Волгоградской области, где стоимость поездки в период исследования составляла 119,6 руб./час, в течение года услугой пользовались в среднем 2058 человек из общей численности инвалидов I, II групп (включая детей – инвалидов в возрасте до 18 лет) примерно 120510 человек, т.е. 1,7 %. Аналогичная картина характерна и для Краснодарского края, в котором стоимость поездки на автомобиле службы «Социальное такси» составляет 74,6 руб./час плюс 263,1 руб. – оплата автомобильного топлива на 100 км пути. Из 301000 инвалидов I, II групп (включая детей-инвалидов) услугу в течение года получает всего 3,25 %, что является серьёзным недостатком для субъекта РФ, включённого в 2017 году Агентством «РИА-РЕЙТИНГ» в десятку регионов России с самым высоким качеством жизни[7]. Пример Краснодарского края позволяет сделать ещё один вывод – не всегда стоимость услуги вызвана недостаточной бюджетной обеспеченностью региона. Финансовое обеспечение службы «Социальное такси», утверждение тарифов на поездку инвалидов часто обусловлено совсем другими проблемами: низкий приоритет службы для руководящего кадрового состава региона; неукомплектованность службы «Социальное такси», департамента социальной защиты населения квалифицированными кадрами и др. Диаметрально

[7] Экспертиза Агентства «РИА РЕЙТИНГ» за 2017 год. URL:http://AIF.ru (дата обращения: 27.02.2018)

противоположный пример обеспечения качества услуги службы «Социальное такси» в условиях невысокой бюджетной обеспеченности региона. Камчатский край входит в десятку регионов по объёму дотаций из госбюджета на выравнивание финансовых возможностей регионального бюджета (3-е место по объёму дотаций в 2018 году – 39 млрд. руб.). Услуга службы «Социальное такси» на Камчатке обходится бюджету региона гораздо дороже по сравнению с европейской частью страны. Но даже при названных проблемах руководство Камчатского края, служба «Социальное такси» обеспечивают высокий процент охвата услугой крайне нуждающихся в данной услуге маломобильных инвалидов I, II групп (включая детей – инвалидов) – 47,43 % (пятое место в России по указанному важнейшему показателю качества услуги), предоставляя данной категории инвалидов услугу *бесплатно*. Предложения по решению проблемы снижения стоимости услуги службы «Социальное такси» в тех регионах, где тарифы на поездку в автомобиле являются недоступными для маломобильных, малоимущих инвалидов, других категорий граждан, хронически нуждающихся в услуге, указаны в авторской Концепции, представленной в параграфе 2.3.

Одним из доминантных факторов влияния на обеспечение качества услуги службы «Социальное такси» *является неукомплектованность службы автомобильным транспортом, особенно оборудованным подъёмником для инвалидов-колясочников*. Указанный фактор использован автором в качестве важного показателя качества и подробно рассмотрен в параграфе 2.2. Анализ достаточности автомобилей в службе «Социальное такси» показал разную степень укомплектованности по регионам. Выявлены службы «Социальное такси» как с предельно малым количеством автомобилей, так и с численностью сверх необходимой. В таблице 2.6 представлены выборочные данные по регионам за 2019 г., служба «Социальное такси» в которых укомплектована минимальным количеством автомобилей.

Таблица 2.6 – **Службы «Социальное такси» с минимальным количеством автомобилей**

№ п/п	Наименование субъекта РФ	Количество автомобилей в службе	Примечание
1	Республика Дагестан	1	Загрузка одного автомобиля в 20 раз меньше оптимальной (44 услуги за год при оптимальной загруженности 960 услуг). В услуге нуждаются 205000 инвалидов I, II групп (включая детей-инвалидов). Требуется доукомплектование службы автомобилями, чтобы повысить предельно низкий процент охвата вышеуказанной категории маломобильных граждан – 0, 022 %
2	Сахалинская область	1	За год обслуживается 306 человек при 14 800 инвалидов I, II групп (включая детей – инвалидов). Автомобиль загружен всего на 30 %
3	Республика Адыгея	1 автомобиль с подъёмником	Данные по количеству услуг, предоставленных в течение года – 593. В услуге нуждаются 23 800 инвалидов I, II групп (включая детей – инвалидов). Одного автомобиля службе явно недостаточно. Тем более, что требуется обслуживание инвалидов указанной категории для повышения нынешнего невысокого процента охвата – 2,5 %
4	Иркутская область	1	Пример хорошей загруженности автомобиля: 634 услуги в сравнении с оптимальной загруженностью в 960 услуг. Учитывая общую численность инвалидов I, II групп (включая детей – инвалидов), равной 128 700 человек (процент охвата услугой – 0,49 %), требуется укомплектование службы по меньшей мере ещё двумя автомобилями

Продолжение таблицы 2.6

№ п/п	Наименование субъекта РФ	Количество автомобилей в службе	Примечание
5	Тамбовская область	1	В течение года оказывается 181 услуга, нуждающихся в услуге инвалидов I, II групп (включая детей-инвалидов) – 72 240 человек. Загруженность автомобиля – 19 %, что свидетельствует о необходимости улучшить данный показатель и приобрести дополнительное количество автомобилей
6	Липецкая область	2	В течение года обслуживается 274 клиента при 79 000 крайне нуждающихся в услуге. Каждый автомобиль загружен всего на 30 %
7	Астраханская область	2	За год услуга предоставляется 350 инвалидам из 30 000 крайне нуждающихся в услуге. Загруженность каждого автомобиля в среднем 175 услуг, т.е. примерно 18 %
8	Республика Марий Эл	2	Загруженность каждого автомобиля вполне приемлемая – 723 услуги за год. В течение года предоставлено 1 445 услуг 76 клиентам из 42 000 нуждающихся в услуге, т.е. процент охвата маломобильных инвалидов I, II групп (включая детей – инвалидов) – 3,17 %. Необходимо увеличение количества автомобилей, что при имеющейся загрузке повысит численность маломобильных инвалидов, получающих услугу

Источник: составлено автором на основе эмпирического анализа проведенного в 85 субъектах РФ по перечню вопросов (Приложение 2), переданных в каждый регион страны.

Из приведённых в Примечании к таблице пояснений следует по меньшей мере 2 вывода:

1. В большинстве приведённых данных загруженность автомобилей недостаточная, несмотря на большую потребность в услуге. Значит объём и качество услуг зависит не только от количества автомобилей.

2. Наличие в службе лишь одного автомобиля недопустимо, поскольку выход из нормального технического состояния приведёт к ещё более неутешительному количеству инвалидов, не получивших услугу.

В процессе исследования проблемы укомплектованности службы «Социальное такси» автомобильным транспортом были выделены и проанализированы службы с максимальным количеством автомобилей. Выборочные данные по некоторым таким службам в 2019 г. представлены в таблице 2.7.

Таблица 2.7 – **Службы «Социальное такси» с максимальным количеством автомобилей**

№ п/п	Наименование субъекта РФ	Количество автомобилей в службе	Примечание
1	г. Санкт-Петербург	1942	В течение года предоставляется 53 407 услуг из общей численности нуждающихся в услуге инвалидов I, II групп и детей – инвалидов – 326 300 (процент охвата услугой – 16,36 %)
2	Калининградская область	165	За год предоставляется 5 609 услуг при численности инвалидов I, II групп и детей – инвалидов в количестве примерно 152 000. Загруженность каждого автомобиля составляет 34 услуги в год (всего 3,5 % от оптимальной загруженности 960 услуг / год)
3	Самарская область	143	В течение года предоставляется 1 605 услуг из числа инвалидов I, II групп и детей – инвалидов в количестве 152 000. Таким образом, процент охвата услугой равен чуть больше 1 %, в том числе из-за того, что загруженность каждого

Продолжение таблицы 2.7

№ п/п	Наименование субъекта РФ	Количество автомобилей в службе	Примечание
			автомобиля не превышает 11,53 услуг за год (самая низкая из всех служб России)
4	г. Москва	130 автомобилей для индивидуальных заявок	За год службой «Социальное такси» столицы предоставляется около 40 000 услуг из общего числа инвалидов I, II групп и детей – инвалидов, которых насчитывается около 583 тысячи человек. Указанное количество услуг – максимальное в России. При этом и загруженность каждого автомобиля – самая высокая в стране – 3 077 услуг / год
5	Тверская область	90	В течение года предоставляется 25 332 услуг (по количеству услуг служба входит в четвёрку лидеров по стране). Загруженность каждого автомобиля – 281, 46 услуг в год. При этом услуга предоставляется *бесплатно* без каких – либо оговорок
6	Омская область	84	Количество услуг, предоставляемых в течение года – 3839. Загруженность каждого автомобиля довольно низкая – всего 45,7 услуг в год. Отсюда и низкий процент охвата услугой инвалидов I, II групп и детей – инвалидов – 4,5 %

Источник: составлено автором на основе эмпирического анализа проведенного в 85 субъектах РФ по перечню вопросов (Приложение 2), переданных в каждый регион страны.

Краткий комментарий по службе «Социальное такси» г. Санкт – Петербург с самой большой в России численностью автомобилей. Ежегодно, как следует из таблицы 2.6, маломобильным гражданам г. Санкт – Петербурга предоставляется 53 407 услуг. Городская служба «Социальное такси» насчитывает самое большое количество автомобилей по России – 1942 единицы. Состав маломобильных категорий граждан, обладающих правом пользования услугой, тоже самый

большой в стране. Пользователи услуги доставляются в 16 видов основных социально значимых объектов и в 4 дополнительных вида объектов. Вместе с тем загруженность каждого автомобиля составляет в среднем 27,5 услуг в год, что гораздо ниже оптимальной загруженности – 960 услуг / год. Другими словами, в таком количестве автомобилей нет необходимости, даже учитывая высокую бюджетную обеспеченность региона и ведущую позицию (3-е место) в ежегодном рейтинге инвестиционной привлекательности, подготовленном агентством RAEX (РАЭКС – Аналитика)[8].

Ещё одним фактором, существенно влияющим на качество услуги «Социальное такси», является *отсутствие единого подхода в установлении льготной категории инвалидов, других маломобильных граждан, обладающих правом на обязательное получение услуги «Социальное такси»*. Каждый субъект РФ сам решает, кому предоставлять транспортную услугу «Социальное такси». Подобный подход нельзя назвать справедливым по отношению к инвалидам, другим маломобильным группам населения, поскольку их ограниченные возможности в самостоятельном передвижении к социально значимым объектам не зависят от региона проживания. Отсутствие льготной категории граждан, обладающих правом обязательного получения услуги по установленному законодательно – нормативному документу федерального центра, приводит к сегментарному развитию службы «Социальное такси» в некоторых субъектах РФ и, соответственно, обеспечению транспортной доступности крайне ограниченному контингенту маломобильных инвалидов. Так, в Липецкой области в период диссертационного исследования услугой имели возможность воспользоваться только инвалиды и дети – инвалиды с нарушением способности к передвижению самостоятельно. Но даже при такой административно ограниченной категории пользователей в течение года услуга предоставляется примерно 274 пользователям тогда как численность только инвалидов I, II групп

[8] Рейтинг инвестиционной привлекательности регионов агентства RAEX (РАЭКС – Аналитика) – тематическое приложение издания Коммерсантъ. – 2017. – № 233. – 14 декабря. – С. 17

составляет суммарно 73 000 человек, а численность детей – инвалидов – примерно 6 708 человек. Таким образом, процент охвата услугой «Социальное такси» в Липецкой области составляет всего 0,34 % остро нуждающихся в услуге. При этом служба располагает 2 хорошо оборудованными автомобилями и услугу предоставляет по вполне приемлемой стоимости: 5,5 руб. за 1 км поездки по г. Липецку, 4,0 руб. за 1 км по области. Примерно такой же состав льготной категории пользователей услуги установлен и в Астраханской области: услуга предоставляется лишь инвалидам I, II групп, детям – инвалидам и сопровождающим их лицам. В период проведения анализа работы службы «Социальное такси» услуга предоставлялась всего 349 пользователям названных категорий в течение года. Если учесть, что даже обслуживаемая категория инвалидов в области суммарно составляла примерно 30 282 человека, то процент охвата услугой составлял всего 1,15 %. В значительной мере подобная результативность обусловлена высокой для пользователей стоимостью услуги – 1 раз в месяц бесплатно, далее 313 руб. за каждый час пользования. В Архангельской области (без Ненецкого АО) услуга предоставляется инвалидам по зрению, инвалидам I, II групп с нарушениями опорно – двигательного аппарата, детям – инвалидам. При этом процент охвата услугой составляет всего примерно 2,3 %. Однако, самый ограниченный льготный контингент маломобильных инвалидов, которому предоставляется услуга «Социальное такси», в период выполнения анализа приходился на Иркутскую область. Услуга предоставляется только инвалидам I группы, пользующимся креслом – коляской. И это при том, что в области проживает 117 000 инвалидов I, II групп и 11 752 детей – инвалидов. Иначе говоря, учитывая, что самыми нуждающимися в услуге являются именно указанные категории инвалидов, услугой пользуются всего 634 человека в течение года, т.е. 0,49 %. И это при вполне приемлемой цене услуги – 2,77 руб. за 1 км поездки.

Проведённый анализ в субъектах РФ по установлению льготной категории инвалидов, других маломобильных граждан, обладающих правом воспользоваться услугой «Социальное такси», показал – в некоторых регионах

состав пользователей преднамеренно сужается, что приводит к фактическому невыполнению требований об обеспечении транспортной доступности согласно подпрограмме 1 государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» [23].

Пятым ключевым фактором влияния на качество исследуемой УСНН определён автором – *наличие ограничений, устанавливаемых пользователям услуги «Социальное такси» в отдельных субъектах РФ*. Главным ограничением следует назвать рассмотренный выше фактор воздействия на качество услуги – преднамеренное утверждение крайне ограниченного состава пользователей услуги. И хотя такое ограничение свойственно сравнительно небольшому количеству субъектов РФ (18) на качестве услуге, количестве пользователей это сказывается крайне чувствительно. Из других ограничений следует выделить следующие:

1. Оплата ожидания пользователя услуги. Сами по себе ожидания очень различаются. Одно дело пользователь небрежно запаздывает выйти из дома с сопровождающим и сесть в автомобиль службы «Социальное такси». Совсем другой вариант – маломобильный инвалид находится в медицинском учреждении и проходит приёмы у врачей, различные обследования, сдачу анализов. Подобные процедуры хождений и ожиданий могут длиться часами, за которые взимается дополнительная плата. Однако некоторые службы берут дополнительную плату за любой вид ожидания (по крайней мере в информационном материале это не оговорено). Так, в Липецкой области за 1 минуту ожидания дополнительно взимается плата в размере 2 руб., в Республике Бурятия за каждую минуту ожидания взимается плата 2,59 руб. А вот в финансово обеспеченном Красноярском крае за 1 час ожидания взимается от 67 до 228 руб. Если учесть наличие в крае худшего варианта оплаты – от 67 руб. до 357 руб. за каждый час пользования услугой, посещение медицинского учреждения в городе для маломобильного инвалида сельского поселения становится очень разорительным, а скорее всего - невозможным. Отчётные данные края по работе службы «Социальное такси» гласят: в течение года услуга предоставляется 4 905 раз. В

крае проживает примерно 119 892 инвалида I, II групп, включая детей – инвалидов (услуга предоставляется сравнительно широкой категории маломобильных граждан – восьми наименованиям категорий, что является достоинством службы). Сопоставив количество предоставленных услуг в течение года – 4905 и численность самих нуждающихся в услуге инвалидов – 119 892, получим процент охвата примерно 4,1 %, что для такого субъекта крайне мало. А всё дело в некорректном взимании большой дополнительной платы за ожидание пользователя услуги и достаточно высокой стоимости для пользователя услуги – от 67 до 357 руб. за 1 час пользования услугой.

2. Ограничение пользователей льготной категории количеством поездок либо продолжительностью поездок. Например, в Калининградской области при бесплатном предоставлении услуги её продолжительность не должна превышать 5 часов в квартал при дальности поездки до 200 км. При дальности поездки более 200 км продолжительность поездок ограничена 8 часами в квартал, а при дальности более 300 км продолжительность поездок – до 10 часов в квартал. А вот в Ульяновской области, где услуга предоставляется бесплатно, воспользоваться услугой можно не более 3-х раз в месяц.

3. Территориальное ограничение для потенциальных пользователей услуги. Вот лишь несколько примеров. По меньшей мере в пяти субъектах РФ маломобильным инвалидам, проживающим в сельской местности, услуга недоступна (Алтайский край, Республика Адыгея, Свердловская, Ульяновская, Сахалинская области). А в Республике Дагестан услуга предоставляется только в Цунтинском районе.

Системный анализ каждого из пяти ключевых факторов влияния на качество услуги «Социальное такси» выполнялся в регионах с учётом изучения их взаимосвязи, совместного воздействия на показатели качества. Учитывалось также воздействие других факторов выявленных, но не включённых в состав ключевых. Так, было установлено существенное воздействие такого фактора, как недостаточное информационное обеспечение инвалидов, других маломобильных групп населения, крайне нуждающихся в услуге, о наличии и порядке работы

службы «Социальное такси». Отсутствие информации лишает возможности многих маломобильных граждан получить столь необходимую услугу и, соответственно, негативно действует на главный показатель качества – процент охвата услугой, а также на показатель, характеризующий возможность получения услуги маломобильными инвалидами, проживающими в сельской местности. Анализировались также факторы, воздействующие не только на показатели качества услуги «Социальное такси», но и на качество каждой исследуемой социальной услуги (перечень таких факторов приведён в параграфе 1.1 диссертации). Меры по снижению негативного воздействия всех факторов на качество услуги рассмотрены в параграфе 2.3 диссертации.

2.3. Концепция управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъектах Российской Федерации

Концепция управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъектах Российской Федерации до 2030 года (далее – Концепция) представляет собой главенствующую идею, принципы и подходы диссертанта в предоставлении транспортной услуги социальной направленности определённым категориям населения, испытывающим значительные трудности в доступе к медицинским организациям, общеобразовательным заведениям, административно-правовым учреждениям, объектам культуры и спорта, другим приоритетным объектам.

Концепция разработана с учётом необходимости гармоничного сочетания с требованиями государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2025 годы, Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 и содержит предложения автора по формам, методам управления дальнейшим развитием и повышением качества услуг «Социального такси» в субъектах РФ, муниципальных образованиях, сельских населённых пунктах.

Концепция призвана служить основой для оценки предложений автора, институционального оформления и реализации одобренных мероприятий Правительством Российской Федерации, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления.

Целью Концепции является повышение уровня транспортной доступности (вплоть до полного обеспечения, стопроцентного охвата не позднее 2030 года) неработающим инвалидам, другим маломобильным группам населения к объектам и услугам приоритетных сфер жизнедеятельности (учреждения здравоохранения, общеобразовательные организации, административные службы, объекты культуры и спорта, другие приоритетные объекты) посредством динамичного развития службы «Социальное такси» в каждом субъекте РФ, муниципальном образовании, сельском населённом пункте.

Для достижения цели требуется решение следующих *основных задач*:

- документальное придание приоритетной роли услуге службы «Социальное такси» при выполнении подпрограммы 1 государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» с продлением периода действия госпрограммы до 2030 года;

- создание информационно-телекоммуникационной системы высокоскоростной передачи данных в Минтруд России по независимой экспертной оценке организации деятельности службы «Социальное такси» и качества услуги в каждом субъекте РФ по выработанным автором ключевым показателям качества (таблице 2.2 параграфа 2.2 диссертации) в рамках национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» до 2024 года – с учётом требований Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 и продления госпрограммы «Доступная среда» до 2030 года;

- выработка и канонизация единой для всех субъектов РФ льготной категории граждан, испытывающих значительные трудности в самостоятельном передвижении и обладающих правом обязательного получения услуг «Социального такси» бесплатно;

- организационно-финансовое обеспечение деятельности службы, внедрение бесплатного проезда льготной категории граждан на всех типах автомобилей службы «Социальное такси» в каждом субъекте РФ. Утверждение предельного размера стоимости проезда на автомобилях службы «Социальное такси» для дополнительных категорий населения, определяемых субъектами РФ;

- управление процессами установления периодичности (возможного количества заказов), организации порядка заказа автомобиля службы «Социальное такси», продолжительности ожидания получателем услуги, начала её реального выполнения;

- повышение уровня информированности инвалидов, других маломобильных категорий населения по службе «Социальное такси»;

- развитие кадрового потенциала службы «Социальное такси», повышение уровня профессиональной компетентности кадров;

- совершенствование мониторинга качества предоставления услуги службой «Социальное такси»;

- разработка и реализация региональных (муниципальных) программ и планов развития службы «Социальное такси» на период до 2030 года;

- содействие выполнению подпрограммы 1 государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2025 годы.

Необходимость решения поставленных задач, повышения главных показателей качества услуги требует минимизации негативного влияния выявленных факторов, переросших зачастую в глобальные проблемы применительно к конкретным субъектам РФ. *Доминирующим фактором, ставшим значительной проблемой для многих субъектов РФ, является недостаточная финансовая обеспеченность службы «Социальное такси»*. Многовекторность данной проблемы проявляется в динамичном воздействии на другие ключевые факторы, снижающие главные показатели качества, представленные в таблицы 2.2, и усугубляющие рост отрицательного влияния большинства факторов, рассмотренных в параграфе 2.2. Чаще всего

недостаточный объём финансирования службы «Социальное такси» обусловлен низкой бюджетной обеспеченностью регионов, то есть объективной причиной.

В период разработки Концепции Департаменты труда и социальной защиты населения некоторых субъектов РФ письменно подтверждали недостаточное финансирование или его полное отсутствие на цели создания службы «Социальное такси» либо на дальнейшее развитие услуг. Так, отсутствие финансирования на создание службы «Социальное такси» подтвердило Министерство труда, занятости и социального развития Чеченской Республики. В Севастополе Департамент финансов под надуманным предлогом одно время отказывался финансировать работы по дальнейшему развитию службы «Социальное такси». Правительство Республики Тыва объясняет невозможность организации службы «Социальное такси» отсутствием спецавтотранспорта, не договаривая при этом об отсутствии на это денежных средств. В числе важных причин, вызывающих задержку внедрения услуги «Социальное такси», развитие уровня охвата льготных категорий граждан, остро нуждающихся в услугах, следует отметить *нежелание некоторых руководителей субъектов РФ, муниципальных образований выполнять финансовые вложения в данную услугу населению*. Решение любой региональной, муниципальной проблемы всегда зависит от понимания, восприятия проблемы руководителем. При желании, осознании насущности вопроса руководитель, как правило, всегда найдёт способ его решения. И наоборот, безразличие к проблеме приводит к неудобствам, страданиям маломобильных граждан, лишённых возможности получить столь необходимую услугу. И всё-таки нет оснований считать недостаточную финансовую обеспеченность службы «Социальное такси» неразрешимой проблемой. При постоянной озабоченности и большом желании субъектов РФ и федерального центра посильно изыскать возможность минимизации данной проблемы. Было бы неверным ограничиваться лишь каким – то одним способом решения проблемы. Следует применять систему методов, позволяющую добиться положительного результата. Одним из самых эффективных методов значительного финансового обеспечения службы «Социальное такси» силами

регионов и федерального центра является применение принципа софинансирования при выполнении госпрограммы «Доступная среда». Суть принципа изложена автором в работе [229]. Предлагается ещё один эффективный способ решения проблемы финансирования службы «Социальное такси» путём привлечения частных предпринимателей. Положительные результаты при этом достигаются взаимодействием на условиях государственно – частного партнёрства (ГЧП) и муниципально – частного партнёрства (МЧП). Инвестиционная привлекательность соглашений на основе федерального закона о ГЧП, МЧП от 13 июля 2015 г. № 224 – ФЗ [3] достигается путём взаимоприемлемого софинансирования публичного партнёра, с одной стороны, и частного партнёра, с другой; налоговых преференций; заключения одновременно нескольких соглашений с различной инвестиционной привлекательностью. Парадигмой привлечения частных предпринимателей к работе в сфере «Социальное такси» может служить Республика Калмыкия, услуга «Социального такси» в которой предоставляется (ИП) Хулхачиевой Ольги Юрьевны, обеспечивающей самый высокий в России процент охвата граждан, нуждающихся в услуге – 168, 85 % (обслуживаются не только все инвалиды I, II, III групп в количестве 24 000 человек, но и Ветераны Великой Отечественной войны, Ветераны труда, пенсионеры). В Красноярском крае в г. Норильске обслуживание маломобильных инвалидов, других нуждающихся в услуге граждан осуществляется частными такси, а в Алтайском крае – ИП «Попов Валерий Павлович» г. Бийск. Ещё одним эффективным методом решения проблемы финансирования службы «Социальное такси» с одновременным повышением качества услуги является *привлечение социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО).* Актуальность привлечения СОНКО к социальному обслуживанию населения, обеспечения государственной поддержки (в первую очередь – финансовой) отмечается в работах, указанных в источниках [118] и [92]. Для поддержки СОНКО субъекты РФ разрабатывают и реализуют региональные программы. Количество субъектов РФ, разрабатывающих такую программу, постоянно растёт, что предусмотрено постановлением Правительства

РФ от 30 марта 2018 г. № 365: к концу 2020 года количество таких субъектов должно составить 83. Порядок взаимодействия СОНКО и государственных (муниципальных) структур, приоритетные направления деятельности в сфере оказания общественно полезных услуг, принципы финансового обеспечения работы СОНКО законодательно определены Федеральным законом Российской Федерации от 28 января 2013 г. № 442 – ФЗ (вступил в силу 1 января 2015 г.), а также Указом Президента РФ от 8 августа 2016 г. № 398 «Об утверждении приоритетных направлений деятельности в сфере оказания общественно полезных услуг», другими законодательно – нормативными документами, указанными ниже. По мнению автора, важнейшими преимуществами вовлечения СОНКО в обслуживание потребителей услугой службы «Социальное такси» являются:

- существенное повышение доступности и качества оказания услуги по сравнению с предоставление такой же услуги службой государственного либо муниципального подчинения;

- некоторое снижение бюджетных затрат субъекта РФ (муниципального образования) на работу службы «Социальное такси»;

- совершенство механизмов общественного контроля, которые используют СОНКО, способствующих эффективности и прозрачности использования денежных средств, выделяемых из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ, муниципальных образований.

Указанные преимущества достигаются в силу того, что вовлечение СОНКО в деятельность службы требует от них уделить гораздо больше внимания доступности и качеству обслуживания потребителей услуги для постоянного поддержания высокого имиджа фирмы, обеспечения победы в конкурсной борьбе на заключение (продление) контракта с государственной (муниципальной) социальной структурой. Некоторое снижение затрат из бюджетов субъектов РФ, муниципальных образований достигается благодаря действующим процессам формирования СОНКО – не только из региональных и муниципальных бюджетов. К примеру, финансовая поддержка СОНКО осуществляется из программы

президентских грантов для оказания помощи НКО, работающим в малых городах и сёлах. Государственная поддержка СОНКО (и в первую очередь финансовая) предусмотрена государственной программой Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» [25], включающая подпрограмму 4 «Повышение эффективности государственной поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций». В Стратегии развития малого и среднего предпринимательства до 2030 г. [39] наряду с общими мерами поддержки малого бизнеса предусматриваются механизмы поддержки социального предпринимательства и бизнеса в социальной сфере. Принят ряд комплексных документов, направленных на расширение доступа негосударственных организаций (прежде всего СОНКО) к оказанию населению услуг в социальной сфере, предоставляемых за счёт госбюджета[9]. В начале 2017 г. Постановлением Правительства РФ [19] утверждены порядок признания СОНКО исполнителем общественно полезных услуг и порядок ведения реестра СОНКО-исполнителей общественно полезных услуг. СОНКО, включённым в реестр, созданы условия для благоприятного налогового режима: предусмотрена возможность применения налоговой ставки 0 % по налогу на прибыль согласно Федеральному закону от 29 декабря 2014 г. № 464-ФЗ «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации».

Ценовая доступность услуги для маломобильных инвалидов, других крайне нуждающихся в услуге категорий граждан – исключительно важный фактор влияния на развитие службы и качество услуги. Разумеется, максимальная ценовая доступность возможна, если услуга предоставляется бесплатно либо по вполне приемлемой цене. Учитывая разную бюджетную обеспеченность регионов, муниципальных образований, возможности по установлению доступной стоимости услуги сильно разнятся. Для некоторых регионов задача

[9] Комплекс мер по обеспечению поэтапного доступа негосударственных организаций, осуществляющих деятельность в социальной сфере, к бюджетным средствам, выделяемым на предоставление социальных услуг населению, на 2021 - 2024 гг. (утверждён Заместителем Председателя Правительства РФ Т. Голиковой решением от 11 декабря 2020 г.). URL: http://static.government.ru/media/files/a6PBUEO5ruxCBqihRdTM4BxOAxST5Pv4.pdf (дата обращения: 02.06.2021)

дополнительно усложняется из-за воздействия вторичных факторов: численность получателей услуг, особенно если значительная часть клиентов проживает в отдалённых труднодоступных сельских населённых пунктах; наличие и состояние качества автомобильных дорог; площадь территории субъекта РФ; климатические особенности региона. Решение задачи ценовой доступности услуги «Социальное такси» в значительной мере зависит от состава льготной категории пользователей. Поэтому для оптимизации процесса установления цен на услугу «Социальное такси» необходимо прежде всего определить категорию маломобильных граждан, наиболее нуждающихся в данной услуге.

С целью обеспечения единого подхода в субъектах РФ, муниципальных образованиях к установлению состава льготной категории граждан, которым в обязательном порядке должна предоставляться бесплатно услуга службы «Социальное такси*», выработан и предлагается к внедрению единый для всех субъектов РФ состав обязательной льготной категории граждан (2-3 степени ограничения к трудовой деятельности)*:

1. Инвалиды 1 и 2 групп со следующими нарушениями:

- нарушение статодинамических функций (инвалиды, использующие инвалидные кресла-коляски, с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, нарушением функций верхних конечностей);

- нарушение сенсорных функций (слепые, слабослышащие, утратившие возможность разговаривать);

- нарушение психологических функций.

Лица, сопровождающие инвалидов в поездке (одно сопровождающее лицо на одного инвалида).

2. Дети-инвалиды с любой группой инвалидности и ограниченными возможностями к перемещению в возрасте до 18 лет, сопровождающие их лица (одно сопровождающее лицо на одного ребёнка-инвалида).

3. Участники, инвалиды Великой Отечественной войны и приравненные к ним лица.

4. Вдовы погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступившие в повторный брак.

5. Члены многодетных (три и более детей) малообеспеченных семей (ниже величины прожиточного минимума на душу населения, устанавливаемого Правительством Российской Федерации).

6. Лица, нуждающиеся в постороннем уходе, частично или полностью утратившие возможность самостоятельного удовлетворения основных потребностей, обслуживаемые на дому госучреждениями социального обслуживания.

7. Организованные группы инвалидов по заявкам общественных организаций инвалидов на посещение учреждений сферы культуры (театры, концертные залы, музеи, библиотеки и др.), физической культуры и спорта, прочие объекты.

8. Граждане пожилого возраста – 75 лет и старше.

9. Безработные дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, обладающие правом на получение социального пособия согласно Федеральному закону Российской Федерации № 89-ФЗ от 01 мая 2017 г[10].

Указанной обязательной льготной категории граждан услуга службы «Социальное такси» должна предоставляться независимо от места проживания, т.е. в каждом городе, посёлке городского типа, сельском населённом пункте субъектов Российской Федерации. Для решения столь сложной задачи потребуется не менее 10 лет под неослабном внимании к её выполнению. Помимо обязательной льготной категории населения, имеющей преимущественное право на получение бесплатных услуг «Социального такси», субъекты РФ могут расширить круг пользователей данной услугой на менее льготных условиях с точки зрения оплаты услуги и сроков предоставления с момента обращения. К таким пользователям услуги автор рекомендует относить:

---

[10] Федеральный закон Российской Федерации № 89-ФЗ от 01 мая 2017 г. «О внесении изменений в закон Российской Федерации « О занятости населения в Российской Федерации» и статью 9 Федерального закона «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей». URL: https://base.garant.ru/71666860/ (дата обращения: 25.06.2018)

- инвалидов, имеющих 3-ю группу инвалидности и испытывающих ограничение в передвижении;

- лиц, удостоенных звания Героя Советского Союза, Героя Российской Федерации, Героя Социалистического Труда, Героя Труда Российской Федерации;

- участников боевых действий с получением ранения в Афганистане, Сирии и в других местах;

- тружеников тыла в период Великой Отечественной войны, проработавших в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее 12 месяцев с возможными перерывами и сменой места работы, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР;

- реабилитированных лиц и граждан, признанных пострадавшими от политических репрессий;

- малообеспеченных граждан и граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации (вследствие наводнения, пожара, землетрясения, гибели кормильца и прочее);

- сирот Великой Отечественной войны;

- почётных граждан городов;

- граждан, награждённых знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

- других категорий граждан по усмотрению социальной службы населения.

Как уже отмечалось, в субъектах РФ отсутствует единый алгоритм предоставления бесплатных поездок льготной категории граждан и установления стоимости поездок, когда они оказываются платно – другим категориям населения, определяемым субъектами РФ. Учитывая разные подходы регионов к утверждению размера оплаты поездки на автомобилях службы «Социальное такси», целесообразно централизованно в постановлении Правительства оговорить предельные тарифы. Обобщив данные подавляющего большинства субъектов РФ, а также с учётом низкого уровня пособия по инвалидности предлагается установить бесплатный проезд обязательной льготной категории граждан и предельную плату за одну поездку туда и обратно – не более 100 руб.

либо не более 5 руб. за 1 пассажиро-километр – для дополнительных категорий граждан, определяемых субъектами РФ. Не следует допускать установления предельного тарифа за каждый час, то есть исходя из времени поездки, поскольку дальние поездки из отдалённых сельских населённых пунктов, высокий трафик в городах могут привести к отказу получателей услуги от «Социального такси» из-за продолжительности поездки и соответствующего роста стоимости услуги. Плата за проезд должна взиматься без учёта времени ожидания клиента в период посещения медицинской организации (ожидание приёма у врачей, процесс оказания медицинской помощи, получение медицинских документов и прочее), оформления административно-правовых актов, связанных с переоформлением инвалидности, документов на социальное обслуживание, получение путёвки на санаторно-курортное лечение, платёжных документов, решения жилищно-коммунальных вопросов и т.д. Взимание платы за время ожидания существенно повышает стоимость услуги, что снижает её доступность. Так, минута ожидания клиента в Республике Бурятия для легковых автомобилей составляет 2,59 руб., для автобусов – 4,37 руб.; в Московской области минута ожидания обходится гражданину льготной категории в 4 руб., в Красноярском крае – от 1,12 руб. до 3,8 руб., в Липецкой области – 2 руб. Не следует также взимать плату за сопровождение клиента в поездке соцработником, поскольку это дискредитирует службу «Социальное такси». В равной мере некорректной является оплата подачи автомобиля. Например, в Липецкой области она составляет 40 руб., в Белгородской – 10 руб. (благо в других субъектах РФ подобный подход не применяется). Одним из ключевых факторов влияния на качество исследуемой услуги является *обеспеченность службы автомобильным транспортом, включая автомобили, оборудованные для перевозки инвалидов – колясочников.* Результаты системного анализа состояния развития и качества услуги, выполненного в каждом регионе внедрившим службу «Социальное такси», показатель – значительное количество служб не располагает потребным количеством автотранспорта, а в 8 субъектах РФ служба укомплектована всего одним – двумя автомобилями. В то же время, в отдельных субъектах РФ служба располагает

завышенным количеством автотранспорта, но использует автомобили очень нерационально (см. таблицу 2.7 в параграфе 2.3). Всё это крайне негативно сказывается на транспортной доступности инвалидов, детей – инвалидов, других маломобильных граждан к социально значимым объектам. И прежде всего это проявляется в сельской местности. Решение задачи укомплектования службы «Социальное такси» оптимальным количеством автомобилей в каждом субъекте РФ следует решать, исходя из следующих научно выработанных данных и условий:

- софинансирование закупок из федерального и регионального бюджетов;

- численность льготной категории граждан, имеющих право на обязательное предоставление услуги «Социальное такси»;

- количество инвалидов – колясочников, проживающих во всех городских и сельских поселениях (для определения потребного количества автомобилей, оборудованных для перевозки инвалидов – колясочников);

- численность инвалидов, нуждающихся в амбулаторном лечении гемодиализом (требуется удовлетворять 4 – 6 поездок еженедельно);

- расстояния, на которые необходимо перевозить пользователей услуги (отдельно необходимы данные по инвалидам – колясочникам);

- обеспечение оптимальной загрузки каждого автомобиля, исходя из возможного предоставления количества услуг одним автомобилем, определяемого предложенным автором расчётно-экспертным способом – 80 услуг ежемесячно или 960 услуг в течение года;

- высокая квалификация водителей автомобилей;

- квалифицированность кадрового состава службы «Социальное такси» и работников Департамента социальных услуг;

- поддержание исправного технического состояния автомобилей и ограничение величины пробега каждого автомобиля – не более 800 тысяч километров и срока эксплуатации – не более 10 лет;

- приспособленность автомобилей к эксплуатации в суровых климатических условиях (для некоторых субъектов РФ).

Исходя из представленных данных и условий, следует отметить следующее. Потребность служб «Социальное такси» в автотранспорте в значительной мере зависит и от численности инвалидов, остро нуждающихся в услуге, и от видов заболеваний (соответственно меняется количество услуг в конкретном субъекте Российской Федерации), и от расстояний, на которые требуется перевозить потребителей услуги к социально значимым объектам. Так, в зависимости от численности инвалидов – колясочников в муниципальных образованиях, регионе в целом возникает адекватная потребность в автомобилях, оборудованных специальными подъёмниками. Используя данные Экспертно - аналитического центра при Общественной палате РФ (ЭАЦ при ОП РФ) [40], представленные 17 октября 2017 г. на общественных слушаниях по теме «Доступный транспорт для инвалидов» и данные Росстата [189], автор определила, что численность инвалидов – колясочников составляет 4,4 % от суммарной численности инвалидов I, II групп и детей – инвалидов. Получается, чем выше численность инвалидов – колясочников в конкретном субъекте РФ, его муниципальных образованиях, тем актуальней потребность в специально оборудованных автомобилях. Такая же закономерность по загруженности автомобилей службы «Социальное такси» характерна для регионов с большой долей граждан, проходящих амбулаторное лечение гемодиализом (методом заместительной почечной терапии): требуется удовлетворять по 4 – 6 вызовов еженедельно на одного инвалида – гемодиализника в течение длительного периода времени, порой круглогодично. Отсюда максимальная загруженность автомобилей, потребность в их увеличенном количестве. Примером названной проблемы может служить Саратовская область, в которой инвалиды – гемодиализники составляют подавляющее большинство в составе 90 тысяч инвалидов I, II групп и детей – инвалидов. Немалая доля таких инвалидов проходит лечение гемодиализом в Удмуртской республике, городе Севастополе, некоторых других регионах.

Необходимое количество автомобилей в службах «Социальное такси» напрямую связано с эффективностью их использования: чем больше услуг предоставляется пользователям с помощью каждого автомобиля, тем выше их

загруженность и, соответственно, снижается потребная численность автотранспорта. Разумеется, загруженность любого автомобиля имеет свой предел. В процессе исследования выработан алгоритм определения расчётной степени загруженности каждого автомобиля службы «Социальное такси» и потребного количества автомобилей, исходя из общего количества инвалидов I, II групп и плюс численности детей – инвалидов. Задавшись расчётно – экспертным путём, что с помощью каждого автомобиля ежедневно имеется возможность оказать не более 4-х услуг (не все из которых включают ожидание завершения длительной медицинской процедуры пациента), в течение 5 – дневной рабочей недели предоставляется 20 услуг. Тогда за месяц с помощью 1 автомобиля предоставляется минимум 80 услуг, а за 12 месяцев – 960 услуг. На результативность управления загруженностью каждого автомобиля существенно влияют такие факторы, как квалификация кадрового состава всех служб «Социальное такси», а также компетентность работников органов социальной защиты населения. Квалификация, компетентность кадрового состава – многовекторный фактор воздействия не только на загруженность, количественный состав автотранспорта, но и на все без исключения показатели качества услуги службы «Социальное такси», выработанные автором.

Немалое значение на потребность в автомобилях, на загруженность каждого из них заявками в службу «Социальное такси» влияет техническое состояние, исправность всех имеющихся единиц автотранспорта. В свою очередь работоспособность автомобилей напрямую зависит от периода эксплуатации и ещё больше от величины пробега в километрах. Как показал анализ автора, выполненный в монографии [144] (особое внимание акцентируется на ограничении пробега автомобилей скорой медицинской помощи), ровно половина легковых автомобилей в стране эксплуатируется более 10 лет, что отрицательно сказывается на качестве перевозок населения, в том числе и службой «Социальное такси». Устаревший парк автобусов и микроавтобусов (46 % эксплуатируются более 10 лет) столь же негативно отражается на качестве перевозок, включая пользователей рассматриваемой услуги.

Для повышения уровня информированности граждан, испытывающих трудности в передвижении без оказания специальной помощи, субъектам РФ, муниципальным образованиям *необходимо в интернете и письменно доводить до лиц, имеющих право воспользоваться услугой службы «Социальное такси» всю гамму данных о службе*: телефон, электронная почта, адрес, перечень необходимых документов для потенциального получателя услуги, стоимость услуги (в том числе размер платы за проезд сопровождающего лица), порядок подачи заявки на прибытие автомобиля «Социального такси», продолжительность ожидания исполнения заказа и т.д. Наличие необходимой информации о службе «Социальное такси» у населения позволит обеспечить рост количества пользователей услугой и тем самым достигнуть цели, поставленной в Концепции, при условии решения других особо значимых проблем.

Для достижения цели и решения задач Концепции, устранения обозначенных доминантных проблем необходимо повышение эффективности управления процессами предоставления услуги службы «Социальное такси», принятие и реализация комплекса мероприятий. Наиболее важными, первоочередными являются мероприятия, приведенные выше по тексту и в Плане таблицы 2.8.

Таблица 2.8 – **План наиболее важных мероприятий, обеспечивающих динамичное развитие службы «Социальное такси» в субъектах РФ, муниципальных образованиях, достижение цели и решение задач Концепции до 2030 года**

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Примечание
1	Подготовка постановления Правительства РФ, придающего нормативно-правовой, приоритетный статус услугам «Социального такси» в подпрограмме 1 государственной программы «Доступная среда», обязывающего реализацию задач, предложений, мероприятий, изложенных в Концепции	I кв. 2022 г.	Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации (Минтруд России)	

Продолжение таблицы 2.8

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Примечание
2	Утверждение единой для всех субъектов РФ льготной категории граждан, испытывающих значительные трудности в самостоятельном передвижении к приоритетным социально значимым объектам и обладающих правом обязательного получения услуг «Социального такси» бесплатно	I кв. 2022 г.	Минтруд России	Согласно предложению в Концепции
3	Утверждение предельного размера стоимости проезда на автомобилях службы «Социальное такси» для дополнительных категорий населения, определяемых субъектами РФ	I кв. 2022 г.	Минтруд России, субъекты РФ	Согласно предложению в Концепции
4	Обеспечение финансирования внедрения, развития службы «Социальное такси» на условиях софинансирования из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ с учётом расчётной бюджетной обеспеченности субъекта РФ	I кв. 2022 г., далее ежегодно по 2030-й год	Министерство финансов Российской Федерации, субъекты РФ	Согласно предложению в Концепции
5	Разработка и реализация региональных (муниципальных) программ, планов внедрения, развития службы «Социальное такси» на период 2020-2030 годы с обеспечением требований Концепции	I кв. 2022 г. – IV кв. 2030 г.	Субъекты РФ, муниципальные образования	С учётом требований государственной программы РФ «Доступная среда» [23]
6	Управление ростом численности льготной категории граждан, испытывающих значительные трудности в самостоятельном передвижении к приоритетным социально значимым объектам и обладающих правом обязательного получения услуг «Социального такси» бесплатно, с доведением до стопроцентного охвата услугами	I кв. 2022 г. – IV кв. 2030 г.	Субъекты РФ, Минтруд России (мониторинг)	На условиях софинансирования из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ

Продолжение таблицы 2.8

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Примечание
7	Организация обеспечения всех действующих и вновь организуемых служб «Социальное такси» потребным количеством автотранспорта, включая специально оборудованные автомобили для инвалидов - колясочников, на условиях полного целевого финансирования из федерального бюджета	I кв. 2022 г. – IV кв. 2025 г.	Субъекты РФ, Министерство финансов России (в части обеспечения целевого финансирования из федерального бюджета), Федеральная служба финансово-бюджетного надзора	Согласуется с требованиями «Приоритеты и цели политики в области социальной защиты инвалидов… госпрограммы «Доступная среда»
8	Повышение уровня информированности инвалидов, других маломобильных групп населения об услугах «Социального такси» (в интернете, письменное доведение информации до каждого потенциального получателя услуг, по местным каналам телевидения и т.д.)	I кв. 2021 г.	Субъекты РФ, муниципальные образования	
9	Нормативно-правовое исключение действующих ограничений и запрет введения потенциально возможных ограничений пользования услугами «Социального такси»: - по количеству предоставляемых услуг каждому гражданину льготной категории согласно Концепции (гарантийный минимум услуг – 5 раз в неделю, бесплатно); - запрет ограничения времени ожидания пользователя услуг, оплаты времени ожидания; - запрет ограничений по продолжительности поездки и дальности поездки в пределах территории региона, оплаты за продолжительность и расстояние поездки	I кв. 2021 г	Минтруд России, субъекты РФ, муниципальные образования	
10	Управление процессом приёма заявок на предоставление услуг «Социального такси» и прибытием	I кв. 2021 г.	Субъекты РФ, муниципальные образования	

Продолжение таблицы 2.8

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Примечание
	автомобиля службы «Социальное такси»: - обеспечение доступа клиента к службе по телефону – не позднее чем через 10 минут после первого звонка; - обеспечение прибытия автомобиля к месту проживания пользователя услуг – не позднее, чем за 24 часа после подачи заявки по телефону, электронной почте			
11	Организация и обеспечение мониторинга эффективности реализации региональных (муниципальных) программ, планов внедрения, развития службы «Социальное такси» на период до 2030 года с докладом Министерству труда и социальной защиты РФ	I кв. 2021 г., далее ежегодно	Органы исполнительной власти субъектов РФ, Минтруд России (в части принятия мер по невыполненным мероприятиям)	С обеспечением требований Федерального закона от 7 июня 2017 г. № 116-ФЗ
12	Разработка и реализация мероприятий, направленных на повышение профессионального уровня, приобретение новой квалификации руководителями и специалистами служб «Социальное такси»	I кв. 2021 г. – IV кв. 2021 г.	Органы исполнительной власти субъектов РФ	
13	Анализ и распространение эффективного опыта работ специалистами служб «Социальное такси»	IV кв. 2021 г., далее один раз в 3 года	Органы исполнительной власти субъектов РФ	
14	Разработка и внедрение Положения о службе «Социальное такси»	I кв. 2021 г. – IV кв. 2021г.	Минтруд России	С учётом положений Концепции
15	Повышение ответственности и спроса с руководителей субъектов Российской Федерации, муниципальных образований за внедрение и развитие службы «Социальное такси» в полном	II кв. 2021 г. далее постоянно по 2030 год	Минтруд России	

Продолжение таблицы 2.8

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Примечание
	соответствии с нормативно-правовыми актами, разработанными на основе положений Концепции			
16	Внесение изменений в Федеральный закон Российской Федерации от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в части реализации положений Концепции	II кв. 2021 г.	Государственная Дума Российской Федерации	
17	Создание информационно-телекоммуникационной системы высокоскоростной передачи данных в Минтруд России по независимой экспертной оценке организации деятельности службы «Социальное такси» и качества услуги в каждом субъекте РФ по выработанным автором ключевым показателям качества (табл.2.1 параграфа 2.2 диссертации) в рамках Национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации до 2024 года» – с учётом требований Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 и продления госпрограммы «Доступная среда» до 2030 года	IV кв. 2024 г.	Минтруд России, субъекты РФ	

Источник: разработано автором

Итогом реализации Концепции станет сформированная система управления внедрением и развитием службы «Социальное такси», позволяющая повысить качество услуги, обеспечить равный доступ инвалидов, других маломобильных групп населения, остро нуждающихся в посторонней помощи, автомобильном транспорте для передвижения к объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности.

Оценку эффективности реализации положений Концепции следует проводить ежегодно на основе константного мониторинга.

По результатам реализации Концепции к концу 2030 года будут достигнуты следующие основные показатели:

- оказание бесплатной услуги службы «Социальное такси» 100 процентам льготной категории граждан, состав которой предложен в Концепции;

- приемлемо низкая стоимость услуги «Социальное такси», оказываемой дополнительным категориям населения, определяемым субъектами РФ;

- исключение из практики предоставления услуги службы «Социальное такси» льготной категории граждан действующих ограничений и запрет введения новых ограничений – по количеству предоставляемых услуг, времени ожидания клиента в процессе оказания услуги, оплаты времени ожидания, исключение ограничений продолжительности и дальности поездки;

- обеспеченность всех действующих и вновь организуемых служб «Социальное такси» потребным количеством автотранспорта, включая автомобили с подъёмниками для инвалидов-колясочников;

- удовлетворённость пользователей услуги «Социальное такси» процедурой подачи заявки на оказание услуги по телефону, электронной почте, нарочным; и своевременным прибытием автомобиля службы «Социальное такси» к пользователю услуги;

- высокий уровень информированности населения об услуге «Социальное такси»;

- удовлетворительное финансирование работ службы «Социальное такси»;

- укомплектованность всех служб «Социальное такси» профессиональными кадрами.

Выводы по главе 2:

1. Разработаны методологические основы управления качеством услуги «Социальное такси», оказываемой инвалидам, другим маломобильным группам населения. Подтверждена важная общенациональная роль данной транспортной услуги социальной направленности, обозначены значительные преимущества пользования услугой для маломобильных инвалидов. Отмечена фрагментарность,

региональная направленность имеющихся научных исследований состояния развития и качества услуги, отсутствие исследований в целом по стране.

2. Сформированы показатели качества услуги «Социальное такси». С применением Парето – анализа выделены ключевые показатели, наиболее полно и всестороннее характеризующие степень развития и уровень качества услуги. В каждом регионе (в период исследования в 7 субъектах РФ служба «Социальное такси» не была внедрена) проведена оценка качества оказания услуги наиболее нуждающимся категориям пользователей, обобщены данные в целом по стране по разработанным индикаторам качества. Установлено низкое качество транспортного обслуживания пользователей услуги в целом по России по главному показателю качества – процент охвата услугой инвалидов, других маломобильных граждан, пользующихся услугой – всего 16 %. При этом в 13 субъектах РФ услуга оказывается менее 1 % численности инвалидов I, II групп, детей – инвалидов (10 таких субъектов РФ указаны в таблице 2.3. параграфа 2.2). Получены данные по регионам и по четырём другим ключевым показателям качества услуги (Перечень вопросов по развитию службы «Социальное такси», адресованных руководителям Департаментов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации, представлен в Приложении 2 к диссертации). Анализ данных подтвердил наличие проблем по обеспечению качества услуги во многих регионах.

3. Установлены факторы влияния на степень развития, качество исследуемой услуги, определены факторы, оказывающие наибольшее негативное воздействие на качество услуги: недостаточная финансовая обеспеченность службы «Социальное такси», неприемлемо высокая для пользователей стоимость услуги в отдельных субъектах РФ (5 субъектов РФ с самой высокой стоимостью услуги указаны в таблице 2.4 параграфа 2.2); неукомплектованность службы автомобильным транспортом, особенно автомобилями для перевозки инвалидов – колясочников, в ряде регионов: в 8 субъектах РФ служба укомплектована всего одним – двумя автомобилями (представлены в таблице 2.6 параграфа 2.2);

отсутствие единого подхода в установлении льготной категории пользователей услуги; наличие ограничений, устанавливаемых пользователям услуги.

4. Разработана научно – практическая Концепция управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъектах Российской Федерации до 2030 года, являющаяся парадигмой в исследуемой сфере УСНН. Концепция представляет собой принципы и подходы автора в предоставлении качественной УСНН «Социальное такси» маломобильным инвалидам, другим категориям населения, испытывающим значительные трудности в самостоятельном передвижении к социально значимым объектам. В Концепции выработан и предложен к внедрению единый для всех субъектов РФ состав обязательной льготной категории граждан, обладающих правом бесплатного получения услуги, независимо от места проживания (в том числе в сельских населённых пунктах). Субъектам РФ предложен для применения выборочный состав маломобильных граждан, которым услуга может предоставляться на платной основе – с предельной стоимостью поездки туда и обратно – не более 100 руб. либо не более 5 руб. за каждый пассажиро – километр. Разработан комплекс мер и План наиболее важных мероприятий, обеспечивающих динамичное развитие службы «Социальное такси» в субъектах РФ, достижение цели и решение задач Концепции в период по 2030 год (изложены в параграфе 2.3 диссертации).

ГЛАВА 3. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ УСЛУГ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРЕВОЗОК ТУРИСТОВ АВТОМОБИЛЬНЫМ ТРАНСПОРТОМ

3.1. Алгоритм оптимального выбора автоперевозчика туроператором, турагентом

Апостериорный анализ услуги социальной направленности населению – перевозки туристов автотранспортом, показал абрисный характер научных исследований критериев качества обслуживания туристов в процессе перевозок. Так, в работе [70] подробно рассматриваются вопросы, связанные с качеством в туризме, но без какого-либо анализа уровня обслуживания туристов во время транспортирования. В работе [73] акцентируется внимание на безопасности туристов в экстремальных ситуациях, а работа [210] посвящена исследованию истории и развития индустрии туризма с обзорным описанием автобусных туров. Подобная тенденция характерна и для других, в целом крайне содержательных научных работ - [76], [132], [181], [278]. В связи с этим, исследование проблем качества обслуживания туристов, связанного с их перевозкой на автомобильном транспорте (автобусах, микроавтобусах, легковых автомобилях) является актуальной задачей. Туроператоры и турагенты предоставляют населению целый ряд туристских услуг, многие из которых выполняются с использованием автомобильного транспорта. К категории таких услуг в составе туристского продукта относятся:

- трансфер, т.е. доставка туристов в отель из аэропорта, железнодорожного вокзала, морского или речного порта и перевозки в обратном направлении;
- перевозки туристов по маршрутам короткой или средней протяженности – на расстояния до 500 км;
- дальние перевозки туристов (включая международные перевозки) по маршрутам протяженностью более 500 км;
- экскурсии на автомобиле (автобусе, микроавтобусе, легковом автомобиле) или доставка туристов указанным автотранспортом к местам проведения пеших экскурсий, походов и т.п.

И если вопросам обеспечения качества туристских услуг в целом туроператорами уделяется заметное внимание, то проблема качества перевозки туристов, главной составляющей которой является безопасность потребителей услуги, зачастую решается ими по неэффективному инерционному принципу. Другими словами, качество транспортной составляющей туристского продукта (терминология согласно Федеральному закону [8]) не очень волнует определённую часть туроператоров и турагентов, поскольку перевозки туристов выполняют часто специализированные транспортные организации, которые, по мнению многих турфирм, и должны нести ответственность за безопасность, комфортность и своевременность доставки туристов в пункт назначения. И совершенно напрасно. Даже у автоперевозчиков с достаточно высоким качеством обслуживания туристов возможны упущения в работе из-за недостаточно жёсткого контроля за поведением водителей за рулём, из-за послаблений в предрейсовом медицинском осмотре водителей, по причине не всегда тщательной проверки технической исправности транспортного средства перед отправкой в рейс. К этому добавляется такая негативная составляющая, как изношенность автобусного парка вследствие многолетней эксплуатации и большого километража пробега. На качество туристских услуг оказывает и физическое состояние водителей ТС. Тем не менее, самоустранение туроператоров (турагентов) от исполнения действенных контрольных функций за качеством работы автоперевозчика туристов – нередкое явление в отечественной практике. Поэтому одной из причин аварий автобусов с туристами (особенно при зарубежных поездках россиян) является полное перекладывание ответственности за качество перевозки туристов, и прежде всего за непричинение вреда их здоровью, на автоперевозчика. В том числе и в тех случаях, когда роль автоперевозчика выполняет принимающая турфирма за рубежом или в России. Базой к подобному подходу со стороны туроператоров и турагентов служат некоторые законодательные акты, действующие в нашей стране. Так, согласно Федеральному закону № 196-ФЗ [5] ответственность за безопасную перевозку пассажиров автотранспортом возложена на транспортную организацию. Данная

ответственность законодательно усилена в 2013 году обязательным страхованием перевозимых пассажиров. Более того, впервые в отечественной практике установлены суммы страхового возмещения пострадавшим пассажирам [31]. Если же транспортная организация не заключила договор страхования со страховой компанией, она обязана сама выплатить всем пострадавшим в поездке соответствующие суммы возмещения. Кроме того, в случае совершения зарубежной поездки турист оплачивает и получает на руки полис страхования, по которому предусмотрена оплата страховой компанией соответствующих расходов при наступлении страхового случая. Всё изложенное не снимает ответственности с туроператора (турагента) за качество туристского продукта в целом, а также всех услуг, входящих в туристский продукт, включая перевозку на автомобильном транспорте. Согласно изменениям, внесённым в Федеральный закон от 24 ноября 1996 года № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» [7] по Федеральному закону от 2 марта 2016 г. № 49-ФЗ [8], статья 9, «Туроператор обеспечивает оказание туристу всех услуг, входящих в туристский продукт, самостоятельно или с привлечением третьих лиц, на которых туроператором возлагается исполнение части или всех его обязательств перед туристом и (или) иным заказчиком ... По договору о реализации туристского продукта, заключённому турагентом, туроператор несёт ответственность за неоказание или ненадлежащее оказание туристу и (или) иному заказчику услуг, входящих в туристский продукт, независимо от того, кем должны были оказываться или оказывались эти услуги». Получается, туроператор и турагент отвечают не только за качество обслуживания туристов в процессе транспортирования своим персоналом, но и за качество самой перевозки, выполняемой автоперевозчиком. Предназначение, смысл исследования в данной главе заключается в развитии и изменении сложившихся теоретических и прикладных представлений о качестве обслуживания туристов в процессе реализации турпродуктов, содержащих автоперевозку клиентов. По изменению сложившейся практики отстранённости туроператоров от обеспечения качества процесса транспортирования клиентов автомобильным транспортом как внутри

России, так и в зарубежных странах автором разработаны методические рекомендации, включающие в себя: *Методические рекомендации по повышению качества подготовки турфирмы, автоперевозчика, туристов к дальней поездке*, *Методические рекомендации по повышению качества обслуживания туристов в процессе дальней перевозки*, а также подготовлены *Методические рекомендации по обеспечению качества перевозки туристов в экстремальных погодных условиях*. Целенаправленность Методических рекомендаций выражается в практических консолидированных действиях туроператоров (турагентов) и автоперевозчиков не только в процессе перевозки туристов, но и в период подготовки к поездке. Разработанные Методические рекомендации – это совокупность теоретических и прикладных методов анализа уровня качества обслуживания туристов при перевозке автотранспортом: метод практического визуального наблюдения и обобщений, репрезентативный метод «таинственного туриста»; методы системного, апостериорного и кластерного анализа. Составной частью Методических рекомендаций является авторский принцип априорного (предварительного) анализа возможных факторов негативного воздействия на качество конкретного вида перевозки туристов (трансфер, экскурсия, дальняя перевозка) с подготовкой и реализацией упреждающих действий планово-предупредительного характера, исключающих или снижающих факторы риска с использованием положений, изложенных в работе [207]. Каждый туроператор, турагент объективно заинтересован в качестве обслуживания туристов. Прежде всего, чтобы не потерять тех клиентов, которые уже хоть однажды воспользовались услугами конкретной турфирмы. Не менее важны задачи обеспечения притока новых клиентов, формирования и поддержания имиджа фирмы. Имеется в виду узнаваемость марки, то есть уровень качества становится одним из инструментов формирования положительного имиджа, а это в свою очередь помогает привлечь внимание к конкретному бренду. В результате, чем лучше качество обслуживания, тем результативнее финансовые показатели организации. Увеличиваются доходы, растёт рентабельность. Качественное обслуживание достигается вниманием, доброжелательностью, упреждением

желаний клиента с момента его обращения в турфирму, предоставлением достоверной информации, до последней минуты реализации туристского продукта. Поскольку комфортность, безопасность – важнейшие составляющие качества оказания услуг, целесообразно изложить рекомендации автора туроператорам и турагентам по их участию в обеспечении качества перевозки туристов. Рекомендации охватывают несколько стадий работы туроператора. Но сначала есть смысл рассмотреть алгоритм действий по обеспечению качественного обслуживания клиентов в процессе транспортирования по России. То есть при внутреннем туризме. Важное значение здесь имеет правильный выбор автоперевозчика. Работу турфирм по выбору российского партнёра-автоперевозчика туристов можно укрупнённо разделить на следующие составляющие:

1. Определение показателей (критериев) для оценки уровня качества услуг, оказываемых автотранспортным предприятием.

2. Выбор партнёра с учётом выработанных критериев оценки.

3. Требования, подлежащие включению в договор.

4. Мониторинг качества оказания услуг автотранспортным предприятием.

5. Корректирующие действия для исключения выявленных замечаний.

Прежде чем выбрать партнёра-автоперевозчика, нужно прежде всего определиться – каким требованиям он должен отвечать. И с позиций качества оказываемых услуг, и с точки зрения безопасности туристов – неотъемлемой части качества.

Во-первых, высокий уровень качества автомобильных перевозок способно предоставить предприятие, имеющее опыт работы в данной сфере бизнеса. То есть продолжительность работы на рынке услуг – один из важных показателей. Поэтому лучше воздержаться от установления договорных отношений с «фирмами-скороспелками». А если и выбирать «молодую» фирму в качестве партнёра, то познакомиться с ней следует особенно подробно.

Во-вторых, очень важно, чтобы будущий партнёр представил конкретные данные о том, в какой степени он руководствуется «Правилами обеспечения

безопасности перевозок автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом», утвержденными приказом Министерства транспорта РФ от 30 апреля 2021 г. № 145 [45].

В-третьих, полезно выслушать отзывы коллег по бизнесу о качестве предоставления услуг своими партнёрами по автоперевозкам туристов. Познания о заинтересовавшем автохозяйстве всегда можно расширить и углубить.

В-четвёртых, у предполагаемого партнёра необходимо запросить перечень автотранспортных средств, которые будут предоставляться по договору. В перечне должны быть указаны государственный регистрационный знак каждого автосредства, марка, год выпуска и пробег в километрах. Даже только такой простой перечень даёт представление о том, что собой представляют автомобили как с точки зрения надёжности, так и по комфортности.

В-пятых, необходимо запросить техническое оснащение каждого транспортного средства, используемого для перевозки туристов в рамках предполагаемого договора, системами активной и пассивной безопасности.

Можно попросить включить эти данные в предыдущий перечень, а можно и отдельно. С целью некоторого упрощения задачи для автохозяйства лучше заранее сообщить, какое техническое оснащение представляет наибольший интерес. Наиболее важно наличие:

■ тахографа-самописца, контролирующего соблюдение водителем режима труда и отдыха путём блокирования работы двигателя автомобиля через определённое время, а также регистрирующего скорость транспортного средства на протяжении всей поездки и пройденный путь (наличие обязательно для автобусов с числом мест более 20);

■ систем активной и пассивной безопасности.

В-шестых, необходимо выяснить наличие на предприятии контроля технической исправности транспортных средств, осуществляемого перед подачей транспорта в турфирму. При этом важно, чтобы контроль не только проводился, но и фиксировался в соответствующем журнале с указанием фамилии (фамилий) проверяющего, даты и времени проверки.

В-седьмых, необходимо выяснить (достаточно просто в устном разговоре) наличие на предприятии системы медицинского освидетельствования водителей непосредственно перед выездом в рейс. В разговоре полезно также узнать – проводится ли контроль физического состояния водителей перед рабочей сменой администрацией автохозяйства. Если такой контроль проводится, то нужно спросить о процедуре контроля. Дело в том, что из ответа на последний, более детальный вопрос может стать ясно: делается ли это на самом деле.

В-восьмых, необходимо запросить письменные данные о том, проводились ли покупки автомобилей (автобусов, микроавтобусов) за последние 2-3 года и планах по закупке новых транспортных средств для пассажиров в ближайшие год-два. Если за последние 2-3 года приобретались новые автобусы, микроавтобусы, легковые автомобили, следует попросить включить из их числа в свой перечень. Но самое главное, следует выяснить пробег в километрах автобусов (микроавтобусов), которые транспортная компания намерена выделять турфирме для перевозок туристов. В соответствии с проведённым анализом влияния пробега на техническую исправность, пробег автобуса не должен превышать 800 тысяч километров. Тогда срок эксплуатации автобуса, скорее всего не будет превышать 8 лет. Если пробег будет больше, а автобус будет эксплуатироваться более длительный срок, то есть автобус будет старше 8-10 лет, резко снижается надёжность систем и узлов транспортного средства. А это в свою очередь увеличивает риск поломки автомобиля, которая может привести к дорожно-транспортному происшествию с тяжёлыми последствиями. Пробег и срок эксплуатации существенно сказываются на техническом состоянии, надёжности легковых автомобилей (включая минивэны, кроссоверы, внедорожники).

В-девятых, нужно попросить представить список водителей, которые будут обслуживать турфирму, с указанием водительского стажа и содержания работы в последние 3 года. Что касается численности водителей в списке, то она зависит от объёмов перевозок и должна учитывать очередные отпуска, болезни и текучесть кадров. Одновременно следует предупредить и особо оговорить в договоре, чтобы в турфирму направлялись только водители из списка.

В-десятых, необходимо выяснить место проведения периодического технического обслуживания транспортных средств в гарантийный и постгарантийный периоды (указать отдельно для каждого периода): у дилера, в специализированном автотехцентре, собственными силами в своём автохозяйстве. Кроме места проведения техобслуживания важно выяснить, делаются ли соответствующие записи в сервисной книжке автомобиля. Проще говоря, важно иметь информацию о том, как письменно фиксируется проведение технического обслуживания конкретного транспортного средства. Если это не делается, то сам факт проведения ТО и объём этого обслуживания можно подвергнуть сомнению, что существенно влияет на техническую исправность автомобиля, предназначенного для перевозок пассажиров.

В-одиннадцатых, важно выяснить квалификацию, стаж работы, слесарей-механиков и слесарей-электриков, осуществляющих техобслуживание транспортных средств, их мастера. А самое главное – проводится ли первичное и повторное обучение ремонтного персонала на специализированных курсах производителя автомобиля. Если техническое обслуживание проводится собственными силами, квалификация персонала имеет решающее значение. Ремонтный персонал низкой квалификации не в состоянии содержать автомобили в технически исправном состоянии. И здесь уже не имеет никакого значения: фиксируются ли результаты техобслуживания письменно или нет.

Приведённые выше требования к автотранспортному предприятию не являются универсальными и применяемыми для всех вариантов выбора партнёра. Так, если партнёр необходим для автобусных туров на дальние расстояния, то большинство требований будут очень кстати. Если же партнёр нужен только для трансферных или экскурсионных услуг на небольшие расстояния, подход должен быть несколько иным – набор требований нужно сократить. Или, например, такой вариант: коллеги по бизнесу очень лестно отзываются об автотранспортном предприятии, подкрепляя конкретными и убедительными примерами. Переговорив с будущим партнёром по телефону и узнав, что нужные вам автобусы у партнёра имеются, и совсем новые, набор требований следует

сократить до минимума, чтобы не выглядеть «свалившимся с луны». И акцентировать разговор на квалификации водителей. При подготовке перечня требований к предполагаемому партнёру немаловажное значение имеет также, в каком регионе России ведётся турбизнес. Одно дело, когда автобусные туры выполняются в городах и между городами-миллионниками, имеющими дороги относительно хорошего качества. И совсем другое дело – туризм в дальних регионах, в глубинке с неразвитой дорожной инфраструктурой. Здесь в качестве транспортного средства часто необходимо использовать кроссовер, а ещё лучше – полноприводный внедорожник. Впрочем, такая необходимость возможна практически в любом регионе России. Вместе с тем, подготовка перечня требований перед заключением договора – на взгляд автора, обязательная часть подготовительной работы. Получив информацию от нескольких предполагаемых партнёров-автохозяйств, можно приступать к анализу данных по каждому претенденту. При этом, если есть «выход» на налоговую инспекцию, перед которой отчитывается автотранспортное предприятие, нелишне будет выяснить финансовое положение автохозяйства. Если такой возможности нет, тоже не беда. Полученная от претендентов информация о марках автомобилей, годах выпуска, пробеге, об их техническом оснащении (см. требования №№ 4, 5), а также данные о закупках новых автомобилей за последние 2-3 года (см. требование № 8) и месте проведения периодических технических обслуживаний (см. требование № 10 – лучше всего у дилера) позволяет с достаточной достоверностью судить о финансовых возможностях автохозяйства. Путём сопоставления данных о претендентах с применением вариационного принципа анализа [207] вышеизложенных критериев, можно сделать правильный выбор о наиболее приемлемом партнёре.

3.2. Перспективные способы повышения качества предоставления туристских услуг с использованием автотранспорта

3.2.1. Совершенствование договора с автоперевозчиком и мониторинга качества перевозки туристов

Автору известно, что у турфирм и автотранспортных предприятий есть у каждого свой типовой договор. Но также известно, что любой типовой договор содержит минимум требований по проблеме обеспечения качества перевозки туристов, а чаще всего вообще не содержит ничего конкретного. По этой причине целесообразно изложить некоторые рекомендации, выработанные посредством апостериорного анализа и которые могут пригодиться турфирмам. Прежде всего в договоре важно обязать «Исполнителя» предоставлять для автоперевозки туристов и персонала турфирмы технически исправное транспортное средство, которое должно регулярно проходить техническое обслуживание и проверяться на отсутствие неисправностей непосредственно перед выездом к «Заказчику» с письменной регистрацией в соответствующем журнале и подтверждением подписью ответственного лица «Исполнителя». Не допускается предоставление «Заказчику» транспортного средства, имеющего неисправности, включённые в Перечень неисправностей и условий, при которых запрещается эксплуатация транспортных средств (приложение к Основным положениям по допуску ТС к эксплуатации и обязанностям должностных лиц по обеспечению безопасности дорожного движения). «Заказчик» вправе постоянно контролировать выполнение вышеуказанных требований. Важно также в качестве приложения к договору включить «Перечень автотранспортных средств, используемых для оказания услуг «Заказчику». В Перечне должны быть указано для каждого транспортного средства: марка автомобиля, государственный регистрационный знак, год выпуска, пробег в километрах на момент подписания договора, техническое оснащение средствами активной и пассивной безопасности. Перечень следует подкрепить условием – транспортное средство, не входящее в Перечень, подаваться «Заказчику» может только с его письменного согласия. Необходимость такого перечня, по мнению автора, обусловлена тем, что

нерадивый «Исполнитель» может постоянно менять состав автомобилей и «подсовывать» технически не проверенные ТС. В перечне автотранспортных средств следует особо оговорить, что предоставление «Заказчику» подлежат (в любой момент действия договора) только автобусы и микроавтобусы с пробегом не более 800 тыс. км (для поездок в горах – не более 300 тыс.км), легковые автомобили – с пробегом не более 300 тыс.км. Следует отметить, что данные по пробегу автор указывает предельно большие, которые допустимы при правильной эксплуатации ТС. Турфирмы вправе снизить приведённый «потолок» пробега как для автобусов, так и для легковых автомобилей. И это будет очень правильно. (Замечу в скобках, что такой же подход необходим и к собственному автотранспорту, то есть к автопарку турфирмы). Что касается данных о пробеге каждого транспортного средства на момент заключения договора, то они необходимы для того, чтобы «Заказчик» всегда мог контролировать пробег транспортного средства и делать вывод о том, как часто «Исполнитель» использует транспортное средство в интересах других клиентов. Ведь он может довести транспортное средство до состояния «загнанной лошади», используя день и ночь, и вырабатывая ресурс. Контроль пробега транспортного средства тем более уместен в случаях, когда транспортное средство по объёму загрузки используется только в интересах «Заказчика», и это оговорено в договоре. Право контроля величины пробега по каждому транспортному средству, предоставляемому «Заказчику» «Исполнителем», должно быть также оговорено в договоре. Тогда инструктор-проводник или другой представитель турфирмы, сопровождающий группу или туристов, совершающих индивидуальный тур, перед посадкой туристов в транспортное средство смогут проверять не только техническое состояние транспортного средства, но и его пробег по спидометру. Ещё один аспект, который необходимо учесть в договоре, касается того, что транспортные средства, подаваемые «Заказчику», могут управляться только конкретно оговоренным составом водителей. Список должен быть письменный, с указанием номера и категории водительского удостоверения, а также водительского стажа. Включение дополнительных водителей в список должно

проводиться с согласия сторон. Необходимо также оговорить в договоре, что все водители – граждане Российской Федерации. Последнее обстоятельство очень важно с точки зрения безопасности. Не менее важно оговорить в договоре, чтобы все водители, направляемые с автомобилем к «Заказчику», проходили периодическое медицинское освидетельствование и предрейсовый медицинский осмотр. Это и без того обязательно для автохозяйства, но продублировать требование не будет излишним. Ещё одно обстоятельство, которое важно оговорить в договоре – соблюдение автохозяйством и водителями режима труда и отдыха. Если даже в транспортном средстве установлен тахограф (наличие такого прибора в автобусах для дальнего рейса с числом мест более 20 является обязательным), то это лишь означает, что водитель сможет управлять данным автомобилем строго определённое время. А сколько часов он уже проработал до того, как прибыть для работы с туристами турфирмы? Об этом знают лишь сам водитель и руководители автохозяйства. Режим труда и отдыха водителей установлен «Положением об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха, условий труда водителей автомобилей», утвержденным приказом Министерства транспорта РФ от 16 октября 2020 г. № 424 [44]. Во время перевозки туристов на дальние расстояния водитель должен находиться за рулём движущегося автомобиля 8-10 часов в зависимости от возраста и общего состояния здоровья. Это – рекомендация медиков, а не чьи-то домыслы. Если таким требованием пренебрегать, организм переутомляется, а это может привести к засыпанию водителя за рулём с легкопредсказуемыми последствиями. По данным Всемирной организации здравоохранения, вероятность стать виновником ДТП при переутомлении в тёмное время суток в 10 раз выше, чем днём. Поэтому, планируя дальние автобусные туры, желательно исключать переезды в тёмное время суток. Забегая вперёд, к движению транспортного средства с туристами на дальние расстояния, подчеркну, что через каждые три часа езды необходимо делать остановки хотя бы на 10 минут. Это время и водитель, и туристы должны посвятить зарядке или прогулке, чтобы дать мозгу и телу передышку. Такая рекомендация должна быть записана в памятке для

водителя и в памятке для туриста. Всё вышеизложенное целесообразно записать в договор. Эти условия, кстати, накладывают дополнительные обязательства не только на «Исполнителя», но и на «Заказчика»: планируй маршрут так, чтобы не перегружать водителя и чтобы через 10 часов все отправились на ночлег. Однако всё изложенное ещё не охватывает всю гамму проблем, связанных с качеством автоперевозки туристов. О некоторых из них будет изложено ниже. А вот что касается требований, подлежащих внесению в договор с автохозяйством, уместно остановиться ещё вот на чём. Необходимо вменить в договорную обязанность «Исполнителя», а тому, в свою очередь, в обязанность водителя исключение нахождения в салоне транспортного средства посторонних лиц и посторонних предметов до начала движения, во время движения и при кратких или продолжительных стоянках. Перед каждым началом движения ТС водитель совместно с сопровождающим лицом от турфирмы должны провести проверку отсутствия посторонних лиц и посторонних предметов в салоне транспортного средства. А ещё, по мнению автора, в договоре должно быть закреплено взаимное обязательство «Исполнителя» и «Заказчика» о прекращении движения транспортного средства при крайне неблагоприятных погодных условиях: сильный гололёд, ураганный ветер; гроза, сопровождаемая выпадением большого количества града и скоплением его на значительной части дорожного покрытия; песчаная буря, исключающая видимость для движения транспортного средства; завалы на дороге из-за природных катаклизмов. Такое требование договора заставит и «Исполнителя», и «Заказчика» планировать время выезда по маршруту с запасом как в начале поездки, так и в промежуточных остановочных пунктах с тем, чтобы доставить туристов в пункты назначения без опозданий. Данное требование побуждает стороны договора постоянно запрашивать прогноз погоды. И, наконец, желательно указать в договоре, чтобы длительная стоянка автобуса (например, во время ночного отдыха туристов) осуществлялась на охраняемой территории. Это особенно актуально для «неспокойных» регионов России, скажем, для регионов Северного Кавказа. Согласно статье 4 Федерального закона № 16-ФЗ «О транспортной безопасности» обеспечение транспортной

безопасности (то есть защищённости от актов незаконного вмешательства) возлагается на субъекта транспортной инфраструктуры – автотранспортное предприятие.

Выбрав партнёра для автоперевозок туристов, заключив с ним договор, турфирме важно организовать контроль качества оказания услуг автотранспортной компанией при перевозках туристов, контроль качества работы с туристами представителей турфирмы. Для эффективного мониторинга необходимо прежде всего дать определение понятия качества туристской услуги, а также выявить и обозначить показатели (индикаторы) качественного обслуживания туристов в процессе их автоперевозки. *Качественная туристская услуга* – это услуга, которая отвечает запросам потребителей и соответствует общепринятой отечественной и мировой практике. Она должна подтверждаться в реальной жизни набором определённых признаков качества предоставляемой услуги.

В перечень показателей качества туристских услуг с использованием автомобильного транспорта следует включить:

■ комфортность салона транспортного средства: поддержание нормативного температурно-влажностного режима настройкой систем кондиционирования и отопления, оснащённость салона туалетным помещением, обеспечение клиентов горячей и холодной водой, наличие комфортного освещения салона в целом и каждого места пассажира, музыкальное оформление, информационное обеспечение туристов, кресла с регулированием горизонтального и вертикального положения и т.д.;

■ безопасность туристов при поездке в автотранспорте. Этот важнейший показатель качества туристской услуги требует немалых усилий и материальных затрат со стороны автоперевозчика. Безопасность при перевозке туристов достигается автоперевозчиком обеспечением адекватного поведения водителей за рулём – соблюдение Правил дорожного движения (ПДД), отсутствие опасных отвлечений от управления транспортным средством, контролем нормального физического состояния водителей, а также предоставлением транспортных

средств в хорошем техническом состоянии. Непричинение вреда здоровью туристов достигается также своевременным напоминанием водителем об опасности перемещения туристов по салону в процессе поездки (особенно при движении на высокой скорости), необходимости пристегнуть ремень безопасности для исключения травмирования при резком торможении, напоминанием о запрете курения в салоне транспортного средства. Для того, чтобы туристская услуга, связанная с транспортированием туристов, была качественной и безопасной, нужны активные действия туроператоров и турагентов, о которых сказано выше и ниже по тексту. Особенность данного показателя качества состоит в том, что туристы не задумываются над безопасностью поездки и оценкой степени её обеспечения: они целиком и полностью полагаются на водителя транспортного средства и в какой-то мере на представителя турфирмы, сопровождающего группу;

■ вежливость, внимательность, доброжелательность к туристам со стороны представителей турфирмы и водителя;

■ своевременная доставка клиентов к пунктам назначения на протяжении всего маршрута следования на автомобильном транспорте;

■ квалифицированные действия водителя транспортного средства, выражающиеся в умении управлять автомобилем в сложных дорожных и погодных условиях, способности избежать попадания в дорожно-транспортное происшествие при создании аварийной ситуации водителем другого транспортного средства; знании конструкции ТС, которым управляет, и умении самостоятельно определить и устранить несложные неисправности; в проявлении других умелых действий;

■ удовлетворительное физическое состояние каждого водителя автоперевозчика: отсутствие опьянения или состояния похмелья; отсутствие физических дефектов, препятствующих управлению автомобилем, нарушений зрения; наличие медицинской справки, подтверждающей здоровое состояние;

■ адекватное поведение всех водителей автоперевозчика: отсутствие грубых нарушений Правил дорожного движения, недопущение опасных отвлечений от

управления ТС; корректное общение с представителями турфирмы, туристами, водителями; отсутствие нарушений экологических норм и правил;

■ нормальное техническое состояние транспортного средства, на котором совершается поездка туристов: техническая исправность, срок эксплуатации не превышает 10 лет, пробег в пределах 800 тысяч километров (для горных маршрутов – в пределах 300 тыс. км), оснащённость минимально необходимым набором систем активной и пассивной безопасности.

Уместно подчеркнуть, приведённые наиболее значимые показатели качества туристских услуг с использованием автотранспорта могут восприниматься и оцениваться туристами, автоперевозчиками, туроператорами (турагентами) либо практически одинаково, либо по-разному. Например, восприятие и оценка комфортности салона транспортного средства чаще всего совпадают. А вот восприятие и оценка безопасности условий поездки различна: туристы, как уже отмечалось, безразличны к каким-либо проблемам на эту тему; представители автоперевозчика всегда уверены и в техническом состоянии ТС, и в своих водителях. Что касается представителей туроператора (турагента), их восприятие и оценка уровня безопасности при поездке во многом зависит от их квалификации и нацеленности на создание и поддержание условий безопасности для туристов. Поэтому подход к оценке данного важного показателя со стороны руководства турфирмы, а через него и со стороны представителей турфирмы в поездке, должен быть с учётом технического состояния конкретного транспортного средства, квалификации водителя за рулём, физического состояния водителя. Туристы могут находить недостатки при оценке вежливости, внимательности, доброжелательности и других этических показателей в общении с представителем турфирмы, водителем, а поставщики услуг могут считать, что у них с этим всё нормально. Важная особенность некоторых показателей качества обслуживания туристов заключается в том, что они не только отражают определённый признак качества, но одновременно оказывают влияние на уровень качества, повышая или понижая его. Иначе говоря, некоторые показатели (индикаторы) качества туристских услуг с использованием автотранспорта

одновременно играют роль фактора воздействия на качество. К числу таких факторов-показателей относятся: поведение водителей за рулём, их физическое состояние, квалифицированность действий водителей, техническое состояние ТС. Исследованию указанных ключевых факторов влияния на качество туристских услуг посвящён ряд работ автора, в том числе монография [145], Методика повышения качества социальных услуг населению путём мониторинга поведения, состояния здоровья водителей транспортных средств (ТС) и технического состояния ТС при автоперевозках населения (включая туристов) и грузов (параграф 4.3.1 главы 4 диссертации). Проведённые исследования показали, что воздействие на качество туристских услуг названных ключевых факторов влияния возможно как индивидуальное, так и совместное. Негативное совместное воздействие нескольких факторов одновременно может резко снизить уровень качества оказания туристских услуг. На все перечисленные базовые факторы могут оказывать решающие воздействия автоперевозчики (в первую очередь) и туроператоры (турагенты). Но есть значимые факторы регулировать которые не в состоянии ни автоперевозчики, ни туроператоры (турагенты): экстремальные погодные условия, состояние автомобильных дорог и дорожного сервиса; поведение водителей за рулём других ТС, участвующих в дорожном движении; техническое состояние грузовых автомобилей, встречающихся на маршруте. Влияние на указанные факторы могут оказывать государственные законодательные и исполнительные органы федерального, регионального и муниципального уровня.

Мониторинг качества, обеспечения комфортной и безопасной перевозки туристов автоперевозчиком сводится для турфирм укрупнённо к контролю технического состояния транспортных средств, выделяемых для перевозок туристов, и контролю за их водителями. Следует подчеркнуть, что такие узкие обязанности турфирм конкретно и напрямую не значатся ни в одном нормативном документе. Более того, обеспечение технической исправности транспортных средств, квалификации и состояния здоровья водителей возложены

федеральными законами, нормативными документами на владельца транспортного средства.

Однако, за качество туристского продукта несёт ответственность не только организация, предоставляющая транспортные средства для перевозки туристов, но и в первую очередь туроператор (турагент), что подчёркивалось автором выше по тексту. Получается, туроператоры и турагентства ответственны перед туристами и за техническое состояние всех транспортных средств, используемых для автоперевозок туристов и персонала, и за квалификацию, состояние здоровья и поведение водителей, управляющих ТС с туристами, а также за причинение вреда здоровью, явившегося следствием некачественной услуги. В последнем случае с пострадавшими туристами взаимодействует и страховая компания. Для проведения эффективного контроля качества услуг, оказываемых транспортной компанией, важно определиться с тем, *что* следует контролировать, *когда* осуществлять мониторинг, а также *кто и каким образом* осуществляет контроль. На вопрос «что контролировать?» кратко можно ответить – контролю подлежит выполнение требований договора между турфирмой и транспортной компанией. Одним из важных направлений контроля в договоре определено техническое состояние транспортных средств, предоставляемых турфирме для перевозок туристов. Техническое состояние ТС включает их техническую исправность, оснащение ТС системами безопасности и ограничение по пробегу автобусов, микроавтобусов и легковых автомобилей. Другим важным направлением мониторинга качества услуг, предоставляемых транспортной компанией, является контроль квалификации водителей, состояния их здоровья, контроль соблюдения режима труда и отдыха, а также контроль поведения водителей в поездке. Далее краткий комментарий автора к вопросу – *когда* осуществлять мониторинг качества услуг, оказываемых транспортной компанией? Контролировать следует перед поездкой и в период поездки. Ну и, конечно, необходим выборочный контроль соблюдения договора и периодическое подведение итогов, например, в конце каждого года. *Кто и каким образом* должен контролировать качество оказания услуг транспортной компанией? При выборочном контроле соблюдения

требований договора что-то предварительно можно проконтролировать, не выходя из кабинета турфирмы. Например, к договору приложен Перечень транспортных средств, в котором в числе прочего указаны год выпуска, пробег транспортного средства с начала эксплуатации, перечень средств пассивной и активной безопасности – для каждого ТС Перечня. На основании приведённых данных можно судить о техническом состоянии любого транспортного средства.

В процессе априорного и последующего комплексного анализов проблемы качественного обслуживания туристов автором разработана, апробирована в турфирме, верифицирована и предлагается для постоянного применения «Методика повышения качества социальных услуг населению путём мониторинга, поведения, состояния здоровья водителей транспортных средств (ТС) и технического состояния ТС при междугородных, международных перевозках населения (включая туристов) и перевозках грузов» (Методика представлена в пункте 4.3.1. параграфа 4). Методика определяет алгоритм контрольных действий не только турфирм, страховых компаний, но и содержание, методы проверок (самоконтроля) автоперевозчика. Но на один из видов, методов контроля качества оказания услуг транспортной компанией автор сочла целесообразным акцентировать внимание. Речь идёт о контроле качества работы принимающей фирмы и её автохозяйства. Под принимающей фирмой следует понимать организацию, которая принимает российских туристов за рубежом или в другом регионе России. Многие турфирмы, заключившие договора с туристами, ошибочно полностью перекладывают на принимающую фирму ответственность за качество обслуживания прибывающих российских туристов, в том числе и при перевозке их автомобильным транспортом. Однако с точки зрения требований Федерального закона [8], постановления Правительства РФ [28] контроль качества обслуживания туристов – задача туроператора (турагента), предоставляющего комплекс услуг лицами (партнёрами). Как организовать такой контроль, например, у принимающих фирм за границей? Прежде всего право выполнения контроля без заблаговременного уведомления должно быть оговорено в контракте. Неплохо также указать в контракте количество возможных

проверок (по мнению автора, не чаще 1-2 раза в году). Кроме того, в контракте следует указать и приложить Перечень автотранспортных средств с теми же данными, что и для российских партнёров. А вот по водителям следует оговорить лишь непрерывный стаж управления автобусами – не менее 3-х лет – и, состояние здоровья водителей, точнее – чтобы за руль не садились водители в болезненном состоянии, включая состояние алкогольного опьянения. Важным требованием контракта с принимающей турфирмой является закрепление за группами российских туристов инструктора-проводника при автоперевозках туристов: трансфер, автобусные экскурсии, доставка туристов к местам экскурсий и т.п. К данному требованию контракта тоже нужно подходить избирательно, поскольку оно связано с дополнительным финансированием по контракту. Закрепление инструктора-проводника за группами российских туристов необходимо в тех зарубежных странах, где военно-политическая, социальная обстановка тревожная, и есть риск причинения вреда здоровью и жизни в процессе реализации туристского продукта. О таких странах всегда есть сообщения в прессе и на телевидении. Можно узнать такие данные и у других туроператоров, работающих в тех же странах. Наибольшая результативность реализации стратегии контроля качества оказания услуг принимающими заграничными турфирмами, работающими по договору с российскими туроператорами, по мнению автора, достигается визитами по предлагаемому методу «таинственного туриста». Суть данного метода контроля состоит в том, что в течение нескольких дней пребывания в принимающей фирме «таинственный турист» в лице сотрудника туроператора проводит проверку качества оказания услуг туристам, соблюдения требований качества при их перевозке автотранспортом (трансфер, автобусный тур, экскурсия с использованием транспортного средства). Проверки следует проводить комплексно по следующим направлениям:

■ качество оказания услуг на всех стадиях турпродукта;

■ контроль технической исправности автобусов, микроавтобусов и легковых автомобилей, используемых принимающей турфирмой при трансфере, автобусных экскурсиях, других путешествиях на автомобилях;

■ контроль квалификации, состояния здоровья водителей, их поведения за рулём;

■ контроль наличия и качества работы инструктора-проводника.

Необходимо подчеркнуть, что указанные проверки нет нужды проводить в каждой стране. Конкретные страны должна определить сама российская турфирма, исходя из информации других операторов, работающих в тех же странах, сообщений прессы и телевидения, российских экспертов по вопросам безопасности туризма. Закрепление за группами российских туристов инструктора-проводника по требованию российского туроператора (турагента) должно быть особо оговорено в контракте. Наличие инструктора-проводника может подаваться туристам как выход из положения, когда по той или иной зарубежной стране опубликовано соответствующее сообщение Министерства иностранных дел (МИДа) и/или получена информация Ростуризма в соответствии с Административным регламентом по предоставлению Федеральным агентством по туризму государственной услуги по информированию в установленном порядке туроператоров, турагентов и туристов (экскурсантов) об угрозе безопасности туристов (экскурсантов) в стране (месте) временного пребывания [43, С. 21]. Правда, после получения такой информации от новых туров в эту страну на какое-то время лучше воздержаться. Все перечисленные проверки, полагает автор, способен выполнить практически любой квалифицированный сотрудник российской турфирмы. Для проверяющего достаточно послушать поручение руководителя турфирмы, почитать выборочно данное исследование, ознакомиться с особенностями пребывания в конкретной стране. Неплохо, конечно, владеть языком страны командирования. Следует отметить, что приведённый ниже объём экспресс-контроля технической исправности транспортного средства не следует воспринимать неким постулатом. Всё зависит и от степени новизны автомобиля, и от отношения к автомобилю его водителя, и от накопленной информации от предыдущих поездок на том же автомобиле и с тем же водителем. Если автомобиль никогда в дороге не ломался в прежние поездки, если он всегда чист и ухожен, то экспресс-проверка может быть чисто

номинальной. А вот если автомобиль, его водитель вызывают какие-то сомнения, предчувствия сюрпризов, то экспресс-проверке следует уделить серьёзное внимание. Поэтому ниже по тексту изложен усреднённый по объёму перечень проверок технической исправности, который является универсальным для любых типов и марок автотранспортных средств. То есть он един как для автобусов, микроавтобусов, так и для любого типа легкового автомобиля (минивэн, седан, универсал, хэтчбек, кроссовер, внедорожник). Един и метод контроля – внешний осмотр (визуальный контроль). Начать осмотр можно с наличия и целостности *ремней безопасности*. Нет нужды проверять все ремни безопасности в салоне транспортного средства. Достаточно беглого взгляда, чтобы оценить наличие ремней и их состояние. Прежде чем тронуться в путь, и водителю, и представителю турфирмы следует корректно напомнить туристам, что в дороге ремни безопасности должны быть в рабочем состоянии, то есть турист пристёгнут ремнём. Ремень безопасности – важная мера в обеспечении поездки без каких-либо происшествий. Предельно просто проверить работу *системы кондиционирования***.** Чаще всего водитель подаёт автомобиль с уже прохладным салоном, с включённой системой кондиционирования (климат-контролем). Но даже если это не было сделано заблаговременно, сразу после посадки туристов в ТС качество работы системы кондиционирования проявится. Затем при внешнем осмотре транспортного средства необходимо убедиться *в отсутствии трещин, сколов на лобовом стекле – в зоне очистки стеклоочистителем половины стекла со стороны водителя.* Если такой проверки не сделать вслед за безответственным водителем, который выехал из автохозяйства с технической неисправностью, запрещённой при эксплуатации автомобиля, последствия могут быть самые различные. Ведь водитель плохо видит сквозь разбитое стекло, поэтому плохо контролирует ситуацию по фронту движения. Вероятность попадания в ДТП возрастает, если во время движения идёт дождь: стеклоочиститель не в состоянии выполнять свои функции на разбитом лобовом стекле. Ещё один показатель технической исправности транспортного средства – *наличие всех болтов и гаек крепления дисков и ободьев колёс, не допускается отсутствие хотя бы одного*

болта или гайки. Данное техническое требование изложено в российском Техническом регламенте о безопасности колёсных транспортных средств [34]. Не имеет принципиального значения, есть ли подобный нормативный документ с аналогичным требованием в других странах. В данной проверке это не столь важно, так как такая неисправность со временем приводит к печальным последствиям в любой стране. Особенно, если к ней добавляется такая неисправность колеса, как повреждение шины (пробои, вздутия, сквозные и несквозные порезы, которые обнажают корд). Перечисляя проверки технической исправности автомобилей у принимающей турфирмы за рубежом, есть смысл остановиться на проверке *стабильности фиксации положения и исправности сидений пассажиров, работоспособности механизмов перемещения сидений и наклона спинок*. Достаточно выборочно проверить пару сидений до посадки всех туристов, а за работоспособностью других сидений понаблюдать в процессе поездки. Целесообразно также обратить внимание на то, проводит ли хоть какие-то проверки технической исправности автомобиля представитель принимающей турфирмы, сопровождающий группу российских туристов. Для транспортных средств, осуществляющих перевозки туристов в горах, важную роль для обеспечения качества во время поездки играет *высота протектора шин, которая* по российским требованиям не должна быть менее трёх миллиметров. Состояние износа поверхности шины имеет значение на любой дороге, но в горах опасность скольжения на дороге колёс с «лысой резиной» особенно актуальна с точки зрения безопасности. Нет необходимости делать какие-то замеры на протекторе шин. Это и не просто, и неуместно. А «лысая резина» видна каждому невооружённым глазом. Выполнить такую проверку можно и до начала поездки, и во время стоянок. Для этого достаточно обойти транспортное средство вокруг и осмотреть каждое из четырёх колёс. Однако функции контроля по системе «таинственного туриста» не ограничиваются проверками технического состояния транспортных средств с туристами. Для обеспечения качественной перевозки важно также, как ведёт себя водитель за рулём и в каком состоянии здоровья он садится за руль. Как показало исследование, поведение зарубежных водителей и

российских водителей за рулём может заметно отличаться. Особенно это характерно для потенциально опасных для российских туристов стран. Что касается состояния здоровья водителей с точки зрения употребления алкоголя, зарубежных водителей трудно встретить в состоянии опьянения. Наблюдения автора дополняются данными специальных исследований, описаниями чрезвычайных происшествий на дорогах в прессе, показами по телевидению. Иначе говоря, в местах большого количества российских туристов за рубежом водитель за рулём транспортного средства с туристами в состоянии даже лёгкого опьянения – явление невероятное. Зато водителей в состоянии глубокой усталости, не выспавшихся автору видеть доводилось не один раз. Непросто в такой дорожной обстановке осуществлять наблюдение за действиями водителя и проверяющему от российской турфирмы. Видимо, достаточно будет сделать вывод об этом по его отношению к технической исправности транспортного средства, к внешнему виду автомобиля. И проследить, не выполнял ли он в поездке очень опасных манёвров, не проявлял ли признаков лихачества. Завершив поездку на транспортном средстве, проверяющему от турфирмы следует письменно изложить результаты проверки технического состояния транспортного средства, проверки квалификации, здоровья и поведения водителя за рулём, качества работы инструктора-проводника. В заключении необходимо подробно описать все выявленные замечания и предложения по исключению недостатков. Если для подготовки заключения необходимы какие-либо дополнительные данные (срок эксплуатации транспортного средства, пробег в километрах, стаж работы водителя на автобусах, данные о предрейсовом медицинском осмотре водителя, фамилии водителя, инструктора-проводника и др.), необходимо обратиться к руководству принимающей турфирмы и предъявить документ российской турфирмы («Заказчика» по контракту), в котором изложены полномочия проверяющего. Проверку принимающей турфирмы лучше проводить, комплексно, то есть по всем услугам, предоставляемым в рамках контракта. Соответственно и заключение должно содержать оценку всех составляющих частей туристского продукта, проверенных представителем российской

турфирмы. Возможна и такая ситуация, когда проверок в рамках одной поездки с туристами недостаточно. Тогда нужно продолжить выполнение роли «таинственного туриста» с тем, чтобы выполнить проверки более полно. Примерно такое же заключение о результатах проверки качества оказания услуг принимающей турфирмой (заключение может быть и единое) необходимо передать руководству российской турфирмы по возвращении из командировки. По результатам проверки турфирме следует подготовить соответствующее обращение к принимающей турфирме.

3.2.2. Инструменты повышения качества обслуживания туристов при трансфере и экскурсиях с использованием автотранспорта

При трансфере радостные ощущения туристов, прибывших на отдых, или тёплые воспоминания о заканчивающемся отдыхе могут испортиться проявлением некачественного обслуживания. Турфирме, предоставившей туристам качественный турпродукт, следует сделать всё для того, чтобы не испортить положительные восприятия клиентов. Исследование автора показало, что наиболее вероятными факторными рисками, которые могут возникнуть в процессе трансфера, являются:

- получение травм;
- пожароопасность;
- негативные факторы, обусловленные атмосферными, сезонными, погодными явлениями;
- фактор правонарушительных действий со стороны криминальных элементов, злоумышленников.

Основными источниками получения травм могут стать дорожно-транспортные происшествия по следующим причинам:

■ техническая неисправность транспортного средства, в котором перевозятся туристы;

■ техническая неисправность других транспортных средств, движение которых пересекается, совпадает с маршрутом перемещения туристов;

■ нарушение Правил дорожного движения водителем, перевозящим туристов;

■ нарушение Правил дорожного движения водителем другого транспортного средства;

■ низкая квалификация водителя за рулём транспортного средства, в котором перевозятся туристы;

■ управление транспортным средством водителем в состоянии опьянения (алкогольного или наркотического), под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомлённом состоянии;

■ управление транспортным средством с нарушением водителем режима труда и отдыха;

■ нарушение управляемого движения транспортного средства из-за экстремальной погоды (гололёд, большое количество града на проезжей части, густой туман, сильный снегопад, оползень или камнепад на горной дороге);

■ несоблюдение туристами мер безопасности во время поездки.

Опасность пожара на движущемся автомобиле с туристами может возникнуть из-за технической неисправности транспортного средства или несоблюдения мер пожарной безопасности туристами, персоналом турфирмы, водителем ТС. Движение транспортного средства с туристами в условиях экстремальной погоды также является негативным фактором воздействия на качество обслуживания туристов. Об этом подробно изложено в монографии автора [145] и в параграфе 3.3 данной главы. Последствия проявления возможных негативных факторов могут быть самые разные. Наиболее эффективными способами борьбы со всеми перечисленными факторными рисками для туристов, персонала турфирмы и водителей транспортного средства являются упреждающие действия, то есть меры планово-предупредительного характера

(профилактика). Исключительно важную роль в исключении проявлении негативных факторов или хотя бы в снижении риска проявления играет профессионализм, квалификация водителей, инструктора-проводника, представителя турфирмы, сопровождающего группу или индивидуальных туристов. В ряду важных факторов обеспечения качественной перевозки туристов определены состояние здоровья водителей, поведение водителей за рулём (глава 4 исследования). О подготовленности персонала турфирмы должно позаботиться её руководство. Не менее важным фактором обеспечения качества при трансфере является техническое состояние транспортного средства (см. параграф 3.2).

А теперь пора приступить к изложению того, в каком объёме проводить экспресс-проверку технической исправности ТС турфирме при трансфере. Весь вышеизложенный объём предрейсовых проверок относится к персоналу гаража транспортной компании, к водителю транспортного средства. Важно также определиться, когда необходимо проводить экспресс-проверку (то есть в какие моменты трансфера), а также какими силами осуществлять экспресс-проверку технического состояния ТС и другие проверки. Если при трансфере за группой туристов или индивидуальными туристами закреплён инструктор-проводник, то все проверки и контрольные функции применительно к водителю осуществляет именно он. При отсутствии инструктора-проводника большинство его функций переходят к другому представителю турфирмы. Инструктору-проводнику (или представителю турфирмы, сопровождающему туристов) до посадки туристов в транспортное средство следует выполнить ряд контрольных проверок, снижающих риск возникновения опасных ситуаций:

1. Прежде всего необходимо убедиться, что под посадку туристов подано транспортное средство из Перечня, являющегося составной частью контракта (договора) турфирмы с транспортной компанией. Перечень транспортных средств необходимо всегда иметь при себе. Проверить нужно тип транспортного средства (автобус, микроавтобус, легковой автомобиль), его марку, государственный регистрационный номер и его пробег (по спидометру). Пробег автобуса, микроавтобуса не должен быть более 800 тыс.км, а для передвижения по горным

маршрутам – не более 300 тыс.км. Пробег легкового автомобиля не должен превышать 300 тыс.км. Перед трансфером периодически следует читать юридический договор турфирмы с автоперевозчиком: в договоре могут быть указаны более жёсткие требования по пробегу ТС, то есть может быть указан пробег меньшей величины. При выявлении несоответствия по величине пробега автомобиля нет нужды отказываться от поездки на поданном транспортном средстве. Просто взять это на заметку и сообщить об этом письменно руководителю турфирмы после поездки. Если под посадку подано ТС, отсутствующее в Перечне, необходимо сразу же известить об этом руководителя турфирмы для принятия им решения о возможности поездки на этом транспортном средстве.

2. Далее инструктору-проводнику (или другому представителю сопровождающему туристов) следует выполнить экспресс-проверку технического состояния транспортного средства. Объём проверки зависит от нескольких факторов. Если транспортное средство относительно новое (срок эксплуатации – в пределах одного года) и уже использовалось совсем недавно для перевозки туристов, проверку можно проводить в минимальном объёме:

■ спросить водителя, работает ли система кондиционирования (летом) или система отопления (зимой);

■ убедиться, что входная дверь открывается-закрывается;

■ убедиться в работоспособности системы освещения салона (если поездка осуществляется в тёмное время суток);

■ посмотреть, не разбито ли ветровое (лобовое) стекло, особенно со стороны водителя.

Если транспортное средство уже не новое, то есть срок эксплуатации превышает 1 год, объём экспресс-проверки технической исправности должен быть больше, а именно – соответствовать рекомендованной автором проверке, описанной выше для «таинственного туриста», проверяющего принимающую турфирму за рубежом (или в другом регионе России).

3. Важной проверкой перед посадкой туристов в ТС является физическое состояние водителя, который управляет транспортным средством. Правда, прежде необходимо выяснить, значится ли прибывший водитель в списке водителей, указанных в договоре между турфирмой и транспортной компанией. Ведь в согласованном и приложенном к договору между турфирмой и транспортной компанией значатся квалифицированные водители. Для этого список нужно всегда иметь при себе. Если окажется, что прибывший водитель не значится в согласованном списке, необходимо срочно известить об этом руководителя турфирмы. Все водители транспортных средств для перевозки пассажиров на коммерческой основе должны проходить предрейсовый медицинский осмотр, при котором устанавливается состояние здоровья водителя. Порядок медосмотра изложен в параграфе 4.2. При этом не лишним будет проконтролировать физическое состояния водителя инструктором-проводником (или другим представителем турфирмы, сопровождающим туристов). Сделав заключение, что водитель, например, находится в нетрезвом состоянии, нужно принять меры к замене водителя транспортной компанией (или собственным гаражом турфирмы). Если же результаты экспресс-проверки состояния здоровья водителя не внушают опасений, с ним можно кратко обсудить маршрут следования и отправляться в путь. Непосредственно при посадке (высадке) туристов, в транспортное средство (из транспортного средства) инструктор-проводник выполняет роль телохранителя. Иначе говоря, он руководит перемещением группы и отдельных туристов таким образом, чтобы угроза нападения криминальных субъектов на туристов была сведена к минимуму. Лучше всего, чтобы он был одет в специальную форму. Форма одежды отпугивает криминальных субъектов. При посадке туристов важно убедиться, что количество туристов соответствует списочному количеству и что в салоне находятся только лица, указанные в списке. Важно также контролировать, чтобы в процессе посадки (высадки) дети, если они есть в списке, были постоянно рядом со взрослыми. В процессе посадки туристам необходимо всякий раз громко напоминать, куда следует транспортное средство, поскольку имеют место случаи, когда туристы совершают посадку в ТС,

которое прибыло совсем за другими клиентами, следующими по своему маршруту. Следует также попросить их ещё раз проверить наличие паспорта, билета на проезд, других документов. Такие обращения к туристам в вежливой форме свидетельствуют о заботе, внимании персонала турфирмы к своим клиентам, что является хорошим дополнением к качественному сервису на других стадиях тура. В процессе поездки необходимо смотреть за тем, чтобы:

■ туристы сидели каждый на своём месте и не перемещались по салону. При резком торможении пассажир, передвигающийся по салону, непременно упадёт и может получить ушибы разной степени тяжести;

■ каждый турист был пристёгнут ремнём безопасности, если они предусмотрены конструкцией транспортного средства;

■ туристы, персонал турфирмы, водитель не курили;

■ все двери были закрыты во время движения ТС;

■ туристы, персонал турфирмы не высовывались в окна на ходу и не выбрасывали ничего из салона;

■ туристы не занимались в салоне выяснением взаимоотношений с применением грубой физической силы;

■ туристы не предпринимали действий, мешающих нормально отдыхать другим участникам поездки;

■ при посадке всё новых туристов в отелях по ходу движения ТС контролировать, чтобы в салон входили только те лица, которые значатся в списке отъезжающих, а также обеспечивать их охрану. Если туристы развозятся по отелям, то их следует сопровождать от транспортного средства до отеля и передать персоналу отеля;

■ туристы не уходили далеко от транспортного средства (особенно в одиночку) в случаях аварийной остановки ТС или для краткого отдыха;

■ водитель соблюдал Правила дорожного движения и не отвлекался на посторонние дела во время управления автомобилем (звонки по мобильному телефону, отправка и чтение SMS-сообщений, приём пищи, смена CD-дисков и др.).

В результате априорного анализа, выполненного в сочетании с методом практического визуального наблюдения и обобщений установлены факторы воздействия на качество обслуживания туристов в процессе экскурсионной поездки на автотранспорте или при транспортировании туристов к месту последующей экскурсии. Чтобы полноценно снизить риск проявления негативных факторов, нужно при формировании маршрутов экскурсий заблаговременно составлять перечень, анализ факторов и разрабатывать комплекс мер по исключению или хотя бы сведению риска до приемлемого.

В число факторов воздействия на экскурсиях с использованием автотранспорта автор включила наиболее вероятные и возможные негативные воздействия на туристов (экскурсантов):

■ травмоопасность, т.е. возможность получения травм при выходе-входе в ТС;

■ гидрометеорологический фактор: фактор, обусловленный атмосферными, сезонными, погодными и климатическими условиями;

■ биологический фактор риска, т.е. тот, который возникает при воздействии на экскурсантов болезнетворных микробов, бактерий, вирусов, при контакте с ядовитыми растениями и животными и употреблении некачественных продуктов питания;

■ криминогенный фактор: фактор, связанный с посягательством на жизнь, здоровье и имущество туристов, возникающий при антиобщественных проявлениях, правовых нарушениях, нарушениях общественного порядка;

■ опасность от террористических и экстремистских действий;

■ психофизиологический фактор: фактор, возникающий при физических и нервно-психических перегрузках во время экскурсии.

Учитывая, что перечисленные негативные факторы проявляются не все сразу, а то и вовсе не возникают в период экскурсионной поездки, предупредительные беседы с экскурсантами следует вести с учётом этого. Важно также при анализе маршрута экскурсии иметь в виду, что некоторые факторы в том или ином месте могут возникнуть сразу вместе. Перечисление негативных

факторов на экскурсиях и анализ причин их возникновения не является целью «нагнать страха» на работников турфирм, но лишь предупреждает их о том, что всякая экскурсия для них и их туристов-экскурсантов должна сопровождаться вполне определёнными мерами предупреждения. Об этих мерах предупреждения должны прежде всего позаботиться работники турфирм, сопровождающие туристов-экскурсантов. Несколько подробней о причинах, вызывающих вышеназванные негативные факторы и о мерах предосторожности. Но прежде всего о целесообразности прикрепления к группе туристов инструктора-проводника. По мнению автора, на большинстве экскурсий в нём нет необходимости. А вот в регионах России, которые представляют опасность для туристов на экскурсии, или в зарубежных турах в страны с нестабильной политической ситуацией, инструктор-проводник необходим. Причинами *получения травм туристами-экскурсантами* могут быть:

■ дорожно-транспортное происшествие из-за грубого нарушения Правил дорожного движения водителем ТС с туристами или водителем другого транспортного средства (превышение скорости движения, проезд на красный свет, обгон по встречной полосе движения, нарушение правил проезда через нерегулируемый перекрёсток, смена дорожной полосы движения без соблюдения ПДД, управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения и др.);

■ попадание транспортного средства с туристами в ДТП из-за некачественного дорожного покрытия, отсутствия дорожных знаков, отсутствия или некачественной разметки дорожного покрытия, из-за заледенелой или заснеженной дороги;

■ попадание ТС в ДТП из-за технической неисправности ТС с туристами или неисправности другого транспортного средства;

■ нападение хулиганов, других криминальных элементов или религиозных фанатов при выходе туристов-экскурсантов из транспортного средства, при следовании к нему.

Рекомендации по предупреждению травмирования туристов, снижению риска получения травм, изложены выше по тексту данной главы. Обобщённо по большинству из причин травмирования можно утверждать, что решающее значение имеет соблюдение мер безопасности водителем ТС, туристами и представителем турфирмы, сопровождающим туристов. Теперь о *пожароопасности* во время поездки на экскурсию. Возгорание может носить природный характер, либо возникнуть из-за несоблюдения мер по исключению пожара, в том числе туристами, представителями турфирмы, водителем (курение в автомобиле). Иногда пожар может возникнуть из-за технической неисправности автомобиля (зачастую на автомобиле с большим сроком эксплуатации и пробегом или на автомобиле с бессистемным техническим обслуживанием). Роль гида или другого представителя турфирмы в предотвращении пожарной ситуации очень велика как во время поездки, так и на природе. Поэтому автор рекомендует руководителям турфирм вменить в обязанность всех представителей, сопровождающих туристов на экскурсии, контролировать соблюдение всех мер предупреждения, включая пожароопасность, туристами. Пожар – не безобидная опасность типа укуса комаров, поэтому к мерам пожарной безопасности следует относиться крайне ответственно. О факторе *гидрометеорологической опасности* и действиях в условиях экстремальной погоды достаточно подробно изложено в параграфе 3.3.2, в связи с чем в дополнительных рекомендациях нет необходимости. В странах с тропическим климатом, в лесных регионах, в горной местности и других местах есть *опасность воздействия биологических факторов.* Это и дикие животные, и ядовитые растения, и опасные насекомые, и патогенные микроорганизмы (бактерии, вирусы, спирохеты и др.). Как избежать таких негативных факторов должно быть изложено в «Правилах личной безопасности туриста», а в начале экскурсии представителю турфирмы необходимо ещё раз обратить внимание туристов на конкретные биологические опасности, характерные для региона прохождения экскурсии. Важно предупредить при этом об опасности отравления некачественными продуктами питания. Поэтому приём пищи рекомендуется осуществлять в цивилизованных ресторанах и кафе.

О *криминогенном факторе риска и опасности террористических и экстремальных действий,* рекомендациях автора по их предупреждению изложено выше применительно к трансферу, а также в монографии [145]. Следование представленным рекомендациям существенно снизит риск возникновения указанных опасностей на экскурсиях. Наконец, о *факторе риска психофизиологических перегрузок* на экскурсиях. Негативную роль здесь играют не сами перегрузки, а их последствия: усталость от длительной ходьбы, укачивание в автобусе или другом автомобиле, бессонница в первую неделю пребывания на новом месте и т.п. Правда, при нормальном состоянии здоровья туриста усталость совсем не страшна, и быстро проходит после отдыха. Более того, усталость способствует крепкому сну, расслаблению, снятию стрессов. Совсем другое действие оказывает на некоторых туристов бессонница из-за резкой смены часовых поясов. Организм продолжает жить по своим биоритмам, тогда как их пора менять в самом что ни на есть спешном порядке. Итогом подобного разногласия становится то, что человек «клюёт носом» днём, а ночью мучается от бессонницы. Длится такое состояние обычно не более недели, а потом бесследно исчезает.

3.3. Обеспечение качества услуг туристам при их автоперевозке в особых условиях

3.3.1. Особенности обслуживания туристов в дальних перевозках

В результате практического визуального наблюдения, а также репрезентативного, детального изучения проблемы обслуживания туристов в дальних поездках установлено недостаточное внимание к обеспечению качества их транспортирования со стороны некоторых туроператоров и турагентов. Причём, речь идёт не о временном ослаблении внимания к факторам негативного воздействия на качество продолжительной перевозки туристов, а совершении

системной ошибки, выражающейся в толерантной, односторонней самоотстранённости и полном перекладывании решения вопросов качества транспортирования клиентов на автоперевозчика. Вместе с тем максимально эффективный результат в обеспечении качества обслуживания туристов в процессе дальнего транспортирования даёт органичное сочетание консолидированных, симультанных действий туроператора (турагента) и автоперевозчика. Изохорное протекание процесса перевозки туристов со стабильными показателями качества нарушается при ослаблении внимания представителей турфирмы, сопровождающих туристов, к соблюдению установленных требований при поездке в автотранспорте и/или самоустранении от мониторинга действий представителей автоперевозчика как на этапе подготовки к дальней поездке, так и во время самой поездки. Подобный вариабельный ход процесса часто приводит к проявлению негативных факторов воздействия на качество обслуживания туристов, которые в условиях бездействия или алогичных действий могут достигать экстремальных значений, приводить к значительным финансово-экономическим потерям, психологическим травмам. Снижению риска проявления негативных факторов способствует внедрение тщательной подготовки к дальней поездке представителей турфирмы и автоперевозчика, их консолидированные действия в процессе поездки. Методические рекомендации, алгоритм поддержания качественных показателей при обслуживании туристов представителями турфирмы и автоперевозчика изложены ниже. Применительно к дальней перевозке разработаны *Методические рекомендации по повышению качества подготовки турфирмы, автоперевозчика, туристов к дальней поездке* и *Методические рекомендации по повышению качества обслуживания туристов в процессе дальней перевозки*. В период подготовки турфирм и автоперевозчиков к длительному путешествию на автотранспорте, обеспечению качества обслуживания туристов в процессе поездки автор использовала научно-практические методы априорного и апостериорного анализа, метод практического визуального наблюдения и обобщений. В процессе исследования доминирующих факторов воздействия на

качество обслуживания туристов при дальней поездке применялся системный анализ. Поскольку решающую роль в качественной перевозке пассажиров играют *водители транспортного средства, работники гаража, диспетчеры транспортной компании (работники транспортного подразделения самой турфирмы)*, именно они должны уделять максимум внимания подготовке к поездке, исключив непродуманные действия.

Учитывая важную роль технической исправности транспортного средства, работоспособности всех его систем, включая системы безопасности, предрейсовая подготовка ТС для дальнего рейса имеет особое значение. Поэтому *проверка технической исправности ТС, нормальной работы его узлов и механизмов* должна проводиться очень тщательно. На это должна быть нацелена работа гаража транспортной компании, водителей транспортного средства (в дальние рейсы в автобусах большой вместимости направляются, как правило, два водителя). Особенно, если весь маршрут или его часть пролегает в горах. Важно учитывать рекомендации автора − на горных маршрутах допускать использование автобусов с пробегом не более 300 тысяч километров с начала их эксплуатации, при этом высота рисунка протектора шин автобуса должна быть не менее 3,0 мм. Автобусы, используемые на горных маршрутах, должны быть оборудованы передними противотуманными фарами и вспомогательными фарами заднего хода. Данные требования обязывают работников гаража и водителя ТС периодически проверять его пробег и высоту рисунка протектора. А вот работоспособность противотуманных фар следует проверять перед каждым рейсом. Объём проверки технической исправности ТС тот же, что при трансфере. Отказ любой системы автомобиля, вызывающий аварийную остановку транспортного средства в дальней поездке на длительное время может привести к серьёзным последствиям. Например, переохлаждение в суровую зимнюю погоду из-за длительной аварийной стоянки автобуса без отопления может вызвать заболевание, а то и обморожение кого-то из туристов. Если ТС не регулярно проходит техническое обслуживание, формально, поверхностно проверяется перед рейсом на исправность, работоспособность в соответствии с требованиями руководства по

эксплуатации, автомобиль может сломаться в дороге и тем самым из-за человеческого фактора нарушить комфортность, безопасность путешествия туристов. Но даже, если всё делается как положено, неисправность автомобиля в форме отказа какой-то из его систем или поломки детали может проявиться на маршруте следования. Вот почему автор рекомендует *брать в дорогу определённый набор инструментов и приспособлений, запасных частей, включая жидкости.*

В пути может проявиться и такая неисправность, которую устранить собственными силами водителю не удастся. Поэтому водителю заблаговременно необходимо определить со своим руководителем – куда обращаться в случае аварийной ситуации с транспортным средством и как не сорвать время прибытия в конечный пункт. В число подготовительных мер автор включила и *изучение маршрута следования* транспортного средства с туристами. Информацию о маршруте следования всегда должен иметь владелец транспортного средства, к чему его обязывают Правила обеспечения безопасности перевозок пассажиров ... Информация должна содержать данные о дорожных условиях на маршруте (параметрах и состоянии проезжей части, обочин, количестве полос движения в каждую сторону, интенсивности и составе движения, состоянии искусственных сооружений, железнодорожных переездов, паромных переправ, наличии средств организации движения и т.п.). Устная информация должна согласно Правилам доводиться до водителей путём проведения вводного (при приёме на работу), предрейсового (при отправлении водителя по маршруту движения впервые и при перевозке детей), сезонного (в весенне-летний и осенне-зимний периоды) и специального инструктажей (последний проводится с целью доведения срочной чрезвычайно важной информации). В то же время нужно стремиться, чтобы информирование водителей не было запутанным и не носило случайный характер. В устный инструктаж автор предлагает автоперевозчикам включить проверку знаний Правил и «Инструкции для водителя», разработанной транспортной организацией с учётом излагаемых Методических рекомендаций. «Инструкция

для водителя» подлежит вручению водителю при приёме на работу и должна содержать основную, но краткую информацию по:

- основным требованиям Правил обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов ...;

- соблюдению особо важных требований Правил дорожного движения;

- подготовке и выполнению транспортирования туристов при трансфере, на экскурсии и дальних поездках (в разное время года);

- соблюдению требований перевозки пассажиров (включая туристов) в экстремальных погодных условиях;

- другим требованиям на усмотрение автоперевозчика.

Определены должны быть места стоянок во время движения ТС по маршруту, с выделением стоянок для краткого отдыха на природе (у водоёма, в лесу, в открытом поле) и для ночлега. Обеспечение качества перевозки в таких условиях приобретает особое значение. При этом необходимо заранее позаботиться о том, чтобы ночью транспортное средство находилось на охраняемой стоянке, в запертом помещении или хотя бы на отгороженной площадке – для исключения доступа к транспортному средству злоумышленников. В информации о маршруте очень полезно оговорить его опасные участки. Согласно Методическим рекомендациям автора, информация подкрепляется непосредственным обследованием в процессе проведения контрольного проезда по маршруту. Такие обследования маршрута следует проводить перед открытием маршрута и в процессе эксплуатации – не реже двух раз в год (к осенне-зимнему и весенне-летнему периоду). Поэтому при первом освоении маршрута водителю рекомендуется проехать по нему в качестве второго водителя или водителя-стажёра. Своими глазами водитель сможет увидеть и аккумулировать то, чего не найдёшь в информации. Актуальность контрольного проезда по маршруту обусловлена следующим.

Во-первых, во многих случаях качество российских дорог на маршруте, мягко говоря, не очень высокое, что подтверждено в главе 6. Контрольная поездка позволит определиться, на каком типе транспортного средства можно перевозить

туристов с обеспечением требований качества. Есть такие маршруты, где зимой, в весеннюю или осеннюю распутицу иначе как на внедорожнике туристов не доставишь.

Во-вторых, иногда маршрут приходится частично изменить по причине ремонта дорог. Контрольный проезд по маршруту позволит выбрать оптимальный вариант изменения маршрута, в том числе и с точки зрения качества перевозки пассажиров.

В-третьих, помимо плановых ремонтных работ на дорогах возможны сегментарные изменения дорожных условий, вызванные стихийными явлениями: разрушение дорог и дорожных сооружений; аварии на тепловых, газовых, электрических станциях, последствия которых влияют на возможность проезда по маршруту; камнепад или оползень на горном маршруте; выход рек из берегов из-за таяния снега и льда.

К подготовительным мерам автор отнесла и *ознакомление с прогнозом погоды на период поездки.* Как известно, погода изменчива и может преподнести немало неприятных сюрпризов и зимой, и летом. Чтобы лучше подготовиться к возможным сюрпризам погоды, автор выделила отдельный параграф 3.3.2, посвящённый обеспечению качества автоперевозки туристов в условиях экстремальной погоды. Применительно к погоде всегда лучше исходить из так называемых заниженных ожиданий, то есть лучше всего подготовиться к самым негативным её проявлениям.

Особого внимания при подготовке к дальней поездке требует *перевозка детей.* Кроме вышеуказанных мер к перевозке детей в Правилах организованной перевозки группы детей автобусами [29] изложены дополнительные требования. Поэтому все должностные лица транспортных компаний, турфирм, а также водители должны соблюдать эти требования. Важную роль в дальней поездке играет *состояние здоровья водителя, управляющего транспортным средством.* Поэтому перед поездкой водители должны хорошо отдохнуть, выспаться, чтобы быть бодрыми и физически подготовленными к дальней поездке. Велика роль *инструктора-проводника или представителя турфирмы, сопровождающего*

туристов в подготовке к дальней перевозке туристов. Кратко их действия на этом этапе реализации турпродукта можно изложить следующим образом:

■ изучить маршрут следования транспортного средства с туристами;

■ заблаговременно пообщаться с каждым туристом, вручить «Правила поведения туриста в поездке», кратко и ненавязчиво проинструктировать об особенностях движения по маршруту, выяснить, как переносится длительная поездка в автомобиле;

■ узнать, на каком транспортном средстве предстоит отправиться в путь (тип и марка ТС, государственный регистрационный номер, пробег в километрах, пассажирская вместимость) и кто из водителей будет за рулём, наметить объём контроля технической исправности ТС;

■ изучить прогноз погоды на ближайшие дни путешествия, выяснить, не было ли по маршруту движения пожаров, наводнения, снежных лавин или оползня в горах, других экстремальных проявлений природы;

■ договориться с руководством турфирмы о способах оперативной связи в случае возникновения чрезвычайной ситуации (мобильная связь в России не всегда обеспечивает соединение с абонентом в другом регионе);

■ провести экспресс-контроль технической исправности транспортного средства, прибывшего к месту посадки туристов;

■ проверить состояние здоровья водителя, прибывшего на ТС к месту посадки туристов.

Теперь поподробней по каждому из направлений подготовки к дальней поездке инструктора-проводника (представителя турфирмы, сопровождающего туристов). При *изучении маршрута следования транспортного средства* полезно узнать про криминальную обстановку в регионах, через которые проходит маршрут. Совместно с транспортной организацией необходимо определить места стоянок для краткого отдыха, особенно у водоёма или в лесу, а также для ночлега, для обеда. Важно также выяснить способ связи с местными органами МЧС вдоль маршрута, узнать расположение стационарных медицинских учреждений. Неплохо иметь при себе информацию о бронировании спальных мест для ночлега.

С транспортной организацией необходимо оговорить заранее время выезда по маршруту. Самое благоприятное время отправки пассажиров в рейс – после 6 часов утра. Изложение вопросов качественной перевозки туристов не должно быть отвлечённым – их целесообразно последовательно разместить в «Правилах поведения туриста в поездке», которые есть смысл разрабатывать для туристов, связанных с продолжительной перевозкой на большие расстояния или туров, предусматривающих поездки по странам или регионам, представляющим какую-то опасность для туристов. В других случаях достаточно ограничиться обычной Памяткой. Передавать туристу «Правила поведения туриста в поездке» лучше всего при заключении договора с клиентом. В Правилах необходимо отразить меры по исключению возможных негативных факторов, которые нужно выполнять на всех этапах тура, а не только в процессе поездки. В Правилах полезно изложить меры предосторожности, связанные с ненанесением вреда здоровью во время поездки, предотвращением хищения документов, денег и личных вещей; порядок действий в экстремальных ситуациях; меры по сохранению окружающей природной среды и т.д. Для клиентов, склонных к автофобии (укачиванию) при поездках в автобусе, микроавтобусе, легковом автомобиле, в «Правилах поведения туриста в поездке» можно рекомендовать превентивные меры, изложенные в главе 10 монографии [145]. Что касается автофобии (укачивания) человека в дальней поездке, то при передаче «Правил поведения туриста в поездке» лучше всего устно выяснить, как клиент переносит длительную езду в автомобиле в качестве пассажира. Если такая поездка приносит ему какие-то неприятности, например, вызывает укачивание, нужно акцентировать его внимание на наличии рекомендаций в «Правилах». Кроме того, таких клиентов следует взять на заметку с тем, чтобы наблюдать за их состоянием в поездке и при необходимости оказать помощь. В указанных Правилах необходимо также кратко описать, как туристу подготовиться к длительной поездке в транспортном средстве и как вести себя в поездке. Теперь кратко о некоторых рекомендациях работникам турфирм, выезжающим в дальнюю поездку с туристами, которыми автор советует воспользоваться, включить в

«Правила поведения туриста в поездке» и оговорить с туристами при вручении комплекта документов по турпродукту.

1. Подготовка к дальней поездке зимой должна проводиться с учётом ситуаций, воспринимаемых как самые плохие.

2. Выполнить всестороннюю подготовку для поездки в условиях морозной зимы.

3. Подготовить участников путешествия к поездке в жаркую погоду.

Если туристский продукт включает экскурсии в вечернее время, пересечение улиц, автотрасс в тёмное время суток, автор настоятельно рекомендует всем участникам экскурсий взять с собой сигнальный жилет, который делает человека заметным на большом расстоянии. Это поможет избежать попадания под колёса автомобиля в тёмное время суток. Часто дальняя поездка в жаркую погоду включает кратковременный и/или продолжительный отдых на солнце у водоёма (море, озеро, река). Автор считает обязательным письменно (в разговоре с клиентами об этом тоже лучше упомянуть) предупредить туристов об опасности от чрезмерно длительного загорания под солнечными лучами, изложив предупреждение в «Правилах поведения туриста в поездке». Поскольку об этом факторе негативного воздействия турфирмы в подавляющем большинстве случаев клиентов не предупреждают, автор сочла необходимым акцентировать внимание туристов и турфирм на вероятном риске не благодатных последствий.

Часть вербальной беседы с клиентом при выдаче ему комплекта документов с договором нужно посвятить правилам поведения при езде в автотранспортном средстве.

В «Правилах поведения туриста в поездке» для клиентов, отправляющихся в те далёкие страны, где не соблюдаются правила гигиены и не существует надлежащего контроля, целесообразно порекомендовать воздерживаться от приёма пищи вне отелей. Инструктору-проводнику (или представителю турфирмы, сопровождающему туристов) перед дальней поездкой полезно узнать, *на каком транспортном средстве предстоит путешествие туристов*:

государственный регистрационный номер, тип автомобиля (автобус, микроавтобус, минивэн, кроссовер, внедорожник, другой легковой автомобиль), марку автомобиля. На основе этих данных можно узнать более подробную информацию о транспортном средстве, которая должна иметься в Перечне транспортных средств, прилагаемому к юридическому договору. Такой Перечень всегда надо иметь при себе, чтобы заранее знать всё необходимое о транспортном средстве. В своём экземпляре Перечня (ксерокопии) периодически нужно корректировать величину пробега автомобиля и следить за тем, чтобы он не превысил критического значения, указанного в договоре. В порядке завершения *Методических рекомендаций по подготовке к дальней поездке* в части транспортного средства, следует обратить внимание инструктора-проводника (другого представителя турфирмы, сопровождающего группу туристов) на необходимости экспресс-контроля технической исправности ТС. Это поможет сделать путешествие с туристами качественным, но не вариационным из-за вынужденных остановок из-за поломки автомобиля. Заодно нужно убедиться, что транспортное средство подано водителем из списочного состава, приложенного к юридическому договору (такой список водителей с их профессиональными данными тоже всегда нужно иметь при себе перед поездкой). Порядок и объём экспресс-контроля технической исправности ТС, определения состояния здоровья водителя, рекомендуемые автором, изложены выше по тексту главы. В том же объёме и порядке всё нужно проделать перед посадкой туристов в ТС для дальней поездки. Но на этом работа по подготовке к дальней поездке инструктора-проводника (другого представителя турфирмы, сопровождающего группу туристов) не кончается. Ещё нужно *изучить прогноз погоды на каждый день путешествия.* Зимой важно знать, ожидаются ли сильные морозы, снегопады, снежные лавины, резкие перепады температур, приводящие к образованию наледи на дорогах. Летом необходимо обратить внимание на сообщения о пожарах, необычных повышениях температуры воздуха, ливнях с грозами и т.д. Целесообразно получать репрезентативную информацию из разных источников (гидрометеослужба, радио, телевидение, газеты) и сопоставлять, готовиться к

худшим вариантам проявления погоды. О последствиях проявления экстремальной погоды (снежные завалы, оползни, разливы рек и др.) также можно узнать из разных источников информации. Важная составляющая подготовки к дальней поездке – *договориться с руководством турфирмы, другими коллегами по работе о способах и периодичности связи.* Такие сеансы связи лучше всего проводить во время стоянок транспортного средства с туристами и представителями турфирмы. Лучше всего предварительно определиться с такими стоянками с учётом возможности позвонить по мобильному телефону (как известно мобильная связь работает не везде). Для оперативной связи в случае возникновения чрезвычайной ситуации можно воспользоваться средствами связи ТС с диспетчерским пунктом. Комфортность перевозки туристов на дальние расстояния зависит как от соблюдения требуемых мер водителем, так и от последовательности действий инструктора-проводника (другого представителя турфирмы), от соблюдения Правил поведения туристами. Очень важную роль в обеспечении качественной перевозки туристов, представителей турфирмы играет водитель транспортного средства (в дальних поездках автобусом часто управляют два водителя попеременно). Квалификация водителя проявляется в показателях, которые отмечались выше по тексту. За одну поездку сложно обнаружить проявление водителем ТС всех признаков квалификации, но выявить один из ключевых признаков – знание и соблюдение Правил дорожного движения – инструктор-проводник или другой представитель турфирмы, сопровождающий туристов, возможность имеет. Не только для того, чтобы оценить степень профессионального мастерства водителя, но и с целью исключения повторения серьёзных нарушений ПДД водителем в последующих поездках. И тем самым повысить качество перевозки туристов, сохранить здоровье, а то и саму жизнь. В дороге каждый должен заниматься своим делом. Но если за рулём малоизвестный водитель или водитель с достаточно непредсказуемым поведением за рулём, контроль за действиями водителя необходим. Инструктор-проводник, являющийся руководителем поездки, имеет право обращать внимание водителя на его явно неправильные действия. Серьёзные нарушения ПДД, которые могли

бы привести к трагическим последствиям для пассажиров, лучше не таить, а довести до сведения руководства водителя. Какие же грубые нарушения Правил дорожного движения водителем ТС фиксировать? Согласно Методическим рекомендациям автора, обращать внимание следует вот на что. Серьёзным нарушением Правил дорожного движения является *обгон с выездом на встречную полосу движения с нарушением ПДД.* Ежегодно в России происходит примерно 8,5% (по другим данным – 20%) дорожно-транспортных происшествий из-за указанного нарушения Правил. Но дело не в процентах, а в том, что при всех авариях из-за столкновения «лоб в лоб» последствия крайне тяжёлые. Поэтому, если водитель даже очень редко совершает такие манёвры без внимания это оставлять не следует. Понаблюдав 2-3 раза за тем, как водитель ТС с туристами на борту совершает обгон с выездом на встречную полосу, можно сделать вывод и о квалификации, и о дисциплинированности водителя. Одно из самых злостных нарушений Правил дорожного движения – *превышение скорости*. Данное нарушение ПДД значится в числе основных причин дорожно-транспортных происшествий: 25% ДТП в России ежегодно происходят по причине превышения скорости. Процент немалый, но хуже другое – высокая скорость движения транспортных средств приводит к самым негативным последствиям. Раздел 10 Правил дорожного движения посвящён скорости движения транспортных средств. Междугородные и маломестные автобусы согласно ПДД *на всех дорогах* (включая автомагистрали) должны двигаться *со скоростью не более 90 км/ч.* Автор в течение нескольких лет в процессе работы над данным исследованием использовала научно-практический метод визуального наблюдения за междугородными автобусами с пассажирами (в том числе с туристами). Итог наблюдений следующий – ни один водитель междугородного автобуса не соблюдает требований ПДД, все автобусы двигались со скоростью более 90 км/ч. В результате довольно часто в российских СМИ сообщается об авариях с участием автобусов (преимущественно междугородных). Другие грубые нарушения ПДД представлены в таблице 4.2 Методики (главы 4 диссертации). В последние годы повсеместное распространение имеют *посторонние действия*

водителя за рулём, отвлекающие от управления автомобилем. В число таких посторонних действий входят:

■ разговор по мобильному телефону без использования системы «hands-free» («хэндс фри»);

■ передача SMS-сообщений по мобильному телефону или чтение SMS-сообщений;

■ приём пищи, употребление напитков;

■ переодевание;

■ курение.

Перечисленные посторонние действия не охватывают весь комплекс отвлечений водителей от управления автомобилем. Более полно они указаны с исследованием последствий в таблице 4.3 Методики (главы 4 диссертации). Часть вышеперечисленных отвлечений от управления автомобилем (приём пищи, употребление напитков, переодевание, курение) вообще не значатся в ПДД. Именно поэтому в излагаемых *Методических рекомендациях по повышению качества обслуживания туристов в процессе дальней перевозки* автор рекомендует инструктору-проводнику (другому представителю турфирмы, сопровождающему туристов) не оставлять без внимания все указанные отвлечения водителя от управления автомобилем. Как отмечалось выше, квалификация водителя проявляется и в знании, соблюдении Правил обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов. В числе положений Правил, которыми должен владеть водитель, в Методических рекомендациях автор сочла актуальным выполнить выделение некоторых требований. Кратко эти требования сводятся к порядку перевозки пассажиров в особых условиях. Наиболее репрезентативными особыми условиями являются перевозки по зимникам в условиях бездорожья; переправы через водные преграды (паромы, наплавные мосты, природные объекты, переправы вброд), ледовые переправы; перевозки по маршрутам, проходящим в горной местности. С правилами перевозки в особых условиях должен быть ознакомлен и представитель турфирмы, сопровождающий

туристов в поездке, что позволит метахронно повышать качество обслуживания клиентов.

3.3.2. Обеспечение качества услуг туристам при их автоперевозке в экстремальных погодных условиях

Для повышения качества перевозки туристов автотранспортом разработаны *Методические рекомендации по обеспечению качества перевозки туристов в экстремальных погодных условиях*. Выработка дефиниции «экстремальная погода» применительно к российским условиям проводилась с выделением доминантных проявлений природных явлений. Безопасность туристов – важнейший показатель качества их обслуживания в процессе автоперевозки. Экстремальные погодные условия усиливают негативное воздействие на качество транспортирования, что требует от представителей турфирмы, сопровождающих туристов, и водителя продуманных адекватных действий, исключающих прерывание безопасности всех участников поездки. Однако, как показал апостериорный анализ, неоднократные прагматические наблюдения, позволяют сделать выводы о следующем. Значительная часть представителей турфирм, сопровождающих туристов в поездке, не задумывается о возможном вмешательстве природных явлений в процесс транспортирования людей, о негативных последствиях воздействия экстремальных погодных явлений из-за отвлечённой, небрежной подготовки к дальнему путешествию, односторонне полагаясь только на водителя ТС. В период апостериорного анализа резистентно проводилось изучение научной литературы, перечисленной в начале главы, иной информации – с целью поиска рекомендаций по алгоритму поведения участников путешествия в условиях экстремальной погоды. Единственным литературным источником, в некоторой степени связанным с рассматриваемой проблемой, следует назвать исследование [73]. Вместе с тем в указанной работе приведены

рекомендации исключительно для водителей ТС при отсутствии необходимой информации для представителей турфирмы и туристов. Вышеизложенное позволило убедиться в правильности вектора о выделении в отдельную задачу исследования процесса перевозки туристов в экстремальных погодных условиях. Разработанные и представленные ниже *Методические рекомендации по обеспечению качества перевозки туристов в экстремальных погодных условиях*, как составная часть повышения качества перевозки туристов автотранспортом, позволяют водителям ТС, представителям турфирмы, сопровождающим клиентов, туристам избежать воздействия негативных факторов вследствие экстремальных погодных условий.

Опасную ситуацию во время путешествия могут создать *заледенелые участки дороги*, или «зимняя скользкость». На таких участках дороги транспортное средство движется нестабильно, возможны резкие заносы на встречную полосу движения, сход с трассы на обочину вплоть до опрокидывания. В качестве упреждающих мер и реальных действий автор рекомендует:

■ по возможности прекратить движение по скользкой трассе, особенно если автомобиль не оснащён противобуксовочной тормозной системой ABS и системой динамической стабилизации движения (другое название – система курсовой устойчивости) ESP. Обязательное прекращение движения ТС с пассажирами – важное требование *Методических рекомендаций по обеспечению качества перевозки туристов в экстремальных погодных условиях*, если маршрут движения пролегает в горах и при этом дорога имеет по одной полосе в каждую сторону без внешнего ограждения опасного края: риск соскальзывания ТС с пассажирами в пропасть крайне высок;

■ своевременно менять летние шины на зимние, не дожидаясь резкого похолодания (нужно всегда помнить, что погода – капризное явление природы, которое меняется не только день ко дню, но и от часа к часу);

■ снизить скорость движения, если прекращение движения даже на время невозможно в силу объективных причин.

Ещё одно проявление экстремальной погоды – *метели со снегопадом*. Метель – распространённое явление природы во многих регионах России в зимний период времени. Сильная метель всегда сопровождается снегопадом, часто с сильным ветром, что резко ухудшает обзорность и видимость в направлении вперёд для водителей автотранспортных средств. Всё это нередко приводит к дорожно-транспортным происшествиям. В условиях метели с обильным снегопадом необходимо сделать одно из двух – либо прекратить движение, съехав на обочину автомобильной дороги, либо продолжить движение, включив ближний свет и снизив скорость до такой, которая позволит затормозить и не столкнуться с впереди идущим транспортным средством. В процессе движения рекомендуется подавать звуковые сигналы и включить аварийную световую сигнализацию. Так же следует поступать и при аварийной остановке ТС в метель. Применительно к России наиболее распространённые и регулярно повторяющиеся проявления экстремальной погоды – *пожары*. В последние годы пожары хотя и не являются повсеместными, но стали для нашей страны настоящим бедствием для многих регионов. Поэтому возрос риск попадания в зону пожаров ТС с туристами. Недопустимый (неприемлемый) риск попадания в зону пожара в российских регионах начинается в конце весны – начале лета, когда на поверхности грунта много сухой прошлогодней листвы, травы. Опасность пожаров сохраняется все летние месяцы и в начале осени. Наиболее пожароопасные места – леса и торфяники. Возникновение пожара возможно и в степи, кустарниковой пустынной местности, где достаточно одной искры для возгорания сухих растений и травы. Для того, чтобы снизить риск попадания в зону пожаров транспортного средства, согласно Методическим рекомендациям необходимо на маршруте, проходящем по пожароопасным регионам, постоянно владеть информацией о пожароопасных местах, обновлять информацию. Нужно также использовать собственную информацию на месте пребывания. Так, если маршрут движения ТС пролегает через лиственные леса, то следует учитывать, что высота пламени здесь доходит до 1,5-2 метров, а скорость его распространения обычно не превышает 0,3-1 км/ч [181]. А вот верховой пожар

чаще случается в хвойных лесах. Скорость его распространения в безветренную погоду может достигать 3-4 км/ч, в ветреную – 25-30 км/ч и более. Как отмечается в работе [181], косвенными признаками приближения фронта лесного пожара могут служить торпидный (устойчивый) запах гари, приносимый ветром, стелющийся над лесом туманообразный дым, беспокойное поведение животных, птиц, насекомых и их миграция в одну сторону. Установив признаки приближения пожара, важно определить направление его распространения, сопоставить с направлением ветра, а потом принимать решение об эвакуации из опасной зоны, маршруте дальнейшего движения транспортного средства с туристами. При этом не следует покидать транспортное средство, поскольку на ТС из опасной зоны выбраться всегда получится быстрей. Во время краткого отдыха на природе (в лесу, у водоёма, в степи) важно, чтобы туристы, персонал турфирмы или водитель не стали виновниками пожара. Авторы некоторых научных работ, например, [181], [71] излагают меры предосторожности при разведении костра в лесу, в степи или пустыне. Автор данного исследования не согласна с таким подходом к обеспечению качественного путешествия туристов и рекомендует действовать иначе: ни в коем случае не разводить костры ни в лесу, ни в степи, очень осторожно курить и не бросать горящие окурки на поверхность земли. Изложенный категорический, аксиомный подход к разведению костров диссертант не считает дискутабельным. Далее объектом для кратких рекомендаций будет состояние экстремальной погоды, называемой *грозой*, сопровождаемой молниями и громом, проливным дождём. Как утверждают авторы работы [67], «грозы – одно из наиболее удивительных природных явлений. Ежедневно во всём мире их происходит около 40 тыс.». Часто случаются они и в большинстве регионов России, особенно жарким летом. Гроза всегда сопровождается молниями и громом, проливным дождём, часто сильным ветром. Гроза и её сопровождения – живописное, но достаточно опасное зрелище. И для туристов, совершающих переезд в транспортном средстве, тоже. Особенно при длительном расположении на природе, к тому же изобилующей деревьями. Нужно иметь в виду, что обычно гроза длится от одного до двух часов, и лишь

иногда дольше. Но и этого времени достаточно, чтобы создать проблемы и водителям на трассе, и пассажирам. Из всех сопровождений грозы не представляют опасности лишь раскаты грома. А наиболее опасной компонентой является молния. Грозовые разряды молнии в землю могут вызвать пожар, поразить человека, находящегося на местности. Для водителя и пассажиров, находящихся в автомобиле молния не представляет опасности, но может вывести из строя электронное оборудование. Свою долю неприятностей участникам дорожного движения несут и сильный ветер с дождём и градом. Транзитивный процесс приближения грозы можно определить по силе раскатов грома: если гроза пока далеко, то раскаты грома звучат приглушённо, если же она рядом – слышен оглушительный гром. С началом грозы, сопровождаемой молниями и громом, проливным дождём и сильным ветром, автор рекомендует следующие меры снижения воздействия негативных факторов на перевозку туристов, других пассажиров:

■ по возможности остановить транспортное средство и поставить на ручной тормоз, особенно при сильном ветре и дожде с градом, ограничивающим обзорность и видимость в прямом направлении для водителя, а также вызывающим скольжение транспортного средства на дороге.

■ учитывая краткую продолжительность, грозу с сильным ветром и градом лучше переждать, стоя на обочине, запретив выход пассажиров из автомобиля.

■ выключить все электронные приборы автомобиля и пассажиров (радиоприёмники, телевизоры, мобильные телефоны и др.) во избежание выхода их из строя и поражения людей разрядами молнии (известны случаи, когда разряд молнии поражал человека, говорящего по мобильному телефону в грозу);

■ снизить скорость движения при выпадении большого количества града и/или ограниченной видимости из-за сильного дождя.

Относительно схожие, устойчивые неприятности водителям и пассажирам транспортных средств создают *ливни с градом и шквалом*. Грозы периодически сопровождаются выпадением большого количества града и сильным ветром. Такие состояния экстремальной погоды – вполне обычное явление в средних и

южных широтах России весной и летом. Чаще всего размер градин невелик, однако изредка они могут достигать размера с грецкий орех. Большое количество града образует сплошной или местный покров на дороге и вызывает резкие заносы транспортных средств при движении. Положение усугубляется, если ливень с градом сопровождается шквалистым ветром. Во время дождя значительно понижается температура воздуха. Воздух становится плотнее и устремляется к земле. В самом начале ливня у поверхности земли может происходить резкое усиление скорости ветра до 160 км/ч. Такой ветер учёные называют мокрым шквалом. Сочетание ливня с градом и шквалом – серьёзная опасность для водителей транспортных средств, движущихся по дороге, из-за скользкой дороги и плохой видимости. С целью снижения негативного влияния названного экстремального состояния погоды на перевозимых туристов автор рекомендует:

■ запретить выход пассажиров из транспортного средства;

■ снизить скорость движения транспортного средства до такой, которая позволит исключить столкновение с другими транспортными средствами при торможении.

Ещё одним проявлением экстремальной погоды являются *ураганы*. В некоторых частях света их называют тайфунами, циклонами. Скорость ветра в них достигает 300 км/ч, что приводит к страшным разрушениям и завалам на земле, повреждению и даже потоплению судов на воде, опрокидыванию автотранспортных средств на дорогах. Что касается прогнозирования урагана метеорологами в России, то можно утверждать, что выступают они с переменным успехом: иногда предсказывают ураган, но нередко эта стихия возникает нежданно-негаданно. Отсюда и характер рекомендаций автора. Если водителю и/или представителю турфирмы стала известна информация об урагане в ближайшее время, выезд автобуса с туристами по маршруту лучше задержать на какое-то время. В случае попадания в зону урагана в процессе движения по маршруту, алгоритм действий, рекомендуемый автором, следующий:

■ немедленно прекратить движение автомобиля, съехать на обочину, поставить автомобиль на стояночный тормоз, включить аварийную сигнализацию;

■ закрыть все окна и двери транспортного средства;

■ исключить выход пассажиров из транспортного средства;

■ периодически подавать звуковые сигналы.

Опасность, аналогичную ураганам, представляют *пыльные бури*. К возникновению пыльных бурь приводит сочетание продолжительной сухой погоды, высокой температуры и сильного ветра. Пыльные бури наносят ощутимый урон сельскому хозяйству, забивают пылью агрегаты и системы автомобилей и другой техники. Достаётся от них и людям: мелкий песок проникает в уши, глаза и носоглотку. Порядок действий водителей и пассажиров при движении в пыльной буре, по мнению автора, должен быть идентичным действиям при урагане. В конце анализа погоды как фактора негативного воздействия на качество перевозки туристов несколько слов о таком состоянии экстремальной погоды, как *жара*. Продолжительная жара негативно воздействует на пассажиров, объятых этим ненастьем. Особенно страдают пожилые люди, хронические больные и дети. Положение усугубляется ещё и тем, что жара становится причиной частых пожаров. Искры разносятся по воздуху, провоцируя всё новые и новые возгорания. В жару некоторые дороги попадают в зону пожаров, другие изобилуют пробками, возникающими из-за дорожно-транспортных происшествий по причине ослабления внимания у водителей. Обычным явлением становятся аварийные остановки автомобилей вследствие перегрева двигателя. Длительное стояние в заторах в жаркую погоду негативно сказывается на состоянии здоровья отдельных туристов, создаёт некомфортные условия для всей группы.

Итак, перевозка автомобильным транспортом туристов в условиях экстремальной погоды часто является крайне сложной и опасной. Соблюдение изложенных Методических рекомендаций, позволяет значительно снизить риск причинения вреда жизни и здоровью туристов, водителя автобуса (другого

транспортного средства с туристами); представителя турфирмы, сопровождающего группу туристов; других участников дорожного движения. Руководителям транспортных компаний и турфирм никогда не следует забывать, что парциальное внимание с их стороны к автоперевозке туристов в условиях экстремальной погоды может привести к травмированию пассажиров автобуса, водителей. Возможны и более серьёзные последствия аварий. В любом случае авария автотранспорта с пассажирами приведёт также к значительным финансовым потерям пострадавших, родственников погибших, автопредприятия, турфирмы и государства.

Выводы по главе 3:

1. Решена доминантная задача – оценка качества обслуживания туристов туроператорами (турагентами), автоперевозчиками в процессе перевозки автотранспортом, с применением априорного, апостериорного, системного анализа, метода практического наблюдения и обобщений; выявление имеющихся недостатков; подготовка предложений по повышению уровня качества перевозки и снижению социально-экономических потерь.

Исследована услуга населению – перевозка туристов автомобильным транспортом, определены критерии качества услуги. С целью повышения качества обслуживания туристов в процессе перевозки туроператорам, турагентам предложен метод оптимизации алгоритма выбора автоперевозчика по выработанным диссертантом двенадцати критериям (многолетний опыт работы по перевозке пассажиров, особенно на дальние расстояния; наличие транспортных средств (ТС) с приемлемыми пробегом и сроком эксплуатации, с оснащением минимально необходимым набором систем активной и пассивной безопасности; укомплектованность квалифицированными водителями, обслуживающим персоналом гаража и другие индикаторы).

2. Туроператорам (турагентам) обозначены основные требования к автоперевозчику, рекомендуемые для включения в особые условия юридического договора на перевозки туристов, работников турфирмы. Раскрыта последовательность повсеместных проверок полноты и чёткости исполнения

договорных обязательств (включая особые условия) автоперевозчиком. Из множества мультимодальных способов проверки туроператором (турагентом) стабильного, гомогенного или стохастического протекания процесса предоставления услуг туристам во время автотранспортной перевозки принимающими турфирмами в России и за границей автором предложен и верифицирован мониторинг научно-практическим методом «таинственного туриста». Суть данного метода и последовательность комплексного контроля «таинственным туристом» подробно расписаны в параграфе 3.2.

3. Установлены факторы негативного воздействия на туристов в процессе трансфера, экскурсий с использованием автотранспорта, причины их генезиса и резистентного проявления. Научно обоснованы и рекомендованы инструменты улучшения качества обслуживания туристов в поездке: эффективный постоянный самоконтроль со стороны автоперевозчика, периодический экспресс-контроль туроператором (турагентом) технической исправности и оптимального пробега, срока службы транспортных средств, поведения водителей за рулём ТС, соблюдения режима труда и отдыха, состояния здоровья водителей, подготовленности персонала турфирмы.

4. Разработана методология повышения качества перевозки туристов автотранспортом, сущностью которой являются методические рекомендации по изменению сложившейся практики отстранённости туроператоров от обеспечения качества процесса транспортирования клиентов автомобильным транспортом как внутри России, так и в зарубежных странах. Целенаправленность методологии выражается в практических рекомендациях по консолидированным действиям туроператоров (турагентов) и автоперевозчиков не только в процессе перевозки туристов, но и в период подготовки к поездке. Разработанная методология – это совокупность теоретических и прикладных методов анализа уровня качества обслуживания туристов при перевозке автотранспортом: метод практического визуального наблюдения и обобщений, репрезентативный метод «таинственного туриста»; методы системного, апостериорного и кластерного анализа. Составной частью методологии является авторский принцип предупредительного анализа

возможных факторов негативного воздействия на качество конкретного вида перевозки туристов (трансфер, экскурсия, дальняя перевозка) с подготовкой и реализацией действий планово-предупредительного характера, исключающих или снижающих факторы риска.

5. Исследован процесс перевозки туристов на дальние расстояния, выявлено сегментарное внимание некоторых туроператоров, турагентов к обеспечению качества транспортирования клиентов (в части мониторинга поведения водителей за рулём и технического состояния транспортного средства). Подтверждено – подобный вариабельный процесс обслуживания способен вызвать высокое проявление негативных факторов воздействия на качество перевозки, которые в условиях бездействия или нерациональных действий представителей турфирмы могут достигать экстремальных значений, приводить к нервно-психическим перегрузкам у туристов, аварийным ситуациям с травмами, значительным финансовым потерям. Доказано, что внедрение в практику реализации соответствующих турпродуктов *Методических рекомендаций по повышению качества подготовки турфирмы, автоперевозчика, туристов к дальней поездке* и *Методических рекомендаций по повышению качества обслуживания туристов в процессе дальней перевозки* способствует снижению или даже элиминации риска проявления негативных факторов с не благоприятными последствиями.

6. Определена алогичная неподготовленность многих представителей турфирм к поддержанию в константном состоянии процесса обслуживания туристов в поездке при экстремальной погоде. Разработаны, системно проанализированы, предложены к внедрению *Методические рекомендации по обеспечению качества перевозки туристов в экстремальных погодных условиях*. Эмпирическое применение Методических рекомендаций позволяет водителям ТС, представителям турфирмы, сопровождающих клиентов, туристам снизить воздействие негативных факторов вследствие проявления экстремальной погоды и существенно сократить социально-экономические издержки. Данные Методические рекомендации целесообразно применять и при организованной перевозке группы детей.

ГЛАВА 4. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РОСТУ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ ПУТЁМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВОДИТЕЛЕЙ

4.1. Квалификация водителей – ключевой фактор в обеспечении качества социальных услуг при автотранспортном обеспечении населения

Анализ состояния социальных услуг, предоставляемых с использованием автомобильного транспорта (перевозка разных категорий населения; прибытие медперсонала для оказания скорой медицинской помощи, в том числе при ДТП; выездные формы медицинского обслуживания сельского населения) подтвердил необходимость повышения качества и социально-экономической эффективности услуг. Наряду с анализом, представленным в других главах диссертации, автор сочла целесообразным провести репрезентативное исследование степени влияния на качество услуг некоторых других факторов, исполнителей услуг, руководящих кадров. К числу значимых факторов воздействия на уровень качества таких услуг следует отнести:

■ поведение водителей, участвующих в дорожном движении;

■ физическое состояние водителей ТС;

■ нацеленность транспортных организаций на самоконтроль качества перевозки пассажиров, детей, грузов;

■ эффективность мониторинга соблюдения Правил дорожного движения (ПДД) – важнейшего признака поведения водителей ТС − со стороны ГИБДД;

■ результативность контрольно-надзорной деятельности Федеральной службы по надзору в сфере транспорта (Ространснадзора).

Экскреция главенствующей роли поведения водителей, участвующих в дорожном движении, в достижении, поддержании в толерантном состоянии и росте качества перевозки пассажиров, обеспечении сохранности состояния их здоровья подчёркивалось автором в главе 1, монографии [145] и научных статьях. Важное значение данного фактора воздействия на качество услуг населению отмечается в научных работах авторов [74], [259], [265], [302], в Федеральном законе [5], в Стратегии безопасности [33] и других источниках. В большинстве

рассмотренных научных работ, посвящённых качеству перевозки пассажиров, детей, грузов, безопасности дорожного движения, предметно или обзорно, односторонне анализируется поведение водителей за рулём. При этом диссертант не обнаружила репрезентативного исследования причин совершения водителями нарушений ПДД, эффективных мер по исключению причин. Вместе в тем статистика Росстата по грубым нарушениям ПДД, приводящим к летальному исходу или травмированию в ДТП, за последние годы (ежегодно в ДТП погибают 18-19 тысяч россиян, получают травмы разной степени тяжести – около 215 тысяч), позволяет сделать аргументированный вывод – поведение некоторой части водителей стабильно неадекватное, удручающе далёкое от идеала, опасное для окружающих. Из-за нарушений ПДД такими водителями происходит 80-90% дорожно-транспортных происшествий [145, с.11], [142, с.51], то есть в большинстве ДТП преобладает так называемый человеческий фактор. Учитывая устойчивое и повсеместное проявление незаконопослушного и некорректного поведения таких водителей, выражающееся в систематических нарушениях ПДД, автор сочла необходимым системно исследовать *особо значимый фактор* воздействия на качество перевозки пассажиров, детей, грузов – *квалификация водителей*, выражающаяся в их поведении выявить причины стабильной недисциплинированности определённой категории водителей, выработать меры, позволяющие улучшить ситуацию и обеспечить в значительной мере устранение причин.

В понятие «поведение водителя» автор включила несколько ключевых показателей, всесторонне характеризующих человека за рулём автомобиля:

- соблюдение Правил дорожного движения, Правил обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом [45, С.25], Правил организованной перевозки группы детей автобусами [29];
- опасные отвлечения от управления транспортным средством;

■ соблюдение режима труда и отдыха, установленного Приказом Минтранса России «Об утверждении особенностей режима рабочего времени и времени отдыха, условий труда водителей автомобилей» [44];

■ характер взаимоотношений водителя с населением – пользователем оказываемых услуг социальной направленности и участниками дорожного движения;

■ отношение к окружающей среде в части соблюдения экологических требований.

Сведение поведения водителей к перечисленным индикаторам – чисто условная экскреция, поскольку поведение водителей на дороге является одновременно признаком квалификации, общей культуры, норм этики. Вот почему показатели поведения конкретного водителя во время управления транспортным средством, на остановках для отдыха, при попадании в ДТП, в других условиях могут проявляться одновременно, аккумулировано по многим индикаторам или по некоторым из них. Для всестороннего исследования проблемы нарушений ПДД с целью исключения или хотя бы снижения возможности противоправного и неэтичного поведения водителей важно прежде всего установить, какие конкретно водители больше всего «страдают недугом недисциплинированности» и, соответственно, кого и как «лечить от этой болезни». Далее необходимо выполнить кластерный анализ, в процессе которого обозначить и выделить грубые нарушения ПДД, приводящие к ДТП с тяжёлыми последствиями. Одновременно следует выяснить, какие конкретно водители совершают грубые нарушения ПДД. Наконец, крайне важно выявить и системно проанализировать причины совершения грубых нарушений ПДД, включая опасное вождение и опасные отвлечения от управления автомобилем. Обстоятельные апостериорный и кластерный анализы нарушений ПДД показали, подавляющее большинство нарушений Правил дорожного движения, особенно грубых нарушений, выделенных с применением Парето-анализа, (представлены в таблице 4.2), а также опасные отвлечения от управления ТС (см. табл. 4.3) совершают водители легковых автомобилей – порядка 83% нарушений ПДД, что

уже подчёркивалось в монографии диссертанта [145, с.11]. На водителей грузовых автомобилей приходится 12% нарушений ПДД, а водители автобусов до последнего времени совершали всего 3,5% из общего количества нарушений. В процессе исследования установлено, что основную долю нарушений ПДД из числа водителей легковых автомобилей совершают так называемые водители-любители. Методом практического анализа и обобщений информационной базы – постановлений по делу об административном правонарушении в ГИБДД диссертант установила: из общего ежегодного количества 150 тысяч нарушений ПДД на данную категорию водителей-любителей приходится 67-75% нарушений. Теперь некоторые пояснения к результатам исследования грубых нарушений ПДД, совершаемых названной категорией водителей-лихачей. Анализ показал – 25% дорожно-транспортных происшествий, происходящих по вине водителей приходится на *самое распространённое нарушение ПДД – превышение установленной скорости движения*. Причём, лидирующая в кавычках процентная доля данного нарушения резистентно держится из года в год. Езда водителей-нарушителей на недопустимо высоких скоростях нередко приводит к ДТП с тяжёлыми последствиями для пассажиров автобусов, пешеходов, водителей, других категорий населения. Не менее грубым и опасным нарушением ПДД является *обгон с выездом на встречную полосу движения.* Доля ДТП из-за нарушений ПДД данного вида составляет 8,5%, однако от этого оно не становится менее опасным для участников дорожного движения, негативным в контексте социально-экономических потерь. Примерами низкой квалификации водителей могут служить ещё два вида грубых нарушений ПДД – *проезд на запрещающий сигнал светофора* (2% ДТП от общего количества происшествий по причине человеческого фактора), *нарушение правил проезда перекрёстка (6,6% ДТП)*. Приведенные 2% не отражают в полной мере матрицу поведения водителей, совершающих проезд на запрещающий сигнал светофора, поскольку 2% - это количество зафиксированных нарушений ПДД. Фактически же численность водителей, совершающих грубое нарушение ПДД, связанное с проездом на запрещающий сигнал светофора, гораздо выше. Другими словами, процент ДТП

по причине проезда водителями на красный свет имеет негативный потенциал существенного роста. Аналогичная картина имеет место и по нарушению правил проезда перекрёстка. *Несоблюдение дистанции до движущегося впереди транспортного средства* (доля ДТП по причине нарушения ПДД – 7,5%) – ещё один вид грубого нарушения ПДД. Довольно часто данное нарушение ПДД приводит к ДТП без травмирования пассажиров, водителей, однако подобные ДТП всегда вызывают заторы на дорогах вследствие перекрытия полос движения столкнувшимися автомобилями. Положение усугубляется трудностями соблюдения ПДД законопослушными водителями из-за повсеместного, систематического «рыскания» (быстрой смены полосы движения в условиях интенсивного движения) водителями-лихачами: как только примерный водитель начинает выдерживать безопасную дистанцию до впереди движущегося автомобиля, «рыскающий лихач» тут же занимает освободившееся пространство и делает дистанцию небезопасной. Снижению количества нарушений ПДД, выражающихся в несоблюдении безопасной дистанции до движущегося впереди ТС, а также в перестроении (смене полосы) при интенсивном транспортном потоке, приводящих к ДТП, может способствовать отнесение данных нарушений ПДД к опасному вождению, введённому постановлением Правительства РФ от 30 мая 2016 г. № 477 [13]. Однако такая возможность может реализоваться лишь при законодательном установлении строгих наказаний за указанные нарушения ПДД. Важными индикаторами поведения водителей являются *опасные отвлечения от управления транспортным средством.* Наиболее повторяемые опасные отвлечения представлены в таблице 4.3 данной главы. В период данного исследования законодательством РФ предусматривалось наказание водителей лишь за пользование мобильным телефоном в процессе управления транспортным средством без применения системы «hands-free» (свободные руки). В связи с отсутствием должного контроля за данным нарушением ПДД и небольшим размером штрафных санкций, а также учитывая рост числа водителей юного возраста, пользование мобильным телефоном вошло в состав самых распространённых нарушений ПДД в нашей стране. Следует назвать несколько

факторов, определяющих степень риска при разговоре по телефону. Первый – потеря визуального контакта с окружающей обстановкой при наборе номера абонента. Очень опасный фактор, поскольку при движении ТС значение имеют даже доли секунды. Второй фактор – исключение от процесса управления как минимум одной руки. И сколько бы водители не утверждали, что они спокойно могут управлять автомобилем одной рукой, практика показывает – чёткость, уверенность управления существенно снижается. Третий фактор риска – ухудшение звукового восприятия окружающего пространства при наборе абонента и разговоре с ним. Любому водителю хорошо известна мгновенная собственная реакция на гудок рядом движущегося автомобиля при ошибках в управлении, создании угрожающей ситуации. Такой гудок очень помогает собраться и исправить ошибку. Четвёртый серьёзный фактор риска – ослабление внимания, быстроты реакции говорящего по телефону на создавшуюся опасную ситуацию в процессе движения. Как установили исследователи Университета штата Юта (США), из-за разговора по телефону скорость нажатия педали тормоза снижается в среднем на 20%, сохранять дистанцию до впереди идущего автомобиля часто не удаётся. Последствия отвлечения водителя на разговор по телефону усугубляются тем, что все перечисленные факторы риска чаще всего действуют одновременно. В результате на какое-то время автомобиль становится по существу неуправляемым, что приводит к ДТП различной степени тяжести. Специалисты из Нидерландов установили, что 8,3% погибших в ДТП в их стране стали жертвами разговорчивых водителей за рулём. Французский институт здравоохранения и медицинских исследований определил – 10% аварий во Франции вызваны разговорами водителей по мобильному телефону [145, с.182]. В нашей стране данному нарушению на период исследования не придавалось должного значения, что подтверждается размером штрафа за разговор по телефону – 1500 рублей. Для сравнения размер штрафа в США за разговор по мобильному телефону или отправку SMS-сообщения составляет: за 1-е нарушение − от 50 до 200 долларов, за 2-е нарушение в течение 18 месяцев после предыдущего – от 50 до 250 долларов, за 3-е нарушение в течение 18 месяцев

после предыдущего нарушения – от 50 до 450 долларов. При каждом нарушении начисляются штрафные баллы к водительскому удостоверению в размере 5 баллов, по достижении законодательно установленной суммы баллов водитель лишается права управлять автомобилем[11] (размер штрафа варьируется в зависимости от законодательства того или иного штата). В Великобритании ещё в 2007 году за разговор по мобильному телефону карали штрафом 60 фунтов стерлингов, квалифицируя как «пренебрежение правилами безопасности» (careless driving). Однако тревожная статистика по инцидентам на дорогах – «мобильная угроза» - побудила существенно повысить размер штрафа до 1000 - 2500 фунтов стерлингов. Более полное перечисление мер воздействия автором изложено в монографии [145, с.183-185].

Ещё одним значимым показателем легитимного поведения водителей является *соблюдение режима труда и отдыха*, установленного упоминавшимся выше Положением об особенности режима рабочего времени и времени отдыха водителей автомобилей. В случае нарушения режима труда и отдыха наступает нездоровое состояние водителя: утомлённость, глубокая усталость, полусонное состоянии, вызванных недосыпанием или бессонной ночью перед поездкой за рулём. Длительное управление автомобилем сверх регламентированной рабочей смены требует от водителя постоянной собранности, своевременной реакции на внезапные изменения в дорожной обстановке, что вызывает усталость, напряжённое состояние. Вследствие подобного состояния снижается адекватность реакции водителя на происходящее вокруг, создаются опасные условия попадания в ДТП. С целью регистрации времени работы водителя на автобусах с числом мест более 20, используемых при перевозках пассажиров на междугородных и международных маршрутах, должны быть установлены тахографы – контрольные устройства для непрерывной регистрации не только продолжительности работы водителя, но и пройденного пути, скорости движения,

[11] Правила дорожного движения США (штат Нью-Йорк). https://dmv.ny.gov/tickets/about-nys-driver-point-system (дата обращения: 08.10.2016)

отклонения от маршрута. Тахографы подлежат установке и на грузовых автомобилях грузоподъёмностью свыше 3,5 тонн. Нарушение режима рабочего времени и времени отдыха водителей происходит чаще всего в частных транспортных компаниях и обусловлено, с одной стороны, стараниями водителей заработать как можно больше, с другой – нехваткой водительских кадров либо сознательным сокращением численности водителей с целью снижения финансовых затрат. В результате переутомлённость водителей часто становится причиной ДТП, что существенно влияет на индикаторы качества автотранспортных услуг населению. Следующий показатель поведения водителей, причисленный диссертантом к доминантным индикаторам – *характер взаимоотношений водителя с населением – пользователем оказываемых услуг социальной направленности и участниками дорожного движения*. Как показал апостериорный анализ, характер взаимодействия водителей с потребителями услуг последовательно, убиквитарно ровный, внимательный и почтительно вежливый. Совершенно иначе складываются взаимоотношения некоторых некорректных водителей-любителей с водителями и пассажирами других автомобилей, с пешеходами, работниками ГИБДД. Особенно отчётливо недостойное поведение таких водителей проявляется по отношению к другим водителям в обстановке произошедшего ДТП. Практически таков же характер отношений указанной группы водителей с пешеходами, дорожными строителями и даже с работниками ГИБДД. Всё это служит свидетельством невоспитанности, недостатка общей культуры. Заключительным доминантным индикатором поведения водителей определено их *отношение к окружающей среде в части соблюдения экологических требований*. В процессе данного исследования и в период работы над монографией [145] подтверждено отсутствие у части водителей бережного отношения к природе, аккуратности в поездках и на стоянках. Единственная форма воздействия, на которую смогут реагировать такие водители – жёсткие штрафные санкции. Действовавший в период исследования размер штрафа за несоблюдение экологических требований – 1000 руб. – делу наведения порядка на проезжей части и близ дороги не помощник. Завершая

анализ доминантных индикаторов поведения водителей ТС, следует отметить – опасность попадания в ДТП пассажиров автобусов исходит в основном от определённой категории водителей-любителей легковых автомобилей, константно нарушающих требования ПДД. Проведенное исследование позволяет сделать *вполне закономерный вывод о первостепенной роли поведения водителей ТС* в обеспечении безопасных, качественных автотранспортных услуг населению.

Повышение качества проверки готовности водителей к управлению автотранспортным средством

В состав важнейших факторов обеспечения качества автотранспортных услуг населению следует включить физическое состояние водителей, управляющих ТС. В процессе априорного анализа выявлена необходимость более глубокого исследования двух следующих проблемных вопросов, определяющих физическое состояние водителей. Первый – несоблюдения качества, порядка периодических (не реже одного раза в два года), предрейсовых медицинских осмотров водителей, повышающие риск попадания в ДТП автобусов с пассажирами. Второй проблемный вопрос – достаточно либеральное отношение к физическому состоянию великовозрастных водителей-любителей, таящее в себе опасность невыполнения требований ПДД с риском создания опасной ситуации на дороге. Индикаторы медицинских противопоказаний, не позволяющие обладать водительским удостоверением, определяются врачами в процессе медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 437-ФЗ [9, С.19395-19399]. Однако у водителей, имеющих водительское удостоверение, могут проявляться показатели временного отклонения от нормального физического состояния. В понятие временного нездорового состояния автор включила следующие признаки:

- алкогольное опьянение или состояние похмелья после употребления значительной дозы алкоголя накануне поездки за рулём;
- утомлённость, или глубокая усталость;
- сонное состояние (вялость от желания спать, нахождение как бы в полусне), вызванное недосыпанием или бессонной ночью перед поездкой за

рулём или приёмом перед поездкой лекарства, провоцирующего наступление сонного состояния;

■ психологический стресс;

■ временное болезненное состояние, и, соответственно, сказывающееся отрицательно на стабильности управления автомобилем;

■ лёгкая травма, полученная перед поездкой и мешающая уверенному управлению транспортным средством;

■ временное ослабление зрения, снижение внимания и реакции, вызванные приёмом некоторых лекарств перед поездкой за рулём.

В каждом из перечисленных случаев временного нездорового состояния по существу виновен сам водитель, и его долг состоит в том, чтобы переждать, сесть за руль несколько позже. Однако многие водители не придают должного значения таким лёгким, временным недугам и тем самым нарушают запрет управлять автомобилем, предусмотренный Правилами дорожного движения − в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или иного), под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии. Целесообразно кратко пояснить некоторые из перечисленных нездоровых состояний, влияющих на безопасность управления автомобилем. *Алкогольное опьянение или состояние похмелья* после употребления большого количества алкоголя накануне поездки крайне негативно действуют на способность водителя уверенно управлять транспортным средством, соблюдать Правила дорожного движения. Когда речь идёт о другом болезненном состоянии – *утомлённости, полной усталости,* то имеется в виду не обычная усталость после трудовой смены, которая хотя и влияет на реакцию, действия водителя, но всё-таки в допустимых пределах. Гораздо опасней утомлённость, вызванная очень длительной работой за рулём. Управление автомобилем требует постоянной собранности, повышенного внимания, мгновенной реакции, что вызывает напряжённое состояние организма водителя и приводит к усталости. Но страшна не сама усталость как таковая, а её последствия: снижение быстроты реакции, уверенности, сосредоточенности и, как негативный результат, − создание опасной

ситуации на дороге, приводящей к дорожно-транспортному происшествию. Временное болезненное состояние в форме *вялости (потери бодрости, энергичности), нахождения как бы в полусне*, как правило, является следствием частого недосыпания или бессонной ночи перед поездкой за рулём. Состояние вялости, нахождения как бы в полусне опасно для водителя тем, что он становится не только расслабленным, несобранным, рассеянным, но и резко теряет такие качества, как сосредоточенность, внимание и адекватная реакция на неординарное поведение других водителей на дороге. Несколько слов о *временном болезненном состоянии, вызванном приёмом некоторых лекарств.* Лекарственные препараты нередко действуют на людей двояко. С одной стороны, они помогают от недугов, с другой – негативно воздействуют на другие органы человека. Коварство лекарств состоит в том, что противопоказания, которые всегда указываются в инструкции по применению препарата, проявляются у людей избирательно. На одних лекарства действуют только позитивно, а другим не только помогают, но и негативно воздействую на какие-то органы человека. Поэтому для водителя, будь он профессионалом или любителем, к приёму любых лекарств следует подходить с осторожностью. Лучше всего непосредственно перед поездкой за рулём вообще не принимать никаких лекарств. Если же в этом есть крайняя необходимость, то принимая лекарства следует контролировать своё состояние в течение какого-то времени. Такие самонаблюдения ещё лучше делать до поездок за рулём. *Выявить болезненные состояния водителя-профессионала – задача предрейсового медицинского осмотра*. Суть первого обозначенного проблемного вопроса как раз и заключается в создании рисковой ситуации для нарушений ПДД отдельными водителями вследствие неполноценного контроля физического состояния в процессе предрейсового медосмотра согласно приказу Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 835н [41, С.23]. Проведенный анализ подтвердил наличие случаев выпуска на маршрут транспортных средств, управляемых водителями в нездоровом состоянии (иногда даже в состоянии похмелья) в силу доверительных отношений между водителем и медицинским работником, выполняющим предрейсовый медосмотр. При этом достоверность

медосмотров по прибытии водителей в гараж (часто в поздние часы, когда рабочий день медработника давно завершился) администрацией не контролируется. В подобном подходе к данному проблемному вопросу со стороны администрации нет правонарушений. Вместе с тем он не способствует поддержанию нормального физического состояния водителей за рулём ТС, обеспечению константного качества перевозок пассажиров и грузов. Предотвратить подобные действия могут не только медработники, но и представители автоперевозчика, которым автор рекомендует негласно дублировать проверку физического состояния водителей (визуально, путём общения) в дополнение к предрейсовому медицинскому осмотру. Далее *о втором проблемном вопросе по физическому состоянию водителей – либеральном отношении в нашей стране к допуску управлять автомобилем великовозрастным водителям.* В процессе кластерного анализа, с привязкой к категории водителей в возрасте старше 75 лет, и последующего апостериорного анализа автор установила следующее. Невнимание к проблеме великовозрастных водителей можно объяснить, с одной стороны, их малым количеством вследствие сравнительно короткой продолжительности жизни российских мужчин (по данным Росстата, в последние годы – чуть более 65 лет) [176, с.88]. С другой стороны, великовозрастных водителей-профессионалов автоперевозчики на работе не держат, а водители-любители в почтенном возрасте сами избегают управлять автомобилем, помня о своих опасных для вождения болезнях. К тому же размер материального достатка не позволяет приобретать и содержать эксплуатацию автомобиля. И всё же определённая часть великовозрастных водителей регулярно садится за руль автомобиля. А вот как они ведут себя за рулём судить непросто, поскольку соответствующая статистика не ведётся. Тем не менее выводы можно делать по данным зарубежных экспертов и специалистов. Опасность возникновения отрицательных последствий применительно к российским водителям-любителям усиливается десятилетней периодичностью медицинского освидетельствования по окончании срока действия водительского удостоверения (в отличие от водителей-профессионалов, которые обязаны не

менее чем через каждые 2 года проходить периодический медосмотр). Принимая во внимание ухудшение состояния здоровья у престарелых водителей не через десятилетия, а спустя годы, месяцы, великовозрастных водителей следует контролировать медикам гораздо чаще. Третий проблемный вопрос по обеспечению нормального физического состояния водителей – *реальность наличия случаев управления автомобилем в состоянии алкогольного опьянения водителями-любителями.* Ежегодно в нашей стране происходит примерно 8% дорожно-транспортных происшествий по вине водителей в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии похмелья. Цифра не столь велика, если сравнивать с развитыми странами, где по вине пьяных водителей происходит до трети аварий. Но цифрой 8% охватывается, к примеру в 2018 году по данным ГИБДД [157, с. 24 – 33], 12 974 дорожно-транспортных происшествий по вине водителей в состоянии алкогольного опьянения, в которых погибли 3 778 человек и ранено 18 421 человек. В последнее время принимаются меры по ужесточению наказаний водителей, управляющих ТС в нетрезвом состоянии. Однако приведенная статистика свидетельствует об их недостаточной эффективности.

4.2. Предложения по совершенствованию процесса управления повышением квалификации водителей автотранспортных средств

С целью устойчивого повышения качества автотранспортных услуг населению посредством константного сокращения количества дорожно--транспортных происшествий вследствие нелегитимного поведения водителей (нарушение Правил дорожного движения, Правил обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов ..., Правил организованной перевозки группы детей автобусами [29], опасное вождение автомобиля [13], опасные отвлечения от управления транспортным средством (см. таблицу 4.3) и случаев управления автомобилем водителями в нездоровом состоянии) требуется определить причины незаконопослушного поведения водителей, неэффективных действий

организаторов перевозок, региональных исполнительных органов, муниципальных образований и контрольно-надзорных органов, выяснить основные причины. Несмотря на кажущиеся общеизвестность, избитость, неправомерное поведение многих водителей остаётся актуальной проблемой для исследования в силу невыявленности истинных причин недостойного поведения. В процессе апостериорного анализа установлена гамма репрезентативных причин систематического несоблюдения определённой группой водителей Правил дорожного движения (в том числе опасного вождения) и других вышеуказанных Правил, управления автомобилем в нездоровом состоянии, опасных отвлечений от управления ТС. Из числа выявленных обозначены следующие причины, заслуживающие выделения и являющиеся одновременно факторами влияния на поведение:

■ медленный рост должного спроса, жёстких наказаний за систематические грубые нарушения ПДД, опасные отвлечения от управления ТС, что не способствует формированию законопослушного поведения и приводит к повторным многократным нарушениям;

■ невоспитанность, грубость, другие признаки эксцентричного поведения в отношениях с участниками дорожного движения;

■ неэффективная организация работы по выявлению, пресечению нарушений ПДД, опасного вождения: крайне малое количество установленных автоматических устройств фото-видеофиксации, других систем регистрации нарушений, нехватка мобильных патрулей дорожно-патрульной службы (ДПС), несовершенство работы патрулей;

■ придание второстепенного значения снижению количества ДТП с пострадавшими руководителями субъектов РФ, муниципальных образований вследствие сложившейся многолетней алогичной практике попустительства со стороны федерального центра;

■ константно парциальное (незначительное) внимание мониторингу поведения водителей, их состоянию здоровья со стороны организаторов перевозок пассажиров, детей и грузов;

■ сегментарное принятие предупредительных и профилактических мер автоперевозчиками по информации Ространснадзора о резонансных тяжких ДТП;

■ неосновательное, поверхностное владение Правилами дорожного движения, Правилами обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов ..., Правилами организации перевозки группы детей автобусами [29] из-за личного нежелания, неполноценной подготовки автошколой умению управлять автомобилем с соблюдением требований ПДД;

■ неквалифицированная организация ремонта дорог без чёткого регулирования потоков автотранспорта, побуждающая водителей маневрировать с нарушениями ПДД и приводящая к системным рискам возникновения ДТП;

■ перевод в 2011 году перевозок пассажиров автотранспортом по заказу в нелицензируемый вид деятельности (на уведомительный порядок), вызвавший постоянный приток на рынок перевозок пассажиров транспортных организаций с недостаточно квалифицированным персоналом, включая водителей, и, как следствие, рост количества нарушений ПДД с ДТП;

■ невысокий уровень заработной платы водителей (ниже среднего по субъекту РФ), побуждающий нарушать ПДД из материальных соображений: рост потока перевозимых пассажиров, доставляемых грузов путём превышения установленной скорости, совершения манёвров с нарушениями ПДД позволяют повысить заработки некоторой категории водителей;

■ высокий трафик потоков автомобилей, сложные дорожные условия, заторы на улицах, требующие повышенного внимания, собранности и вызывающие напряжённое состояние, утомлённость у водителей, снижение реакции с повышением риска попадания в ДТП.

Изложенные причины – факторы влияния на поведение водителей, физическое состояние водителей оказывают негативное воздействие как при одиночном, так и при интегрированном проявлениях. Решение исследуемой проблемы затруднено одновременным, устойчивым проявлением большинства указанных причин. При этом степень их негативного проявления, проникновения в процессы различна. Для оптимизации процесса исследования способов

снижения не благотворного проявления причин вплоть до их полного устранения проведен Парето-анализ факторов влияния с применением системы KPI (key performance indicators – ключевых индикаторов исполнения (деятельности) и последующее выделение доминантных причин, представленных в таблице 4.1.

Таблица 4.1 – **Доминантные причины неправомерного поведения определённой группы водителей**

№ п/п	Доминантные причины неправомерного поведения водителей	Весомость причины по системе KPI
1	Медленный рост должного спроса, жёстких наказаний за систематические грубые нарушения ПДД, опасные отвлечения от управления ТС.	0,4
2	Неэффективная организация работы по выявлению, пресечению нарушений ПДД, опасного вождения: крайне малое количество установленных автоматических систем регистрации нарушений, нехватка мобильных патрулей ДПС, несовершенство работы патрулей.	0,3
3	Придание второстепенного значения снижению количества ДТП с пострадавшими руководителями субъектов РФ, муниципальных образований вследствие сложившейся многолетней алогичной практике попустительства со стороны федерального центра.	0,2
4	Константно парциальное внимание мониторингу поведения водителей, их состоянию здоровья со стороны организаторов перевозок пассажиров и грузов.	0,05
5	Неосновательное, поверхностное владение Правилами дорожного движения, Правилами обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов ..., Правилами организации перевозки группы детей автобусами из-за личного нежелания, неполноценной подготовки автошколой умению управлять автомобилем с соблюдением требований ПДД.	0,05
	Итого:	1

Источник: разработано автором

Краткие пояснения к причинам безответственного поведения за рулём определённой группы водителей, управления автомобилем в нездоровом состоянии целесообразно начать с доминантных причин – факторов влияния, представленных в таблице. Из включённых в таблицу особо значимыми определены первые три. *Медленный рост должного спроса, жёстких наказаний за систематические грубые нарушения ПДД, опасные отвлечения от управления транспортным средством* определено диссертантом решающей причиной дорожно-транспортных происшествий, включая ДТП с тяжкими последствиями, по следующим соображениям. Прежде всего следует подчеркнуть, что действовавшая в период данного исследования система щадящих наказаний злостных нарушителей ПДД (до известной степени приемлемой мерой наказания можно считать: за превышение установленной скорости движения, обгон с выездом на встречную полосу с нарушением ПДД, управление ТС в состоянии опьянения) − малорезультативна. Действительно, во-первых, динамика снижения числа погибших из года в год уменьшается довольно медленно. Так, по данным Росстата [176, с.429] и согласно Стратегии безопасности… [33], в 2012 году (году начала отсчёта), число погибших составляло 28,0 тыс. человек, в 2013 г. – 27,0 тыс., в 2014 г. – 27,0 тыс., в 2015 г.– 23,1 тыс., в 2016 г. – 20,3 тыс., в 2017 г. – 19,1 тыс., в 2018 г. – 18,2 тыс., в 2019 г. – 17 тыс.[12]. Подобный ход событий ставит под сомнение успешное выполнение требований Стратегии… [33] по данному индикатору13 на завершающем этапе. Во-вторых, проблема усугубляется абсолютной невосприимчивостью, отторжением злостными нарушителями ПДД каких-либо мер убеждения, упрёка, порицания. Согласно статистике ежегодно происходит примерно 170 тысяч аварий с погибшими и ранеными из-за грубых нарушений ПДД, три четверти которых совершают беспардонные водители-любители, никак не реагирующие на малую величину штрафных санкций. Да и к чему им реагировать, если наказание за грубое нарушение правил проезда

[12] URL: https://rosstat.gov.ru/folder/23455 (дата обращения: 30.10.2020)

[13] Целевой ориентир на 2024 год – показатель социального риска составляет не более 4 погибших на 100 тыс. населения

перекрёстка[14] в период данного исследования согласно КоАП составляло всего 1000 рублей, за проезд на красный сигнал светофора[15] впервые – тоже 1000 рублей, при повторном нарушении – 5000 рублей или лишение права управлять ТС в течение 4-6 месяцев. (Для примера в США за проезд на запрещающий сигнал светофора штраф устанавливается до 150 долларов, плюс разные доплаты за оформление штрафа в размере 80-85 долларов, начисление 2-х баллов наказания к водительскому удостоверению, возможно также заключение в тюрьму до 15 суток[16]). Многие из таких безбоязненных водителей-лихачей не реагируют даже на достаточно строгое наказание за превышение установленной скорости движения – за превышение установленной скорости движения более чем на 80 км/час штраф составляет 5000 рублей либо может быть применено лишение права управлять ТС на срок 6 месяцев (при повторном нарушении – 1 год). В случае регистрации нарушения системой фото-видеофиксации наказание единое – 5000 рублей. В - третьих, в сложившихся условиях фактической безнаказанности численность исследуемой категории водителей будет ежегодно возрастать в связи с притоком водителей-новичков с задатками лихачества (к примеру, за 2017 год после обучения впервые получили водительские удостоверения категории В, по данным ГИБДД [110, с. 85], 1142893 человек).

Ещё одной важной, весомой причиной – фактором влияния на поведение водителей автомобилей, на опасные отвлечения от управления транспортным средством, вождение ТС водителями в нездоровом состоянии, включённой автором в число доминантных является *неэффективная организация работы по выявлению, пресечению нарушений ПДД, опасного вождения: крайне малое количество установленных автоматических систем регистрации нарушений, нехватка мобильных патрулей ПДС, несовершенство работы патрулей.* Суть

---

[14] URL:http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=PRJ&n=195739#z4RIBgSerlmqR6sH (дата обращения: 20.06.2021)

[15] URL:http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/8e1db11085c966408d1ce0191aef369706a76759/ (дата обращения: 20.06.2021)

[16] URL: https://www.dmv.org/ny-new-york/point-system.php (дата обращения: 08.10.2016)

изложенной причины содержится в самом названии, а потому следует дать лишь краткие пояснения. Малое количество установленных систем регистрации нарушений ПДД с передачей информации в соответствующий центр обработки информации и подготовки документа о наказании нарушителя присуще всем без исключения городам, другим населённым пунктам. Некоторые положительные изменения имеют место только в отдельных субъектах РФ (Москва, Московская область, Санкт-Петербург и др.). Ещё хуже сложившееся положение со стационарными постами ДПС. Так, в Москве стационарные посты на въездных трассах в столицу в 2015 году исчезли, тоже самое показал практический визуальный контроль автора на дорогах Подмосковья. К тому же Государственные функции (иное название – административные процедуры), исполняемые работниками Госавтоинспекции, изложены в Административном регламенте МВД РФ, про контроль дорожного движения в нём сказано, что данная процедура может осуществляться работниками ГИБДД в пешем порядке, на патрульном автомобиле в движении или в стационарном положении и на стационарных постах. При подъезде к стационарному посту ДПС любой беспардонный водитель на несколько мгновений снизит скорость, «укротив» себя, а затем вновь продолжит превышать скорость движения, совершать опасное вождение автомобиля, пользоваться мобильным телефоном. Поэтому максимум грубых нарушений ПДД мобильные патрули способны выявить в процессе движения автомобиля. Как показал проведенный апостериорный анализ, включающий метод практических визуальных наблюдений и обобщений, изучение специальной литературы, работники ДПС почти всегда находятся в стоячем положении рядом с патрульным автомобилем, и тем самым выявляют гораздо меньше грубых нарушений ПДД, чем если бы они совершали мобильное патрулирование в движении. Продолжение неэффективного стиля работы мобильных патрулей ДПС в сочетании с их недостаточным количеством не позволит снизить количество грубых нарушений ПДД, приводящих к авариям с пострадавшими.

Третьей доминантной причиной безответственного поведения определённой категории водителей, опасного вождения ими автомобиля, управления ТС в нездоровом состоянии, провоцирующих возникновение ДТП с тяжкими последствиями является *придание второстепенного значения снижению количества ДТП с пострадавшими руководителями субъектов РФ, муниципальных образований вследствие сложившейся многолетней алогичной практике попустительства со стороны федерального центра*. Анализ подтвердил замедленную динамику снижения количества погибших в ДТП: согласно приведенной выше статистике в России на каждый час времени приходится 3 погибших в ДТП, что гораздо хуже по сравнению с экономически развитыми европейскими странами. На процесс снижения количества ДТП с пострадавшими влияют такие факторы, как качество автомобильных дорог, эффективность использования контрольно-надзорных функций за нарушениями ПДД мобильными и стационарными патрулями ДПС, темпы установки автоматических систем регистрации нарушений ПДД. Характер воздействия названных факторов в значительной степени зависит от ответственности, заинтересованности в решении проблемы безопасности перевозок пассажиров, детей, грузов, руководителей субъектов РФ, муниципальных образований. Фактическое отсутствие действенного контроля и должного спроса за медленное снижение смертности в ДТП со стороны федерального центра приводит к ослаблению внимания к решению данной проблемы названными руководителями. Без кардинального изменения отношения руководителей МВД РФ, Минтранса РФ, Минздрава РФ и руководителей субъектов РФ, муниципальных образований к проблеме безопасности дорожного движения заметной динамики сокращения количества погибших в ДТП ожидать сомнительно.

Следующей причиной причисленной автором к доминантной и включённой в таблицу 4.1, является *константно парциальное (незначительное) внимание мониторингу поведения водителей, их состоянию здоровья со стороны организаторов перевозок пассажиров и грузов*. Из текста причины следует – в процессе анализа установлено незначительное внимание (а в ряде случаев вообще

без какого-либо внимания) со стороны организаторов перевозок пассажиров и грузов контролю за поведением водителей в части соблюдения ПДД, других Правил, а также мониторингу регулярности и качества проведения предрейсового и послерейсового медицинского осмотра водителей. Многие автоперевозчики полагают – правомерное поведение за рулём должно обеспечиваться исключительно самими водителями, и обеспокоенность руководителей не надлежащим поведением проявляется лишь при нарушениях ПДД, влекущих к финансовым потерям на ремонт ТС, попавшего в ДТП по вине водителя, или при наложении денежного штрафа на руководителя и организацию за нарушения других Правил. Примером материального воздействия на автоперевозчиков может служить введение в 2016 году более жёстких требований по перевозкам детей в ночное время: регламентирован период времени, оговорены конечные пункты, максимальное расстояние (100 км) после 23 часов. Нарушение требований влечёт к наложению штрафа на водителя в размере 5 тыс. руб. или лишение права управления ТС на срок от 4 до 6 месяцев, на должностных лиц – 50 тыс. руб., на юридических лиц – 200 тыс. руб. В то же время за поведением водителей микроавтобусов требуется константный периодический контроль в связи с систематическими разнородными нарушениями ПДД. Ещё более частый мониторинг поведения водителей необходим на маршрутах, оговорённых Правилами обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов ...: маршруты в горной местности, по зимникам (ледовые переправы), в условиях бездорожья (переправы вброд), переправы через водные преграды (переправные сооружения некапитального типа, паромные переправы).

Пятая доминантная причина неправомерного поведения определённой категории водителей – *неосновательное, поверхностное владение Правилами дорожного движения, Правилами обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов ..., Правилами организации перевозки группы детей автобусами [29] из-за личного нежелания, неполноценной подготовки автошколой умению управлять автомобилем с соблюдением требований ПДД*. Личное нежелание глубоко овладеть указанными Правилами – это проявление

беспечности, безрассудности, безразличия к правомерности, которое в сочетании с сознательным нарушением известных водителям правил приводит к систематическим правонарушениям, приводящим к авариям. Вместе с тем, нередко нарушения ПДД водители совершают по причине отсутствия достаточных навыков управления автомобилем, которым их не научили в автошколе. Недостатки в практической подготовке водителей автошколами страны достаточно подробно проанализированы автором в монографии [145, с.314-325]. Поэтому в данном исследовании целесообразно отметить единственный, но весьма важный фактор влияния на качество подготовки будущих водителей – малорезультативное обучение практическим навыкам управления автомобилем, обусловленное, с одной стороны, краткой программой обучения практическому вождению, с другой, низкими преподавательскими способностями многих инструкторов по вождению. При существующей короткой программе обучения практическому вождению не представляется возможным научить будущих водителей более или менее умелому управлению автомобилем с соблюдением требований ПДД, особенно в сложных условиях отечественных дорог: ледяной покров на проезжей части, обилие снега на дороге, мокрая скользкая дорога и т.п. Подготовка инструкторов по вождению в нашей стране отличается «скороспелостью», низкой требовательностью к мастерству, умению передать собственные навыки ученику. Всё это негативно сказывается на качестве подготовки водителей и приводит к невольным или осознанным нарушениям ПДД. Исследование пяти доминантных причин неадекватного поведения определённой категории водителей, выражающегося в грубых нарушениях ПДД, двух других упомянутых выше Правил, в управлении ТС в нездоровом состоянии, показало ключевую роль трёх первых причин – факторов влияния (см. таблица 4.1). Другие причины, приведенные в таблице и в тексте данного параграфа, оказывают определённое влияние на количество нарушений ПДД, численность водителей, управляющих ТС в нездоровом состоянии, но по степени воздействия первые три причины играют исключительно весомую роль. Особенность данных причин – факторов воздействия заключается в их взаимной зависимости, а потому

для устранения причин или хотя бы эмпирического сегментарного снижения их негативного воздействия как факторов требуются одновременные скоординированные действия заинтересованных субъектов.

Внедрение принципа упреждающих действий при подготовке начинающих водителей

Одним из существенных факторов влияния на увеличение риска возникновения ДТП и, соответственно, снижения безопасности, качества перевозок пассажиров, детей автобусами является отсутствие практических навыков управления легковым автомобилем водителей-новичков категории В. Актуальность проблемы начинающих водителей отмечается в программе «Цель-ноль» партии «Единая Россия» [169], шведской программе нулевой смертности, транспортной политике Нидерландов [204]. Вместе с тем, если в указанных работах ставятся задачи по снижению негативного воздействия неопытности начинающих водителей, то в монографии [145, с.326-347] диссертанта исследуются суть проблемы, причины недостаточной подготовленности к уверенному управлению ТС после обучения в автошколе, изложены советы начинающим водителям. Учитывая затянувшуюся нестабильность качества подготовки водителей-любителей, сохраняющуюся гомогенную статистику попадания в ДТП водителей-новичков (ежегодно происходит до 20% ДТП по их вине, при этом 40% происшествий приходится на водителей со стажем управления автомобилем в пределах одного года), целесообразно исследовать проблему более подробно и глубоко. По результатам исследования должны быть выработаны и предложены к реализации многовекторные, эффективные меры, снижающие негативное влияние малоопытности начинающих водителей. Наличие и проявление признака неопытности, неуверенности за рулём автомобиля начинающих водителей вызвано прежде всего малой продолжительностью обучения вождению в автошколе. Низкая квалификация особенно сказывается в городских условиях высокого трафика, при сложных дорожных развязках. Ещё больше низкая квалификация начинающих водителей проявляется в сложных погодных условиях (снегопад, ливневый дождь, гроза, песчаная буря) и

бездорожье (глубокие ямы с грязью, заледенелое скользкое дорожное полотно, заснеженная проезжая часть, слой града на дороге, неглубокие водные преграды). Нехватка навыков вождения может создавать опасную ситуацию не только для водителя-новичка в автомобиле, но и для пассажиров автобусов, пешеходов, дорожных строителей, других участников дорожного движения. Из сказанного следует первое *предложение диссертанта – увеличить продолжительность обучения вождению в автошколе*. Поскольку возможности автошкол не беспредельны, обучение вождению следует продолжать и по окончании автошколы. Практически, это решается следующим образом. Для повышения квалификации «молодых» водителей, сокращения количества нарушений Правил дорожного движения данной категорией водителей и, как следствие, снижения риска создания аварийной ситуации автор предлагает законодательно ввести *двухступенчатую выдачу водительских удостоверений.* Суть данной системы заключается в том, чтобы после окончания автошколы водитель получал временные права, которые через год езды без значительных нарушений заменяются на постоянные. Составить перечень значительных нарушений ПДД особого труда не составит, и в них следует обязательно включить нарушения по ряду ограничений. Кратко о самой системе поэтапной выдачи водительских удостоверений. Система особой новизной не отличается, важнее порядок её реализации, предлагаемый автором. Следует отметить, подобные системы функционируют в некоторых государствах, хотя до сих пор широкого распространения они не получили. Тем не менее там, где они работают, власти фиксируют снижение аварийности. В этом смысле наиболее показательна Австрия, в которой двухступенчатый порядок выдачи прав действует с 2003 года. Наиболее ощутимым эффект от подобной системы выдачи водительских прав оказался для людей юного возраста: число аварий с их участием в первый год после получения прав сократилось в среднем на 28%. Опыт Австрии был бы полезен в России, но с некоторыми существенными уточнениями. Во-первых, *дополнительное обучение вождению*, причём сразу же после окончания автошколы, по оценке автора, *должно быть продолжительностью не менее 30*

часов. Формы такого обучения могут быть разные: или в автошколе (вовсе не обязательно в той же, где водитель проходил основное обучение), или уроки в частном порядке. Важно только, чтобы факт дополнительного обучения вождению был подтверждён письменно либо автошколой, либо водителем со стажем, который осуществлял обучение (давал дополнительные частные уроки). Что касается письменного подтверждения со стороны водителя со стажем, точнее – доверия к такому документу, то видимо, это вполне допустимо. Ведь было же доверие к письменной расписке в произвольной форме на право управления автомобилем собственника, выдавшего расписку. Ещё несколько слов о дополнительном обучении вождению – составной части системы поэтапной выдачи водительских удостоверений. Конечно, продолжительность обучения может быть установлена специалистами и нормативно. Скажем, в рамках реализации федеральной целевой программы по безопасности дорожного движения, которая действует по 2020 год и «Стратегии безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018-2024 годы» [33]. Названная автором продолжительность дополнительного послешкольного обучения вождению – 30 часов – величина достаточно условная. Каждый водитель-новичок должен сам, вместе со своим водителем-учителем, определить эту продолжительность (но не менее 30 часов). Ведь в качестве дополнительного обучения вождению прежде всего должен быть заинтересован новичок, поскольку от его навыков управления автомобилем зависит его собственная безопасность и безопасность других участников дорожного движения. А недостаток навыков приводит к авариям, и, как следствие, к травмам и экономическому ущербу. В процессе исследования установлено, что дополнительное послешкольное обучение вождению особенно необходимо для водителей в возрасте от 18 до 24 лет. Именно молодые водители названного возраста чаще всего становятся виновниками аварий (из числа всех водителей-новичков). Случаев гибели водителей возрастной группы от 18 до 24 лет в авариях по их вине примерно в два раза выше, чем водителей более старшего возраста. Специалисты считают, что участки мозга человека, отвечающие за сдерживаемые импульсы и взвешивание последствий

принимаемых решений, или просто действий, развиваются позже 24-х лет. Крайне необходимо дополнительное обучение и для водителей-новичков в возрасте 60 лет и старше: приёмы правильного управления автомобилем они осваивают гораздо хуже молодёжи. Времени для этого им нужно гораздо больше. Если дополнительное обучение вождению после окончания автошколы не станет обязательным, значительная часть молодых водителей по своей воле делать этого не станет. Для определённой категории начинающих водителей присущ самообман: часто им кажется, что на дороге они могут и умеют всё. В том числе и по этой причине необходимы некоторые обязательные меры – ограничения, т.е. меры институционального принуждения и регламентации. В качестве одной из таких мер предлагается нормативно-законодательное ограничение скорости движения водителей *со стажем до 1 года в населённых пунктах – не более 40 километров в час, а на магистралях и других дорогах – не более 70 км/ч.* Ещё одно полезное ограничение для водителей-новичков, по оценке автора, − *в течение первого года управления автомобилем не совершать ночных поездок.* Апостериорный анализ показал − в ночное время в 5-6 раз возрастает опасность попадания в аварию и происходит более 50 процентов всех дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом (данная статистика относится к водителям всех возрастов и квалификаций). С тем, чтобы понятие ночного времени всеми толковалось одинаково, есть смысл изложить соответствующее определение в Правилах дорожного движения. Влияние тёмного времени суток на безопасность дорожного движения достаточно подробно описано в монографии автора [145]. Там же изложены соответствующие рекомендации автора. Дополнением к предложению автора о законодательном запрете ночных поездок начинающих водителей, может служить ещё одно ограничение. Автор полагает, *водители со стажем не более одного года не должны совершать дальних поездок за рулём транспортного средства.* Предельную дальность поездки пусть устанавливают специалисты, а по оценке автора, такая дальность не должна превышать 500 километров. Дело в том, что в дальней поездке часто происходит переутомление водителя из-за несоблюдения

режима труда и отдыха. Осуществлять контроль за дальностью поездки водителя не так-то просто, особенно в пределах одного региона с большой площадью. Но важно, чтобы водитель знал, что дальность его поездки может контролироваться. Избежать санкций со стороны работников ГИБДД можно путём установки в автомобиле начинающего водителя тахометра. Тогда расстояние переезда уходит на второй план, важным становится соблюдение режима труда и отдыха. Всё шире находят применение системы безопасности, сигнализирующие об утомлённом состоянии водителя. Правда, в бюджетных автомобилях они появятся не так скоро. Ситуация усугубляется, если дальняя поездка протекает не только в светлое время суток, но и ночью. Кроме того, необходимо подчеркнуть, что сочетание ночного времени и дальности поездки вызывает также ослабление внимания водителя и его реакции, сложность оценки расстояния и скорости, ослепление ярким светом фар встречными автомобилями. Получается, сочетание тёмного времени суток и дальности поездок для водителей-новичков крайне негативно сказывается на качестве перевозок пассажиров, детей автобусами. Понятно, что виновниками аварий в таких условиях могут стать прежде всего начинающие водители, не имеющие опыта поездок на дальние расстояния и в ночное время. Вот почему, полагает автор, для водителей-новичков совершенно непозволительны и дальние поездки, и поездки в ночное время, и сочетание того и другого. Следующее предложение автора, которое необходимо внедрить в России применительно к водителям со стажем менее одного года, состоит в том, чтобы *запретить начинающим водителям пользоваться мобильным телефоном за рулём автомобиля – даже при наличии «хэндс-фри».* Весомой причиной базовой некомпетентности водителей-новичков в практическом вождении автомобиля является невысокая профессиональная подготовка преподавателей автошкол, обучающих будущих водителей вождению. Сказывается их непродолжительная, неполноценная подготовка к преподаванию сложной дисциплины – вождение автомобиля. В связи с этим, *при обучении инструкторов по вождению автошкол*, обучающих будущих водителей, при реализации нового профессионального стандарта «мастер производственного обучения вождению

транспортных средств», утверждённого Минтрансом РФ в октябре 2018 года, *следует акцентировать их внимание на обязательном обучении будущих водителей вождению в сложных погодных условиях и бездорожье*. Итак, после окончания автошколы, как полагает автор, каждый водитель-новичок должен продолжить своё обучение и соблюдать ряд законодательно оформленных ограничений, выполнять определённые требования:

- поэтапным двухступенчатым путём получить постоянное водительское удостоверение;
- пройти курс дополнительного обучения вождению в объёме не менее 30 часов;
- в течение первого года ездить на автомобиле со скоростью не более 40 км/ч в населённых пунктах и со скоростью не более 70 км/ч на автомагистралях и других дорогах;
- в течение первого года управления автомобилем не совершать ночных поездок;
- в течение первого года управления автомобилем не совершать дальних поездок;
- не пользоваться мобильным телефоном за рулём автомобиля – даже при наличии «хэндс-фри»;
- в течение первого года управления автомобилем воздерживаться от перевозки детей.

Меры по устранению причин незаконопослушного поведения водителей, их социально – экономическая эффективность

Результаты исследования, представленные диссертантом выше по тексту, служат доказательствами наличия ряда факторов-причин, доминантно и повсеместно воздействующих на качество перевозок пассажиров, детей автобусами, на качество других услуг населению, предоставляемых с использованием автотранспорта. Однако, в процессе исследования важно было не только выявить факторы влияния на качество услуг, но и выработать комплекс мер, существенно нейтрализующих неблагоприятный ход процесса перевозок,

повышающих качество проводимых услуг и дающих экономике муниципальных образований, субъектов РФ, страны в целом, значительный мультипликативный эффект. Подготовка максимально результативных мер, содержащих мониторинг кадров, проводилась диссертантом, исходя из необходимости снижения отрицательного воздействия на качество услуг социальной направленности населению наиболее значимых факторов влияния, выявленных и приведенных в данной главе. При этом акцент делался на способах нейтрализации губительных последствий от негативного воздействия фундаментального, наиболее критичного фактора влияния на качество автотранспортных услуг населению – поведении водителей, не оставляя без внимания другие значимые факторы. Тем более, что применение методов факторного и апостериорного анализа позволило установить интеграционный характер действия гаммы выявленных факторов, который многократно усиливает их совместное влияние на качество автотранспортных услуг. В процессе апостериорного анализа диссертант ознакомилась с предложениями авторов научных работ, экспертов, специалистов, с содержанием действующих нормативно-законодательных документов по формированию благопристойного, законопослушного поведения. Авторы работы [120, с.140-150, 252-255] делают акцент на необходимости достижения водителями «умного вождения» путём самовоспитания. Дефиниция «умное вождение» в данном случае предполагает готовность и решимость легитимности поведения за счёт осознания того, что от каждого из них зависит состояние транспортной обстановки, порядка на дорогах. Интересная мысль, однако, вероятность формирования «умного вождения» собственными усилиями для российских водителей в ближайшей перспективе сводится к нулю. Особенно для исследуемой когорты бесшабашных водителей. Но в обстановке губительно неприемлемых ежегодных показателей смертности и травмирования населения в ДТП, формирование образцового поведения водителей диссертант определяет общенациональной задачей, которая не терпит ни отлагательства, ни промедления, что гармонирует с поручениями Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. [10]. Автор, указанная в научной статье [136, с.5], сделала обобщённое (со

ссылкой на опыт зарубежных стран) предложение о введении психофизиологического отбора водителей-профессионалов и водителей-любителей до выдачи водительского удостоверения с тем, чтобы исключить попадание в число водителей людей, которые по своим психофизиологическим качествам непригодны к выполнению водительских функций. Часть названного предложения о психофизиологическом тестировании будущих водителей в процессе обучения в автошколе, доведения до преподавательского состава результатов тестирования тех, кто является условно нерекомендуемыми кандидатами, с целью составления и реализации программы коррекции негативных особенностей человека, возможно, и приемлема. В остальном же к данному предложению следует относиться настороженно, поскольку для водителей предлагаются меры, подвергающие ревизии проверенные практикой индикаторы медицинских противопоказаний, установленные Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 437-ФЗ и определяемые в процессе медицинского освидетельствования врачами кандидатов в водители, а также во время предварительных (при приёме на работу), периодических (не реже одного раза в два года) работающих профессиональных водителей. К тому же реализация данного предложения ещё больше усугубила бы проблему дефицита водительских кадров в регионах РФ. Стало практикой обучение детей, в том числе в создаваемых автогородках, основам безопасности дорожного движения. Отдельные специалисты полагают, что обучение детей Правилам дорожного движения, позволит получить уже следующее поколение дисциплинированных, культурных водителей на дорогах страны. Не отрицая некоторой полезности такой меры, диссертант оценивает приемлемость и результативность такого обучения основам ПДД только для детского возраста. Попав в юношескую среду, став полноправным водителем, человек руководствуется совершенно другими критериями поведения с присущими в той или иной степени неблаготворными манерами непослушания, безразличия к советам, замечаниям, упрёкам. Основная сложность решения проблемы формирования легитимного поведения будущих и состоявшихся водителей определённого типа состоит в абсолютном невосприятии

ими канонов требований ПДД, наращивании неблагопристойного отношения к окружающим. Устойчивый ход подобного нежелательного процесса обусловлен недостатками воспитания общей культуры, социальным статусом, завышенным самомнением, снобизмом, лёгкими наказаниями за грубые нарушения ПДД (то есть фактически безнаказанностью, что приводит к повторным многократным нарушениям). И, разумеется, отсутствием критичности в самооценке своих действий, абсолютной неприемлемостью и нежеланием услышать любые осуждения со стороны. Поэтому диссертант полагает, что постоянно заниматься формированием законопослушной, дисциплинированной манеры поведения у данной категории будущих и состоявшихся водителей – пустая трата времени и денежных средств без прагматических результатов. Поскольку именно они совершают большинство грубых нарушений ПДД, необходим совершенно иной подход к решению проблемы их культуры вождения, исключающий инерционный сценарий развития процесса снижения количества ДТП. В составе комплекса мер, предлагаемых диссертантом для радикального изменения в лучшую сторону сложившегося положения со смертностью, травмированием в ДТП и, соответственно, повышения качества автотранспортных услуг населению, *следует выделить многократное ужесточение наказаний водителей*. К недостаточно суровым, а потому недостаточно результативным можно отнести наказания: за опасное вождение (дефиниция в источнике [13]), грубые нарушения ПДД (обобщены и сведены в таблицу 4.2 главы 4), Правил перевозки пассажиров и грузов автомобильным транспортом ..., за опасные отвлечения от управления ТС (см. таблицу 4.3 главы 4) и случаи управления автомобилем в нездоровом состоянии (переутомлённость из-за несоблюдения режима труда и отдыха). Малая величина штрафных санкций характерна и за разговор по мобильному телефону во время движения ТС без устройства, исключающего необходимость держать телефон в руке (за другие опасные отвлечения наказание вообще не предусмотрено), а также за грубые нарушения ПДД, что подчёркивалось диссертантом выше по тексту с указанием конкретных значений штрафов в период исследования проблемы. Опасное вождение в 2016 году сформулировано

как понятие и никак не наказывалось. На такого типа водителей, представляющих особую опасность для всех участников дорожного движения, может подействовать только *существенное увеличение штрафов до размеров, исчисляемых десятками тысяч рублей, и лишение права управления автомобилем после повторного грубого нарушения ПДД на срок не менее трёх лет*. Принятие и законодательное оформление данного предложения органично сочетается с задачей снижения количества смертностей и травмирования в ДТП, поставленной в Стратегии безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018-2024 годы [33] и в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 [10]. Одновременно существенно снижается воздействие главной из доминантных причин неправомерного поведения определённой группы водителей, приведенной в таблице 4.1. Однако, для наиболее полного устранения самой весомой причины нелегитимного поведения некоторых водителей следует предпринять решительные прагматические меры по снижению негативного действия на поведение водителей второй доминантной причины, суть которой заключается в неэффективной организации работы по выявлению, пресечению нарушений ПДД, опасного вождения – из-за мизерного количества установленных автоматических камер слежения, нехватки мобильных патрулей ДПС, несовершенства работы патрулей. Крайне малое количество установленных систем регистрации нарушений ПДД с передачей информации в соответствующий центр обработки информации и подготовки документа о наказании нарушителя («письмо счастья») подтверждено автором в параграфе 4.3. Более того, подчёркивалось наличие указанных устройств лишь в некоторых городах-милионниках (мегаполисах) и других крупных городах, в Московской области. Ситуация усугубляется ещё и недостаточной численностью мобильных патрулей ДПС, однообразным характером их работы – в стационарном положении и минимально в движении вместо того, чтобы контрольно-надзорные функции выполнять и на движущемся автомобиле. В связи с этим *предлагается во-первых, масштабное увеличение количества автоматических систем фото-видеофиксации нарушений ПДД, оборудованных устройством пит-стоп для фиксации и срочной передачи*

мобильным (стационарным) патрулям ДПС информации о чрезвычайно опасном вождении автомобиля нарушителями ПДД, − в тех городах, где они уже имеются и *повсеместное внедрение в других населённых пунктах регионов.* Во-вторых, наряду с полномасштабным внедрением автоматических устройств фиксации нарушений ПДД, *требуется параллельное увеличений численности мобильных патрулей ДПС с одновременным уточнением Административного регламента МВД РФ в части предписания мобильным патрулям работать не преимущественно в стационарном положении, но и в состоянии движения автомобиля*. Для устранения (или хотя бы ослабления) неблагоприятного воздействия на поведение водителей третьей доминантной причины – придания второстепенного значения снижению количества ДТП с пострадавшими руководителями субъектов РФ, муниципальных образований вследствие сложившейся многолетней алогичной практике попустительства со стороны федерального центра предлагается выполнить следующее. Прежде всего *следует ввести в перечень показателей ежегодной оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти, утверждённый постановлением Правительства Российской Федерации от 19 апреля 2018 г. № 472* [22, с. 9680-9697], *субъектов РФ показатель снижения количества погибших и травмированных в ДТП*. Чтобы институциональное учреждение данного показателя не оказалось полумерой, то есть для придания ему реальной репрезентативности, необходимо выделение показателя в особо значимый и последовательное, практическое ужесточение спроса с руководителей субъектов РФ, не обеспечивших в отчётном году требуемую динамику повышения безопасности на дорогах за счёт роста легитимности поведения водителей за рулём. А те в свою очередь вынуждены будут повысить спрос с руководителей муниципальных образований. Подавление, а в каких-то регионах практически полная элиминация даже только трёх фундаментальных причин неблагоприятного поведения определённой категории водителей за счёт реализации предложений диссертанта, позволит добиться результативности повышении качества исследуемых услуг населению благодаря снижению смертности и травмирования в ДТП. Своевременное выделение и реализация

предложений автора позволит также улучшить положительную динамику снижения индикатора числа погибших и раненых в ДТП и доведения до значений, установленных Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 [10]. При этом максимальная социально-экономическая эффективность реализации трёх вышеназванных предложений диссертанта будет достигаться, если их внедрение свершится одновременно и повсеместно в силу взаимозависимости устраняемых причин.

4.3. Методика повышения качества социальных услуг при автотранспортном обеспечении населения путём мониторинга квалификации водителей транспортных средств (ТС) и технического состояния ТС при автоперевозках населения (включая туристов)

Ещё более полному решению проблемы формирования поведения водителей, достижению положительных результатов будет способствовать внедрение предложения диссертанта об одновременных, но устойчивых усилиях по нейтрализации воздействия ещё одной доминантной причины, обозначенной под номером четыре в таблице 4.1. - *константно парциальное внимание мониторингу поведения водителей, их состоянию здоровья со стороны организаторов перевозок пассажиров и грузов*. Недостаточное внимание мониторингу поведения профессиональных водителей в процессе перевозки пассажиров, грузов, а также контролю качества предсменных, предрейсовых медицинских осмотров со стороны организаторов перевозок отмечалось в параграфе 4.2. Для полноценного мониторинга указанных процессов диссертантом разработана, верифицирована и *рекомендуется к нормативному оформлению, применению «Методика повышения качества услуг социальной направленности населению путём мониторинга поведения, состояния здоровья водителей транспортных средств (ТС) и технического состояния ТС при автоперевозках населения (включая туристов) и перевозках грузов*». Особенность

и научная ценность Методики состоит в следующем. Во-первых, она построена на основе концепции упреждающих действий автоперевозчика и потребителя его услуг (например, туроператора) с целью избежать или хотя бы ослабить негативные последствия от некоторых ключевых факторов воздействия на качество услуг социальной направленности населению (включая туристские услуги): от поведения водителей за рулём ТС с пассажирами на борту, состояния здоровья водителей ТС и технического состояния ТС. Во-вторых, Методика одновременно имеет процессинговую направленность, заключающуюся в посыле, что автоперевозчик зарекомендовал себя неплохо, а выборочные проверки поведения водителей, их физического состояния, технической исправности ТС проводятся с целью повышения безопасности автоперевозок. Представление о направлениях (объекте) контрольных проверок даёт само название Методики. Главным исполнителем регулярных периодических проверок является транспортная организация. Потребитель услуг автоперевозчика осуществляет лишь выборочный контроль для того, чтобы убедиться в качественной работе автоперевозчика. Точно также действует и страховая компания: частота проверок зависит от результатов деятельности автоперевозчика. Применение Методики позволяет укрепить дисциплину водителей в части соблюдения ПДД, исключения случаев управления ТС в состоянии опьянения или с похмелья. Одновременно осуществляется контроль технического состояния ТС перед выездом на маршрут и в процессе поездки с пассажирами или при перевозке грузов (товаров, продуктов питания). В Методике подробно изложены содержание и методы проверок как автоперевозчиком (самоконтроль), так и туроператорами (турагентами), страховой компанией, которые заинтересованы в получении от автоперевозчика услуг высокого качества. У всех у них имеется большая заинтересованность в сведении к минимуму социально-экономических издержек по вине водителей автоперевозчика. В Методике изложены социально-экономические эффекты, достигаемые в результате применения её автоперевозчиками, туроператорами (турагентами), страховыми компаниями.

В результате системного исследования, включающего в том числе методы изучения специальной литературы, экспертных оценок специалистов данной сферы деятельности, методы анализа и обобщений, автором выработаны следующие научно-практические понятия.

Понятие ***поведения водителя ТС*** подробно изложено в работе диссертанта [145] и включает несколько показателей. В их составе можно выделить:

■ соблюдение Правил дорожного движения (ПДД);

■ характер взаимоотношений водителя с разными категориями населения – пользователями оказываемых УСНН;

■ опасные отвлечения от управления автомобилем;

■ отношение к окружающей среде в части соблюдения экологических требований;

■ соблюдение установленного режима труда и отдыха.

Понятие ***состояния здоровья водителя ТС*** включает в себя следующие признаки проявления временного или постоянного состояния нездоровья:

- болезненное состояние с высокой температурой, ярковыраженной слабостью, с нарушенной координацией движений;

- временное болезненное состояние с небольшой температурой, с чиханием, насморком или/и кашлем, некоторой слабостью, ощущаемой водителем, но не всегда заметной для окружающих;

- временное болезненное состояние из-за приёма лекарства, дающего последствия с учётом индивидуальной негативной реакции, которое для окружающих малозаметно;

- алкогольное опьянение или состояние похмелья после употребления значительной дозы алкоголя накануне поездки за рулём (признаки опьянения и состояния с похмелья указаны в работе [145, с.290, с. 291, с. 404]) и другие признаки.

Понятие ***техническое состояние ТС*** многими воспринимаются лишь как техническая неисправность транспортного средства, то есть отсутствие ярко выраженных дефектов, угрожающих безопасности пассажиров и водителей. Не

умаляя важности технической неисправности ТС, следует отметить существенную роль в обеспечении качества УСНН таких признаков, как величина пробега ТС, продолжительность эксплуатации ТС, новизна модели автомобиля и оснащение его системами безопасности.

Таким образом, понятие техническое состояние ТС включает следующие признаки (показатели):

■ техническая исправность ТС;

■ величина пробега ТС;

■ продолжительность эксплуатации ТС;

■ уровень оснащённости ТС средствами активной и пассивной безопасности.

Далее целесообразно дать краткую характеристику каждого из трёх перечисленных ключевых факторов влияния на уровень качества социальных услуг в системе автотранспортного обеспечения населения: поведения водителей ТС, состояния здоровья водителей ТС, технического состояния ТС.

Поведению водителей транспортных средств автором отведена самая главная роль в обеспечении качества услуг населению. Результатом неадекватного поведения определённой категории водителей за рулём становятся дорожно-транспортные происшествия разной степени тяжести.

Из названных показателей поведения водителей на качестве социальных услуг с использованием автотранспорта больше всего отражаются нарушения ПДД и посторонние действия за рулём. Перечень *грубых нарушений Правил дорожного движения* приведён в таблице 4.2.

Таблица 4.2 − **Грубые нарушения Правил дорожного движения, совершаемые российскими водителями**

№ п/п	Вид нарушения ПДД	Доля ДТП по причине нарушения ПДД, %	Примечание
1	Превышение установленной скорости движения	25	
2	Обгон с выездом на	8,5	

Продолжение таблицы 4.2

№ п/п	Вид нарушения ПДД	Доля ДТП по причине нарушения ПДД, %	Примечание
	встречную полосу движения с нарушением ПДД		
3	Управление транспортным средством в нетрезвом состоянии	6-7	Данное нарушение ПДД одновременно является признаком явного нездоровья водителя. В течение нескольких лет число погибших в «пьяных» ДТП составляет в среднем 3700 человек
4	Несоблюдение дистанции до движущегося впереди транспортного средства	7,5	
5	Нарушение правил проезда перекрёстка	6,6	
6	Проезд на запрещающий сигнал светофора	2	Величина 2% − только для нарушений, приведших к ДТП. Фактически данное нарушение ПДД – очень распространённое явление, создающее угрозу пешеходам и пассажирам

Источник: составлено автором с использованием данных ГИБДД, аналитического центра «Автостат», сайта проекта партии «Единая Россия» − «Безопасные дороги»

Доля ДТП в процентах, представленная в таблице, определена автором усреднённо с использованием данных ГИБДД, аналитического центра «Автостат», сайта проекта партии «Единая Россия» − «Безопасные дороги». Исследование показало – самым распространённым (см. таблицу 4.2) и опасным нарушением ПДД является превышение установленной скорости движения.

Теперь об *опасных отвлечениях водителей от управления транспортным средством.* Данные опроса водителей, выполненные фирмой GN Netcom в США,

Великобритании, Франции, Германии, России, Японии по отвлечениям от управления автомобилем, представлены в таблице 4.3.

Таблица 4.3 − **Некоторые опасные отвлечения водителей от управления автомобилем**

№ п/п	Характер опасного отвлечения	Процент водителей, подтверждающих регулярность отвлечения	Примечание
1	Приём пищи	72	
2	Разговоры по мобильному телефону	55	
3	Отправление SMS-сообщений	28	«Лидируют» российские водители
4	Переодевание	25	
5	Совершение макияжа	12	
6	Просмотр газет, журналов	10	
7	Потребление напитков, игра в видеоигры, бритьё	5	
8	Изучение карты (навигатора)	1	«Лидируют» российские водители

Источник: составлено автором по данным компании GN Netcom

Последствия опасных отвлечений достаточно подробно изложены в работе диссертанта [145, с.180-189]. В числе самых распространённых и наиболее опасных нарушений правил управления автомобилем значатся разговоры по мобильному телефону и приём-передача SMS-сообщений. Проблема приобрела всемирную озабоченность *поскольку вероятность попадания в аварию водителя, отвлекающегося от управления ТС на действия с мобильным телефоном, по мнению экспертов, вырастает в четыре раза.* В США, например, такие отвлечения стали причиной 20% аварий и «удостоились» специального термина: рассеянное вождение. Особенность данного нарушения, указанного в разделе 2 ПДД, состоит в том, что оно практически не контролируется сотрудниками ГИБДД из-за сложной доказуемости. Другие отвлечения от управления

автомобилем, приведённые в таблице 2, вообще не значатся в ПДД, а нарушители не могут быть наказаны. Именно поэтому опасные отвлечения от управления ТС (посторонние действия водителя за рулём) не должны оставаться без внимания представителей автоперевозчика, страховой компании, туроператора (турагента), совершающих самостоятельные выборочные проверки поведения водителей ТС, с одновременным контролем состояния их здоровья и технического состояния ТС.

Характеристика ***нездорового состояния водителя ТС*** подробно дана выше по тексту. Проверка отсутствия или наличия всех признаков нездоровья должна осуществляться *автоперевозчиком регулярно* путём периодических медицинских освидетельствований каждого водителя, предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров. К сожалению, имеют место случаи, когда указанные проверки проводятся чисто формально или вообще не проводятся. По этой причине автоперевозчику необходимо установить постоянный контроль за качеством предрейсового медицинского осмотра. Из перечисленных форм нездорового состояния водителей одной из основных (как уже отмечалось) является *алкогольное опьянение*. Но какие бы строгие законодательно-нормативные меры ни применялись к таким нарушителям, автоперевозчику, туроператору, страховой компании следует самим проводить выборочные проверки состояния здоровья водителей.

Теперь краткая ***характеристика существа и роли технического состояния ТС.***

Техническая исправность ТС – важный показатель нормального технического состояния транспортного средства, обеспечение которого законодательно [5] возложено на владельца ТС. Техническая исправность ТС достигается проведением его периодического технического осмотра (ТО) в ГИБДД или аккредитованном техцентре. Положительные результаты ТО служат основанием для выдачи полиса ОСАГО – документа, обязательного для каждого водителя за рулём. Кроме того, для поддержания технической исправности транспортная организация – владелец ТС обязан проводить плановое техническое обслуживание ТС с периодичностью и пробегом, установленными

производителем ТС в руководстве по эксплуатации и/или сервисной книжке. И наконец, техническая исправность должна проверяться автоперевозчиком перед каждым выездом на маршрут движения, то есть должна проводиться предрейсовая проверка ТС в соответствии с требованиями «Порядка организации и проведения предрейсового контроля технического состояния транспортных средств» [46].

Качество плановых технических обслуживаний ТС зависит от того, где проводится данная работа – у дилера или в собственном гараже. Результативность проверок собственными силами зависит от оснащённости гаражного хозяйства и квалификации персонала, осуществляющего проверку исправности ТС. Последнее полностью справедливо и для предрейсовых проверок. Но в любой работе и особенно в той, которую достаточно сложно проконтролировать, возможны недоработки и упущения. В результате на маршрут могут попасть ТС с техническими неисправностями, что призваны исключить выборочные экспресс-проверки.

Техническое состояние каждого из транспортных средств, совершающих движение по улицам и дорогам, может создать как дискомфортные условия для пассажиров в автобусах, микроавтобусах (задержки в пути из-за дорожных заторов вследствие аварийной остановки неисправных автомобилей, простои междугороднего автобуса с пассажирами в ожидании сотрудников ГИБДД для оформления протокола ДТП при неопасном столкновении по вине водителя на технически неисправном автомобиле, зимний холод в салоне автобуса из-за выхода из строя системы отопления и т.п.), так и опасную ситуацию вплоть до аварии с тяжёлыми последствиями. Поэтому есть основания отнести техническое состояние ТС к существенному фактору влияния на качество услуг, оказываемых населению с использованием автотранспорта. К важным признакам технического состояния следует причислить *продолжительность эксплуатации и величину пробега автомобиля*, новизну его модели, а также оснащение системами активной и пассивной безопасности. Увеличение срока службы и величины пробега ТС напрямую влияет на надёжность работы систем автомобиля и,

соответственно, повышает риск возникновения разного рода неисправностей. Кроме того, длительный срок эксплуатации и большой пробег любого автомобиля приводят к тому, что модель длительное время не обновляется и менее оснащена системами активной и пассивной безопасности. Устаревший парк автомобильного транспорта – одна из актуальных проблем в России, что сказывается на качестве социальных услуг населению с использованием автотранспорта. Состояние автомобильного парка автобусов, грузовых и легковых автомобилей в России представлено в таблице 1.5 главы 1.

Факты свидетельствуют о следующем. Чем старше автомобиль, тем больше его пробег и тем хуже надёжность работы его систем, механизмов. Данные, представленные в докладе представителя ОАО «НИИАТ» на 68-й международной научно-технической конференции автомобильных инженеров [145, с.123], гласят: у автомобиля с 10-летним сроком эксплуатации вероятность отказов увеличивается в 3 раза. Это означает, что половина отечественного автопарка в любой момент движения по маршруту может в лучшем случае прекратить движение и остановиться из-за технической неисправности, а в худшем – стать причиной ДТП. Особую опасность для пассажиров автобусов, микроавтобусов, пешеходов, других категорий населения представляют грузовики. Грузовики имеют большую массу, а потому отказ, приводящий к неуправляемому движению, станет причиной ДТП с серьёзными последствиями (замечу ещё раз в скобках, что 65% грузовиков в России имеют пониженную надёжность).

Не даёт позитивных ожиданий и статистика ДТП. Ежегодно в стране примерно 10% ДТП происходят по причине технической неисправности автомобилей. Причём в подавляющем большинстве случаев в аварии попадают машины с большим сроком эксплуатации. Поэтому обновление парка ТС – постоянная забота автоперевозчиков. Чем новей автомобиль, тем современней его модель и выше надёжность.

Особое место в повышении качества услуг социальной направленности, оказываемых населению с применением автотранспорта, занимает оснащение

автобусов, грузовиков и легковых автомобилей *системами активной и пассивной безопасности.*

К числу наиболее необходимых систем безопасности автор отнесла:

• ABS – тормозную антиблокировочную систему (наличие обязательно для автобусов и грузовиков);

• ESP – электронную систему поддержания курсовой устойчивости (систему динамической стабилизации);

• ARP – систему активного предотвращения опрокидывания (переворачивания);

• HLA – систему помощи при начале движения на подъёме (держит тормоза зажатыми в течение 2,5 секунд, но сразу отпускает, если водитель раньше нажмёт на газ);

• систему полного привода, обеспечивающую движение автомобиля по снегу, грязи, ледяному насту, по рытвинам и ухабам;

• систему контроля слепых зон, предупреждающую водителя о попутном автомобиле сбоку, например, ярко-оранжевой пиктограммой в боковом зеркале заднего вида (иногда её называют системой помощи при смене полосы движения);

• адаптивную систему освещения – автоматически включает дальний свет, когда уровень внешней освещённости становится ниже заданного значения, распознаёт наличие машин, движущихся навстречу, и самостоятельно переключает фары на ближний свет, чтобы не ослепить других участников дорожного движения в автомобилях;

• противотуманные фары, улучшающие видимость в тумане (наличие обязательно для большинства автомобилей);

• ремни безопасности для пассажиров (наличие обязательно для большинства автомобилей);

• системы кондиционирования и отопления (последняя обязательна для всех автомобилей);

• устройство «Антисон», препятствующее засыпанию водителя за рулём.

В связи с тем, что наличие многих из перечисленных систем безопасности в автобусах, грузовиках и легковых автомобилях не является обязательным, выбрать нужные модели автобусов, микроавтобусов могут только организации - автоперевозчики.

Теперь о ***порядке мониторинга поведения, состояния здоровья водителей, технического состояния транспортных средств***.

Содержание, объём, методы мониторинга, т.е. что конкретно и как проверяется по данной Методике, для автоперевозчиков, туроператоров (турагентов) и страховых компаний абсолютно одинаковы. Проверки, осуществляемые автоперевозчиком, по своему содержанию, объёму и методам гораздо более разносторонние, глубокие и по поведению водителя и состоянию его здоровья, и технической исправности транспортного средства. Поэтому целесообразно прежде всего рассмотреть проверки (самоконтроль), рекомендуемые автоперевозчикам пассажиров и/или грузов.

Содержание и методы проверок (самоконтроля) автоперевозчиком следующие.

Знания о поведении каждого водителя, его вредных привычках формируются из разных источников. Это и отзывы непосредственного руководителя, диспетчеров; информация работников гаража об отношении к автомобилю, на котором работает водитель; данные о количестве и тяжести ДТП, в которых побывал водитель, о степени его вины в ДТП; информация о количестве нарушений Правил дорожного движения. Коллеги водителя вольно или невольно высказываются также о состоянии его здоровья, умеренности или излишествах в потреблении алкогольных напитков (вплоть до пристрастия к ним). От них же исходит информация о степени заинтересованности водителя в качественном предрейсовом техосмотре ТС, личном участии в определении готовности ТС к выезду на маршрут.

Тем не менее, поскольку каждый автоперевозчик заинтересован в максимальном сокращении финансовых потерь по вине его водителей, сохранении имеющихся клиентов и притоке новых, автор настоятельно

рекомендует осуществлять выборочные проверки (самоконтроль) поведения водителей, состояния их здоровья и технического состояния транспортных средств – важных показателей качества оказываемых услуг населению. Всех работающих и вновь поступающих водителей целесообразно информировать о том, что администрация, а также страховая компания и туроператоры (турагенты) проводят регулярный негласный контроль поведения водителей, состояния их здоровья (с акцентом на отсутствие состояния алкогольного опьянения) и технической исправности автобусов и микроавтобусов. Водители должны знать, что в любое время дня и ночи рядом в салоне может находиться «таинственный пассажир» («таинственный турист»). Результаты проверок (отчёты) целесообразно хранить 3-5 лет.

Указанные выше источники не дают полной информации об адекватности *поведения водителя в рейсе* и накануне. Выборочные проверки поведения водителей автобусов, микроавтобусов рекомендуется проводить методом «таинственного пассажира», совершающего поездку по определённому маршруту. Проверяющий («таинственный пассажир») не должен быть знаком с водителем, но обязан хорошо знать Правила дорожного движения со всеми последними изменениями на момент проверки, что позволит сделать правильное заключение о соблюдении ПДД проверяемым водителем. Параллельно с мониторингом поведения водителя «таинственному пассажиру» следует контролировать состояние здоровья водителя и техническую исправность автобуса (микроавтобуса). До начала проведения всех указанных проверок «таинственному пассажиру» целесообразно ознакомиться с предыдущими проверками по данному конкретному водителю и тому же транспортному средству. В процессе проверки поведения водителя ТС «таинственному пассажиру» необходимо выполнить надзорные функции за отсутствием:

- грубых нарушений Правил дорожного движения (приведены в таблице 4.2);

- опасных отвлечений водителя от управления автобусом (приведены в таблице 4.3);

- злобных конфликтов по инициативе водителя с другими участниками дорожного движения;

- безалаберного отношения к окружающей среде, заключающегося в выбросе в неположенных местах окурков, бумаги, остаток пищи, пустых бутылок и прочего мусора;

- нарушения водителем режима труда и отдыха;

- невнимательного, недоброжелательного отношения к пассажирам.

Проверки «таинственного пассажира» - представителя автоперевозчика должны проводиться незаметно, тихо и спокойно, без высказывания каких-либо замечаний в адрес водителя.

Серьёзным нарушением Правил дорожного движения является *обгон с выездом на встречную полосу движения с нарушением ПДД.*

Ежегодно в России происходит, как уже отмечалось, примерно 8,5% дорожно-транспортных происшествий из-за указанного нарушения Правил. Но дело не в процентах, а в том, что при всех авариях из-за столкновения «лоб в лоб» последствия крайне тяжёлые.

Поэтому, если водитель даже очень редко совершает такие манёвры с нарушением пункта 11.1 ПДД, без внимания это оставлять не следует. В соответствии с Правилами дорожного движения:

«11.1 Прежде чем начать обгон, водитель обязан убедиться в том, что полоса движения, на которую он собирается выехать, свободна на достаточном для обгона расстоянии и в процессе обгона он не создаст опасности для движения и помех другим участникам дорожного движения».

Для совершения обгона есть и другие требования, но именно в приведённом требовании имеются нюансы, тесно связанные с квалификацией водителя. Немало водителей, которые не в состоянии сопоставить скорость движения с необходимым временем для обгона, поскольку немалое значение имеет мощность двигателя автомобиля, водитель которого совершает обгон, а также скорость движения обгоняемого транспортного средства или нескольких транспортных

средств. Оттого и чрезвычайные происшествия на дорогах, нередко с пострадавшими.

Понаблюдав 2-3 раза за тем, как водитель ТС с пассажирами на борту совершает обгон с выездом на встречную полосу, можно сделать вывод о дисциплинированности водителя.

Одно из самых злостных нарушений Правил дорожного движения – *превышение скорости*. Данное нарушение ПДД значится в числе основных причин дорожно-транспортных происшествий: 25% ДТП в России ежегодно, повторюсь, происходят по причине превышения скорости. Процент немалый, но хуже другое – высокая скорость движения транспортных средств приводит к самым негативным последствиям.

Раздел 10 Правил дорожного движения посвящён скорости движения транспортных средств. Междугородные и маломестные автобусы согласно пункту 10.3 ПДД **на всех дорогах** (включая автомагистрали) должны двигаться **со скоростью не более 90 км/ч**. К сожалению, далеко не все водители междугородных автобусов соблюдают данное требование ПДД. В результате практически ежемесячно в российских СМИ сообщается об авариях с участием автобусов (преимущественно междугородных).

Ещё одним примером, мягко говоря, некорректного поведения водителей является *проезд на запрещающий сигнал светофора*.

Опасность таких действий нарушителей ПДД состоит в том, что они приводят к ДТП с тяжёлыми последствиями.

Именно поэтому автор рекомендует наблюдать за скоростью движения транспортного средства «таинственному пассажиру» на автомагистралях (скорость не должна превышать 90 км/ч) и в населённых пунктах – города и посёлки – (скорость не должна превышать 60 км/ч).

Автоперевозчикам рекомендуется запретить всем водителям, перевозящим пассажиров в автобусах, *проезд по маршруту через нерегулируемые железнодорожные переезды.* Особый порядок перевозок пассажиров должен соблюдаться для *паромных переправ* через реки, каналы и другие водоёмы

(значимое требование безопасности – во время въезда автобуса на паром, движения парома и съезда с него нахождение пассажиров в автобусе запрещено).

Следует также запретить перевозку пассажиров автобусами через *ледовые переправы*.

Одной из особенностей перевозки пассажиров *на горных маршрутах* – ограничение скорости движения.

Учитывая особую важность данного требования, автор рекомендует автоперевозчикам, осуществляющим перевозки пассажиров (в том числе туристов):

а) организовать проведение пробных рейсов с водителями разных возрастных групп, в разное время года и при различных погодных условиях (снегопад, сильный дождь, морозная погода, туман, ясный солнечный день), отнормировать максимальную скорость движения на горных маршрутах для всех перечисленных погодных условий и включить соответствующие требования в Инструкцию для водителей;

б) проводить выборочные контрольные проверки поведения водителей на горных маршрутах в части соблюдения ими предельной скорости движения в рейсе методом «таинственного пассажира».

И, наконец, ещё одно требование, которое следует учитывать при перевозке пассажиров – автобус с числом мест более 20, используемые на междугородных и международных автобусных маршрутах, должны быть оборудованы тахографами – контрольными устройствами для непрерывной регистрации пройденного пути и скорости движения, *времени работы и отдыха водителя* (подлежат установке и на грузовых автомобилях грузоподъёмностью свыше 3,5 тонн).

Данное требование упоминается автором с той целью, чтобы подчеркнуть важность контроля со стороны «таинственного пассажира» за тем, сколько времени водитель проводит за рулём с момента выезда по маршруту (оговорено Положением об особенности режима рабочего времени…[44]). Тахограф тахографом, а контроль методом наблюдения тоже нелишний.

Длительное управление автомобилем требует постоянной собранности, повышенного внимания, мгновенной реакции, что вызывает в организме напряжённое состояние и приводит к усталости.

Усталость водителя приводит к снижению скорости реагирования на дорожную ситуацию, уверенности и сосредоточенности, что может создать опасную ситуацию на дороге, вызвать ДТП.

Чтобы транспортное средство, в котором совершают поездку пассажиры, не попало в ДТП из-за переутомлённого водителя, автор рекомендует «таинственному пассажиру» отмечать время управления водителем автомобилем, если оно составляет более 10 часов. И это при периодическом отдыхе минут по 15 через каждые 3-4 часа поездки и перерыве на обед.

Выборочные проверки поведения водителей «таинственным пассажиром» − представителем автоперевозчика можно не проводить, если в транспортной организации внедрён страховой продукт «умное страхование». Его суть заключается в использовании принципа pay-as-you-drive – «плати как ездишь». Иначе говоря, за аккуратное и безопасное вождение страховая компания предоставляет водителю (автопредприятию) скидку на страхование автомобиля. При «умном страховании» на транспортном средстве, его владельцем устанавливается телематическое устройство, фиксирующее ряд параметров ТС в процессе его передвижения: скорость движения, маршрут движения, ускорения, перегрузки (в том числе и при ДТП), другие параметры. Все эти данные поступают в страховую компанию, на основании которых она даёт оценку качеству вождения, то есть делает выводы о поведении водителя за рулём. Если водитель соблюдает параметры вождения, оговорённые при заключении договора страхования, ему делается скидка в размере согласно договору. Внедрение «умного страхования» целесообразно перевозчикам, имеющим в своём автопарке десятки (а не единицы) машин.

Для обеспечения нахождения за рулём *водителей в здоровом состоянии* автоперевозчику необходимо обратить особое внимание на две следующие задачи. Во-первых, в качестве первоочередной задачи следует считать повышение

качества предрейсового медицинского осмотра водителей. Во-вторых, рекомендуется организовать дополнительный контроль (выборочно) состояния здоровья водителей перед рейсом и в процессе рейса.

Клиентоориентированный автоперевозчик может многое сделать, чтобы избежать неприятных последствий по вине своих водителей в нездоровом состоянии. Руководствуясь принципом упреждающих действий с целью ослабления негативного воздействия нездоровья водителей на качество перевозки пассажиров, вот что предлагает автор Методики. Прежде всего, рекомендуется организовать контроль качества проведения предрейсового медицинского осмотра водителей. Речь идёт о дублировании проверок, выполняемых медицинским работником перед рейсом, чтобы исключить случаи, когда медработник «закрывает глаза» на имеющиеся изъяны в состоянии здоровья того или иного водителя: несколько повышенная температура с насморком или (и) кашлем, состояние лёгкого похмелья, явно выраженное переутомление. Для повышения достоверности предрейсового медосмотра целесообразно поручить кому-то из работников гаража, например, диспетчеру, перед тем как выдать путевой лист, внимательно приглядеться к водителю. Состояние похмелья, насморк, кашель, лёгкая травма на теле, стрессовое состояние обнаруживается очень легко. И если состояние здоровья водителя в значительной мере можно отнести к не совсем нормальному или оно вызывает большие сомнения, лучше в рейс его не выпускать, проинформировав о своём запрете непосредственного начальника. Да, для диспетчера такие действия не из приятных, но они очень правильные, так как на кон ставятся жизнь и здоровье пассажиров, пешеходов, водителей транспортных средств, интересы самого автоперевозчика. Ведь в результате неправильных действий нерадивого водителя в состоянии временного нездоровья может произойти ДТП, и автоперевозчику придётся оплачивать не только полученные травмы пассажиров, но и ремонт повреждённого транспортного средства. Медработники, осуществляющие предрейсовый медосмотр, сами водители часто не обращают внимание на такие признаки нездорового состояния, как насморк, чихание, лёгкое недомогание с чуть

повышенной температурой. Но эксперты, специалисты утверждают – даже лёгкая простуда затормаживает реакцию водителя. Если же простуда сопровождается повышенной температурой, это приводит к резкому снижению внимания и реакции водителя. В таком состоянии возрастает опасность спровоцировать ДТП. Даже простое чихание за рулём часто приводит к временной потере управляемости и изменению траектории движения автомобиля.

Автоперевозчикам рекомендуется также более критично относиться к ярко выраженным проявлениям фактического нездоровья водителя: увечья в результате несчастного случая, дефекты конечностей после операции, резкое ослабление зрения (водитель вдруг стал пользоваться очками), гипертония, стенокардия (водитель вдруг стал пользоваться лекарствами).

Непосредственным руководителям водителей следует вменить в обязанность постоянно следить за состоянием здоровья каждого водителя. Ослаблять контроль не нужно и при положительных результатах когда-то проведённого медицинского переосвидетельствования и наличии медицинской справки. На бумаге здоровье водителя одно, а в реальной жизни может быть совсем другим.

Несколько *слов о негативном влиянии великовозрастных водителей* на качество оказания услуг социальной направленности в системе автотранспортного обеспечения населения. Прежде всего о понятии «великовозрастный водитель». К великовозрастным автор отнесла водителей в возрасте 75 лет и старше (по аналогии с подходом в США). Предложение автора, позволяющее ослабить негативное воздействие на окружающих со стороны великовозрастных водителей за рулём – *не доверять управление автобусом, микроавтобусом, грузовиком водителям в возрасте 75 лет и старше, разрешить управлять только легковым автомобилем.*

Главная цель выборочного экспресс-контроля состояния здоровья «таинственным пассажиром» состоит в том, чтобы убедиться в отсутствии признаков алкогольного опьянения. Автор уверена, определить, пьян водитель или крепко пил накануне способен практически любой взрослый человек. Тем

более «таинственный пассажир» − представитель автоперевозчика, периодически выполняющий это неприятное занятие. Сделав заключение, что водитель в нетрезвом состоянии, нужно принять меры к замене водителя в ТС.

В дальних поездках делаются остановки для принятия пищи, для ночлега, кратковременного отдыха. Задача «таинственного пассажира» непосредственно перед посадкой пассажиров после вышеуказанных перерывов в поездке проверить водителя на отсутствие алкогольного опьянения. Если вовремя обеда, ужина водитель находится рядом с пассажирами, «таинственному пассажиру» следует использовать это для контрольных функций.

Теперь *о самоконтроле автоперевозчиком технического состояния транспортных средств* осуществляющих перевозки пассажиров или грузов.

С целью повышения качества услуг социальной направленности в системе автотранспортного обеспечения населения автор рекомендует автоперевозчикам пассажиров внедрить мероприятия, направленные на поддержание нормального технического состояния транспортных средств.

Содержание мероприятий следующее:

1. Организовать учёт пробега и продолжительности эксплуатации по каждому транспортному средству. Исключить эксплуатацию автобусов (микроавтобусов) с пробегом более 800 тыс. км и/или сроком эксплуатации более 10 лет (либо хотя бы увеличить транспортный налог для ТС, превышающих указанные значения). Не допускать эксплуатацию на горных маршрутах автобусов и микроавтобусов с пробегом более 300 тыс.км.

2. Обеспечить соблюдение требований Технического регламента о безопасности колесных транспортных средств.

3. Вменить в обязанности водителей каждого ТС осуществление контроля за пробегом и сроком эксплуатации транспортного средства, заблаговременное оповещение (напоминание) непосредственного руководителя о необходимости проведения планового технического обслуживания ТС по достижении установленного сервисной книжкой или руководством по эксплуатации срока и

личный контроль за фактическим выполнением и качеством техобслуживания в сервисном центре или гараже организации.

4. Внедрить в практику в приказном порядке личное участие водителя ТС в предрейсовой проверке технической исправности транспортного средства, в том числе систем активной и пассивной безопасности.

5. При выполнении автоперевозчиком перевозок пассажиров (в том числе туристов) по горным маршрутам обеспечить выполнение особых требований по техническому состоянию автобусов, микроавтобусов, обратив в процессе предрейсового контроля технической исправности особое внимание на износ протектора шин (высота рисунка протектора должна быть не менее 3-х миллиметров), работоспособность противотуманных фар, величину пробега ТС, исправность тормозов.

6. Проводить выборочные экспресс-проверки технической исправности автобусов, микроавтобусов «таинственным пассажиром», сочетая эти проверки с мониторингом поведения водителя ТС и состояния его здоровья (отсутствия алкогольного опьянения). Необходимость таких экспресс-проверок обусловлена тем обстоятельством, что зачастую предрейсовые проверки технической исправности ТС проводятся только на бумаге, т.е. чисто формально.

По завершении контроля примерного поведения водителя ТС, состояния его здоровья и экспресс-проверки технической исправности ТС «таинственному пассажиру» − представителю транспортной организации следует подготовить отчёт о проделанной работе со ссылкой на данную Методику. В отчёте необходимо указать все грубые нарушения ПДД, совершённые водителем (см. таблицу 4.2), опасные отвлечения водителя от управления автобусом или микроавтобусом (см. таблицу 4.3), наличие или отсутствие признаков алкогольного опьянения, а также все выявленные технические неисправности ТС. Если водитель и раньше совершал грубые нарушения ПДД, опасные отвлечения от управления ТС либо имели место технические неисправности ТС, что нашло отражение в ранее проводившихся проверках, в отчёте следует подчеркнуть данное обстоятельство. Следует также указать фамилию водителя,

государственный регистрационный номер ТС и его марку. В том случае, если по результатам контроля не выявлены какие-либо нарушения поведения или состояния здоровья (признаки алкогольного опьянения), технические неисправности, либо не выявлено вообще никаких отклонений, всё это должно найти отражение в отчёте. Подписанный отчёт надлежит передать должностному лицу, выдавшему указание о проверках.

Содержание и методы мониторинга туроператором (турагентом), страховой компанией

Алгоритм проведения выборочного контроля поведения водителя ТС, состояния его здоровья, а также экспресс-проверки технической исправности транспортного средства представителем страховой компании или туроператора (турагента) практически тот же, что и самоконтроль методом «таинственного пассажира», осуществляемый автоперевозчиком. Поэтому порядок проверок, изложенный выше, может быть максимально использован «таинственным пассажиром» («таинственным туристом»), представляющим интересы страховой компании или туроператора (турагента).

В преддверии проведения выборочного контроля по вышеуказанным ключевым факторам повышения качества социальных услуг в системе автотранспортного обеспечения населения «таинственному пассажиру» страховой компании или «таинственному туристу» от туроператора (турагента) целесообразно ознакомиться с результатами предыдущих проверок, чтобы иметь информацию о водителе и транспортном средстве. Начинать проверки необходимо с момента прибытия автобуса (микроавтобуса) на место посадки пассажиров (туристов). Следует убедиться, что автоперевозчик подал к месту посадки ТС, которое значится в Перечне транспортных средств, на котором совершаются перевозки пассажиров (туристов). Данный Перечень должен быть приложением к двухстороннему договору между автоперевозчиком и страховой компанией или туроператором (подробней об этом смотри в главе 10 работы [145, с.383-385]). Необходимо также убедиться, что за рулём автомобиля водитель, который значится в Списке водителей, осуществляющих перевозки пассажиров

(туристов) согласно вышеуказанному двухстороннему договору. Список водителей является приложением к юридическому договору как и Перечень транспортных средств.

Контроль поведения водителя следует проводить в порядке, изложенном выше, с учётом таблицы 4.2 и таблицы 4.3.

Контроль состояния здоровья водителя лучше всего начать до поездки пассажиров (туристов) в автобус или микроавтобус. «Таинственному пассажиру» или «таинственному туристу» от страховой компании или туроператора (турагента), соответственно, под любым предлогом нужно завести разговор с водителем, в процессе которого сделать заключение о наличии или отсутствии признаков опьянения либо похмельного состояния. Точно также можно поступить и в процессе поездки: на сравнительно продолжительных стоянках во время отдыха, после обеда или ужина, перед отправкой в путь после ночного отдыха. Контроль состояния здоровья водителя необходимо осуществлять с учётом порядка, изложенного в выше.

Нелишне также обратить внимание на возраст водителя, управляющего автобусом или микроавтобусом. О последствиях нахождения за рулём великовозрастного водителя изложено выше по тексту.

Экспресс-проверку технической исправности автобуса или микроавтобуса, а также подготовку отчёта о проделанной работе в целом «таинственному пассажиру» («таинственному туристу») следует выполнять в соответствии с рекомендациями, изложенными выше по тексту. При этом особо внимательно необходимо контролировать автобусы и микроавтобусы, имеющие большой пробег (предельный пробег, возможный для ТС, осуществляющего перевозки пассажиров, включая туристов, между городами и международные перевозки, не должен превышать 800 тыс. км).

Заключение по Методике.

Применение данной Методики позволяет достигнуть значительного социально-экономического эффекта автоперевозчикам пассажиров и грузов,

страховым компаниям, туроператорам (турагентам), населению российских регионов, государства. Основные результаты применения Методики следующие:

- повышение качества услуг социальной направленности при автотранспортном обеспечении населения;
- сокращение у автоперевозчиков количества водителей, совершающих грубые нарушения Правил дорожного движения и опасные отвлечения от управления транспортным средством;
- создание для водителей автоперевозчиков условий, практически исключающих управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии похмелья;
- поддержание удовлетворительного технического состояния автобусов, микроавтобусов, грузовиков автоперевозчиков;
- снижение финансовых потерь у автоперевозчиков и страховых компаний, у государства;
- оптимальный выбор для туроператоров (турагентов) и страховых компаний автоперевозчиков для заключения договоров на автоперевозку туристов и страхования пассажиров соответственно;
- сохранение автоперевозчиками пассажиров и грузов, туроператорами (турагентами) имеющихся клиентов и создание благоприятных условий для привлечения новых потребителей услуг.

Одновременно с применением Методики отдельным направлением повышения качества организованных перевозок детей автобусами и пассажиров, грузов путём снижения количества ДТП с особо тяжкими последствиями *предлагается обеспечить более действенный контроль силами мобильных патрулей ДПС за соблюдением Правил [29] и требований по перевозкам в особых условиях, оговорённых в Правилах обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов ... (маршруты в горной местности; переправы ледовые, вброд, паромные)*. Для этого МВД России необходимо особо оговорить данное требование в Административном регламенте для ГИБДД.

Следующее предложение диссертанта по обеспечению легитимного поведения водителей обусловлено невниманием в стране к проблеме великовозрастных (старше 75 лет) водителей автомобиля, о чём шла речь в параграфе 4.2. Физическое состояние значительной части престарелых водителей ухудшается не спустя годы, а гораздо раньше, что ослабляет сосредоточенность, реакцию, внимание, вызывает неадекватные действия с рычагами управления автомобиля, педалями и повышает риск провоцирования ДТП. В связи с изложенным *предлагается медицинское освидетельствование водителей в возрасте старше 70 лет проводить не реже одного раза в два года, а не при плановой замене водительского удостоверения с периодичностью 10 лет*. В более подробной аргументации данного предложения нет необходимости, поскольку это уже сделано автором выше в параграфе 4.2.

В рамках данной главы автором определены социально-экономические эффекты, достигаемые муниципальными образованиями, субъектами РФ, страной в целом от реализации предложений диссертанта. Оценка чисто экономического эффекта проводилась на основе снижения финансовых затрат, вызванных последствиями летального исхода пострадавших в ДТП. По данным проекта Роузбад Европейского Союза, «стоимость жизни» одного человека для России в 2009 году оценена в 60 тысяч евро [169, с.7]. В 2017 году стоимость жизни россиянина возросла и, по данным Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, составила 1,2 млн. долларов[17], или 72,84 млн.руб. (в среднем по миру цена жизни тогда же оценивалась в 2,6 млн. долларов). Фактическое число погибших в ДТП согласно данным ГИБДД[18] составило 19100 человек. В итоге экономика страны потеряла 1391,244 млрд.руб., что заметно превышает прямые денежные издержки 880 млрд.руб., указанные в федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах» [20] для более раннего времени. Ко всему перечисленному добавляются, а вернее – превалируют психологические травмы, которые кого-то сопровождают

[17] URL:http://www.rg.ru (дата обращения: 28.06.2017)

[18] URL:http://stat.gibdd.ru (дата обращения: 31.03.2018)

не столь продолжительное время, а кого-то (вдовы, дети-сироты, вдовцы, братья, сёстры) сопровождают в течение многих лет. Кардинальное снижение количества ДТП с тяжкими последствиями благодаря реализации мер, предложенных диссертантом, позволит существенно снизить социально-экономический ущерб от последствий ДТП, улучшить демографическое положение в стране, повысить численность работающих с соответствующим ростом налоговых поступлений; сократить число дней нетрудоспособности работающего населения, а также снизить инвалидизацию – с соответствующими сокращениями непроизводительных финансовых затрат организаций и бюджетных расходов; изменить в лучшую сторону динамику строительства социально ориентированных объектов для населения (объекты здравоохранения, образования, культурно-просветительские, физкультуры и спорта и т.д.). Всё это приведёт к росту благосостояния населения, повышению качества УСНН с использованием автотранспорта.

Выводы по главе 4:

1. Обоснована первостепенная роль поведения водителей в достижении, поддержании константного состояния и роста качества услуг с использованием автотранспорта в обеспечении сохранности здоровья детей, других пассажиров в процессе перевозок. Исследованием, выполненным с применением научно-практических методов, обозначена устойчивая тенденция совершения большинства грубых нарушений ПДД определённой категорией водителей-любителей, демонстрирующей нелегитимное поведение за рулём транспортного средства, провоцирующей дорожно-транспортные происшествия, часто с тяжкими последствиями. Кроме того сделан обоснованный адъювантный вывод об одновременном проявлении низкого уровня сдержанности, корректности, благовоспитанности в общении с другими водителями, участниками дорожного движения (пешеходами, работниками ГИБДД, пассажирами транспортных средств, дорожными строителями) названной категорией водителей, «страдающей недугом недисциплинированности и бескультурья». Раскрыта абсолютная неэффективность для данной группы водителей не только применяемых методов

убеждения, критики, но и институционально действующих административных наказаний.

2. Введено понятие временного нездорового физического состояния водителя ТС, выработан консолидированный подход к решению данной проблемы, заключающийся в фундаментальной роли правильного поведения каждого водителя для исключения такого состояния путём предупредительных действий автоперевозчиков, медицинских работников, мобильных патрулей ДПС ГИБДД. Установлена тенденция недостоверности, нарушений утверждённого порядка проведения предсменных, предрейсовых медицинских осмотров водителей-профессионалов, частое отсутствие послерейсовых медосмотров – в нарушение приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. № 835н; предложены способы предупреждения подобных действий, повышения качества медосмотров. Показано чрезмерно либеральное отношение в нашей стране к проблеме управления автомобилем великовозрастными водителями, невнимание к повышению риска попадания в ДТП вследствие их неадекватных действий.

3. Научно обоснована актуальность всестороннего анализа истинных причин незаконопослушного, неблагопристойного поведения исследуемой категории водителей, несмотря на кажущиеся общеизвестность, избитость проблемы. Установлена гамма репрезентативных, заслуживающих выделения причин, являющихся одновременно факторами влияния на поведение. Для оптимизации процесса исследования способов снижения причинных факторов вплоть до их полной элиминации выделены доминантные причины неправомерного поведения (сведены в таблице 4.1). Подчёркнута глобальная роль трёх первых доминантных причин, вызывающих замедленную динамику снижения количества погибших и раненых в ДТП и, соответственно, препятствующих поддержанию приемлемого уровня качества автотранспортных услуг населению, не говоря уже об индуцированной динамике роста. Акцентирована необходимость скоординированных действий с целью устранения указанных причин в связи с их взаимной, тесной зависимостью.

4. Признана целесообразной внедрение прагматической нейтрализации отрицательных последствий базовой некомпетентности начинающих водителей, выражающихся в падении качества исследуемых услуг. Представлены научно-практические предложения, включающие как многообразные меры по увеличению продолжительности обучения будущих водителей в автошколе практическому вождению в сложных погодных условиях (снегопад, ливневый дождь, гроза, песчаная буря) и в обстановке бездорожья (глубокие ямы с грязью, заледенелое скользкое дорожное полотно, неглубокие водные преграды, заснеженная проезжая часть, слой града на дороге), дополнительному обучению водителей-новичков практическому вождению в рамках двухступенчатой выдачи водительского удостоверения, так и институциональные ограничения для начинающих (по скорости движения, дальности поездок, исключение управления автомобилем в ночное время суток, запрет пользования мобильным телефоном во время движения) с целью сведения к минимуму риска попадания в ДТП. Сочтена обязательной более качественная профессиональная подготовка преподавателей автошкол, обучающих будущих водителей практическому вождению.

5. Разработаны предложения, внедрение которых на федеральном уровне, в субъектах РФ, муниципальных образованиях позволит нейтрализовать негативное воздействие доминантных причин на темпы формирования легитимного и благопристойного поведения водителей транспортных средств, на поддержание качества услуг социальной направленности населению на потребном уровне. Предложенные меры позволят реализовать интегрирующую роль поведения водителей, индуцирующего вкупе с другими особо значимыми факторами влияния динамику роста качества автотранспортных услуг населению. Определены и представлены социально-экономические эффекты, достигаемые муниципальными образованиями, регионами, страной в целом от реализации предложений, подготовленных на основе выполненного расчёта возможного сокращения финансовых затрат, вызванных последствиями летального исхода попавших в ДТП. Подготовлена, проверена на практике и рекомендуется к нормативному оформлению, применению «Методика повышения качества

социальных услуг населению с использованием автомобильного транспорта путём мониторинга поведения, состояния здоровья водителей транспортных средств (ТС) и технического состояния ТС при автоперевозках населения (включая туристов) и перевозках грузов». Изложены научная ценность и особенность Методики, содержание, методы выполнения проверок, социально-экономические эффекты, достигаемые в результате применения автоперевозчиками, туроператорами (турагентами), страховыми компаниями.

ГЛАВА 5. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ОКАЗЫВАЕМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАНСПОРТА

5.1. Характеристика медицинских услуг, предоставляемых населению с помощью автотранспорта, системность оценки их качества

Виды медицинской помощи населению установлены Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6].

Объектом исследования в данной главе выбрано управление качеством медицинской помощи, оказываемой сельскому населению с использованием автомобильного транспорта.

Субъектом данного исследования являются, как уже указывалось в параграфе 1.1, следующие категории населения:

- жители отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений;
- население, работающее (часто вахтовым способом) в отдалённых и труднодоступных местах: на лесозаготовках, на рудниках, в местах разведки или добычи нефти, газа; в местах прибрежной добычи рыбы (в реках, озёрах); на угодьях сельскохозяйственного использования вдали от населённых пунктов;
- население, находящееся на кратковременном самоорганизованном отдыхе в труднодоступных и отдалённых местах (у водоёмов, в лесу, в горах);
- население, совершающее поездки на рейсовых автобусах, служебном или личном автотранспорте и попадающее в ДТП на труднодоступных и безлюдных участках автомобильных дорог, подлежащее эвакуации и госпитализации при необходимости.

Анализ некоторых данных по жителям сельских поселений (общая численность, динамика изменений количества медицинских организаций, обслуживающих сельских жителей; другие данные) показал следующее. Численность жителей в сельских населённых пунктах страны в 2001 году по

данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата)[19] составляла 39,2 млн. человек. Если сравнить её с численностью сельских жителей в 2020 году, равной 37,2 млн., налицо снижение численности на 2 млн. человек. Сокращение числа сельских жителей происходит по многим причинам, но одной из них является невысокий уровень качества медицинской помощи, особенно жителям малочисленных, отдалённых и труднодоступных населённых пунктов. Анализ показал, удельный вес сельских населённых пунктов, не имеющих связи по дорогам с твёрдым покрытием (то есть местные дороги в поселениях только грунтовые – самого низкого качества) с сетью дорог общего пользования (более высокого качества), составляет 29,6% ([176, с. 428]. Другими словами, почти треть сельских населённых пунктов не имеют стабильной автотранспортной связи с внешним миром. А в весеннюю и осеннюю слякоть, в условиях снежных заносов зимой такие населённые пункты попросту отрезаны от «большой земли». Сложившееся положение с транспортной доступностью значительной части сельского населения создаёт условия, при которых предоставление медицинской помощи (в том числе и скорой помощи) очень затруднено или вообще исключено. Подобная изолированность сельского населения от своевременной и полноценной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи является масштабной проблемой отечественного здравоохранения. К сожалению, её решение в прямом и конкретном изложении не нашло отражения в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на период с 2013-го по 2020 год. К изложенному следует добавить факты серьёзных дополнительных трудностей как для жителей сельских поселений, так и для медицинских организаций, создаваемых суровыми климатическими условиями на значительной территории страны. Всего один пример. Средняя температура января в Республике Саха (Якутия) составляет до минус 40-48ºС, а абсолютный минимум температуры достигает минус 66,8ºС. В таких условиях для оказания скорой

[19] Российский статистический ежегодник 2020. URL: https://gks.ru/bgd/regl/b20_13/Main.htm (дата обращения: 25.06.2021)

медицинской помощи, эвакуации больных с целью госпитализации, предоставления плановой медицинской помощи в форме выезда бригады медиков разных специальностей к местам проживания сельского населения требуются специальные автомобили повышенной проходимости, способные работать в условиях крайне низких температур. Недостаточное внимание вопросам оказания медицинской помощи жителям малочисленных, отдалённых и труднодоступных сельских поселений в реально сложившихся условиях, малая изученность уровня качества медпомощи, оказываемой с использованием автотранспорта, научным сообществом делает исследование данной проблемы актуальным. Ситуация усугубляется ещё и тем, что количество медицинских организаций в последние годы постоянно снижалось. Сокращение числа медучреждений негативно сказывается на доступности медицинской помощи, её своевременности, уровне качества в целом.

Для оценки качества медицинской помощи, предоставляемой исследуемым категориям населения, необходимо прежде всего определиться с понятием качества. Определение качества, которое дано в ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» как совокупность свойств и характеристик продукции или услуги, придающим им способность соответствовать установленным или предполагаемым требованиям. Данное определение может быть распространено на любую продукцию или услугу, включая медицинскую помощь, предоставляемую с использованием автотранспорта. Весь вопрос в том, что оно носит относительный характер и требует конкретизации как свойств и характеристик медицинской помощи, так и более чёткой определённости в установлении требований к ней. Больше ясности в определение качества медицинской помощи вносит Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, представленное как одно из приемлемых автором работы [199, с.13]. Текст определения гласит, цитата: «под качеством медицинской помощи понимается комплекс диагностической и лечебной помощи, которая приводит к оптимальным для здоровья конкретного пациента результатам, в соответствии с уровнем медицинской науки и такими

биологическими факторами как возраст, заболевание, сопутствующее заболевание, реакция на выбранное лечение и т.д. с минимальным риском дополнительного травмирования или нетрудоспособности». Многогранное, подробное определение, но с содержанием всё того же недостатка – наличием неопределённости, позволяющей всегда выдать желаемый результат за фактический. Наиболее всестороннее, ёмкое и приемлемое, по мнению автора, определение дано в статье 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ [6]: «качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Чтобы наиболее полно использовать данное определение следует проанализировать и выявить *совокупность характеристик*, показателей качества медицинской помощи для исследуемых категорий населения. В работе автора [170] подчёркивается особенность оценки качества медицинской помощи, заключающаяся в отсутствии единых общепринятых критериев многообразия методических подходов к выбору показателей качества. Так, некоторые авторы, упомянутые в работе [170, с.5-6], берут за основу анализ качества сравнением со стандартами и мониторингом за их соблюдением. Однако оценка качества медицинских услуг, оказываемых с помощью автотранспорта, была бы при таком анализе неэффективной в силу того, что существующие стандарты предъявляют требования к системам менеджмента качества, но не устанавливают конкретных требований к услугам (продукции). Сказанное подтверждается самим названием стандарта в области здравоохранения, действующим с 1 января 2010 года, − ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения»[20]. Представляет интерес подход авторов [170, с.6], которые полагают недостаточным использовать при оценке качества медицинской помощи только стандарты и предлагают делать это вкупе с

[20] URL:http:/www.StandartGost.ru (дата обращения: 20.12.2014)

экспертным анализом. Вместе с тем для проведения анализа экспертам необходимы конкретные показатели. Другие авторы, названные в работе [170, с.5], предлагают рассматривать эффективность медицинской помощи как критерий качества работы лечебно-профилактического учреждения. Поскольку уровень качества работы любой медицинской организации напрямую зависит от качества работы медперсонала, важно проводить оценку качества предоставления медицинских услуг персоналом. Актуальность названного управленческого решения подчёркивается в работе [166]. Авторы работы [193, с.30-31] предлагают для управления качеством медпомощи девять вполне приемлемых характеристик. Представляют интерес индикаторы качества Европейского Союза [260], США [275], в работе английского автора [237]. В то же время излишнее количество критериев качества медицинской помощи (например, 21 показатель помимо 12 критериев доступности, изложен в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов [18]), крайне затрудняет проведение оценки качества оказания медпомощи населению. Не отрицая важности указанных методов, других концепций, представленных в работах [ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»170], [193], [199], сочтено важным и целесообразным проводить оценку качества медицинской помощи с использованием автотранспорта, применяя *пять ключевых показателей качества* с дополнением каждого из них интегрированными показателями (соиндикаторами). Подобный подход представляется наиболее рациональным, поскольку практическое применение выявленных и обозначенных ключевых показателей подразумевает методологическое включение в той или иной степени некоторых показателей качества, используемых исследователями, названными в работах [170], [21].

При оценке эффективности управления качеством медицинской помощи, оказываемой исследуемым категориям населения, определении показателей, характеризующих её качество, применялся системный подход. Суть принципа системности в данном исследовании состояла в том, что качество медицинской

помощи рассматривалась как совокупность индикаторов, факторов воздействия, рост или снижение которых оказывает индивидуальное и совокупное влияние на конечный результат. При этом для достижения высокого качества медицинской помощи требуется значительный рост каждого ключевого показателя, а максимальное снижение уровня качества медпомощи возможно при резком падении хотя бы одного индикатора, являющегося элементом системы.

5.2. Основные показатели качества медицинской помощи жителям отдалённых и малочисленных сельских поселений, населению, работающему или отдыхающему в труднодоступных местах

В процессе исследования социальной услуги – медицинская помощь жителям отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений, населению, работающему или отдыхающему в труднодоступных местах и оказание скорой медицинской помощи населению, включая ДТП на автомобильных дорогах, в других местах – были установлены целевые индикаторы качества данной услуги. Из их числа выделены ключевые показатели качества, позволяющие наиболее полно и всесторонне оценить уровень качества медицинской помощи определённым категориям населения с использованием автомобильного транспорта. Сравнительная оценка весомости индикаторов качества выполнялась с применением системы KPI – ключевых индикаторов исполнения (деятельности). Оценка весомости пяти ключевых показателей качества в таблице 5.1 определялась экспертным путем - автором диссертации, что не противоречит системе KPI. Самым весомым показателем качества медицинской помощи и оказания скорой медицинской помощи автором определена её доступность. Обоснованность такой оценки подтверждается тем, что при низком уровне доступности медицинской помощи, а ещё хуже при её недоступности, что иногда случается для жителей отдалённых, труднодоступных населённых пунктов, не обеспечивается своевременность, полноценность и другие показатели качества.

Характеристика, исследование степени важности других ключевых показателей качества медицинских услуг изложена в параграфах 5.2, 5.3 диссертации, а порядок оценки изначальных и последующих значений ключевых показателей качества медицинской помощи – в Приложении 1.

Результаты анализа и выбора приоритетных индикаторов, их расстановки по степени весомости представлены в таблице 5.1.

Таблица 5.1 – **Ключевые показатели качества по услуге социальной направленности – медицинской помощи, оказываемой населению с использованием автотранспорта**

№ п/п	Наименование ключевого показателя качества	Весомость показателя
1	Доступность медицинской помощи и оказания скорой медицинской помощи	0,3
2	Своевременность предоставления медицинской помощи больным или пострадавшим в аварии, медицинской эвакуации и госпитализации	0,25
3	Полноценность оказываемой медицинской помощи	0,2
4	Результативность предоставляемой медицинской помощи	0,2
5	Удовлетворённость населения медицинской помощью	0,05
	Итого:	1

Источник: разработано автором

Как следует из таблицы, автором использованы качественные и количественные (в части весомости индикаторов) показатели с тем, чтобы оценка качества медицинской помощи методически совпадала с анализом и оценкой качества всех других услуг социальной направленности населению с применением автомобильного транспорта. В то же время при оценке интегрированных показателей, то есть соиндикаторов ключевых показателей качества медицинской помощи использованы только качественные показатели.

Самым весомым показателем качества медицинского обслуживания и оказания скорой медицинской помощи определён – *доступность медпомощи*.

Для такой оценки весомости имеются основания, поскольку доступность является самым важным показателем и для жителей сельских поселений (особенно малочисленных и/или отдалённых, не имеющих постоянной круглогодичной связи с сетью автомобильных дорог общего пользования требуемого качества); и для людей, попавших в чрезвычайную ситуацию на автодороге или в других местах; и для других исследуемых категорий населения. Если не обеспечена доступность медицинской помощи, не может быть и речи о других индикаторах качества – своевременности, полноценности, результативности. Доступность медицинской помощи, оказываемой с помощью автомобильного транспорта, зависит от интегрированных индикаторов (соиндикаторов), которые оказывают значительное влияние на доступность. Для удобства характеристики и последующей оценки уровня доступности медицинской помощи соиндикаторы объединены и представлены в таблице 5.2.

Таблица 5.2 – **Индикаторы второго уровня (соиндикаторы) доступности медицинской помощи с использованием автотранспорта**

№ п/п	Наименование соиндикаторов, характеризующих доступность медицинской помощи	Примечание
1	Укомплектованность медицинских учреждений, бригад скорой помощи, мобильных медицинских комплексов квалифицированным персоналом	Квалифицированный персонал состоит не только из врачей, среднего медицинского персонала, но и работников, не имеющих медицинского образования: специалистов, обслуживающих медоборудование; водителей транспортных средств; механиков гаража и др.
2	Укомплектованность станций скорой медицинской помощи и медучреждений, оказывающих выездную медпомощь,	

Продолжение таблицы 5.2

№ п/п	Наименование соиндикаторов, характеризующих доступность медицинской помощи	Примечание
	автомобилями повышенной проходимости	
3	Состояние дорог в местах оказания медицинской помощи	Показатель не применяется при оценке доступности медуслуг для жителей населённых пунктов, имеющих дороги с твёрдым покрытием
4	Оснащённость мест проживания, работы, отдыха населения и автомобильных дорог средствами стационарной или мобильной связи	
5	Информирование населения об уровне доступности медицинских услуг	
6	Финансово-экономическая доступность медицинской помощи для населения	

Источник: разработано автором

К числу соиндикаторов следует прежде всего отнести *укомплектованность квалифицированным персоналом (врачи, средний медицинский персонал) медицинских учреждений, бригад скорой медицинской помощи, мобильных медицинских комплексов, мобильных патронажных служб*. Под укомплектованностью понимается:

- наличие потребного количества квалифицированных врачей и других работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское образование;

- наличие достаточной численности квалифицированного среднего медицинского персонала;

- укомплектованность медицинских учреждений младшим медицинским персоналом, т.е. персоналом, обеспечивающим оказание медицинских услуг. Помимо укомплектованности квалифицированным медицинским персоналом, для

предоставления медицинских услуг высокого качества важно иметь достаточное количество специалистов, обеспечивающих подбор, эксплуатацию и ремонт медицинского оборудования различного назначения, а также опытных водителей спецавтомобилей в составе бригад скорой помощи и бригад планового медицинского обслуживания, осуществляемого с выездом к месту проживания населения.

Вторым соиндикатором показателя доступности медицинских услуг с использованием автотранспорта (см. таблицу 5.2) является *укомплектованность медицинских учреждений, станций скорой помощи, мобильных медицинских комплексов автомобилями повышенной проходимости.* Подобные автомобили необходимы в тех местах проживания, работы и отдыха населения, прибытие в которые медицинских работников в плановом порядке или по вызову на обычных автомобилях крайне затруднено либо просто невозможно. Способность к повышенной проходимости (наличие полного привода) таких автомобилей хорошо сочетается с оснащённостью другими системами безопасности. Повышенная проходимость автомобиля, его оснащённость системами безопасности должны сочетаться с укомплектованием современным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами. Тогда бригада медиков, которая призвана оказывать выездную медицинскую помощь, сделает это полноценно. Отсутствие автомобилей повышенной проходимости и, соответственно, трудная доступность или полная недоступность медицинских услуг для населения, можно рассматривать как фактор, существенно снижающий качество оказываемых медицинских услуг. Конечно, отсутствие или наличие у медучреждений, оказывающих выездную медицинскую помощь (включая скорую помощь), автомобилей повышенной проходимости нельзя рассматривать единственным аспектом невысокого уровня доступности медицинских услуг. Но для исследуемых категорий населения данный соиндикатор крайне важен.

К соиндикаторам доступности в результате исследования причислено и *состояние дорог (особенно межмуниципального и местного значения) в местах оказания медицинской помощи населению с применением автотранспорта*. Для

жителей городов, крупных населённых пунктов состояние автодорог практически не влияет на доступность медицинской помощи. А вот для жителей малочисленных или отдалённых сельских поселений, граждан, попавших в аварию на автодороге или другом месте данный соиндикатор играет важную роль. Состояние автомобильных дорог проявляется и при оказании скорой медицинской помощи, медицинской эвакуации и госпитализации населения в труднодоступных местах.

Доступность медицинских услуг с использованием автотранспорта характеризуется также таким соиндикатором, как *оснащённость мест проживания, работы, отдыха населения и автомобильных трасс средствами связи*. Актуальность данного индикатора второго уровня проявляется только в отдалённых местах проживания, работы, отдыха населения и применительно к некоторым автотрассам в регионах Сибири и Дальнего Востока. При оценке доступности медицинских услуг принималось во внимание только оказание скорой медицинской помощи, которая необходима жителям малочисленных и отдалённых сельских поселений, жителям достаточно крупных посёлков, работникам лесозаготовок, нефте-газодобытчикам, работникам рудников, прибрежной добычи рыбы, угодий сельскохозяйственного использования и отдыхающим в труднодоступных местах (у водоёмов, в лесу, в горах). Чаще всего многие указанные работники осуществляют свои трудовые обязанности вахтовым способом. Другие виды медицинской помощи с использованием автомобильного транспорта должны оказываться в плановом порядке (выездные профилактические осмотры и диспансеризация, иммунизация населения путём профилактических прививок с целью исключения распространения инфекционных заболеваний, профилактика неинфекционных заболеваний и др.), а потому наличие или отсутствие средств связи не оказывает влияния на доступность медицинских услуг.

При характеристике доступности услуги социальной направленности по оказанию медицинской помощи большое значение имеет соиндикатор *информирования населения, общественности об уровне доступности*

медицинских услуг, особенно специализированной, высокотехнологичной, профилактической медицинской помощи, включая санаторно-курортное лечение. Для оценки данного соиндикатора качества необходимо определить:

■ в какой информации нуждается население;

■ кем должна предоставляться информация;

■ содержание и качество фактической информации, предоставляемой населению.

В составе открытой и доступной информации, интересующей население можно назвать:

- телефон станции скорой медицинской помощи и плановое время прибытия бригады медиков по конкретному адресу пациента; расположение ближайшего пункта связи, с которого можно позвонить и сделать вызов экстренной (неотложной) медпомощи при отсутствии в месте проживания остро заболевшего средств стационарной или мобильной связи;

- адрес и телефон ближайшей медицинской организации, в которую может обратиться житель за медицинской помощью;

- адреса и телефоны медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь по конкретным видам заболеваний: заболевания сердца, лёгких, онкологические заболевания, болезни глаз и т.д.;

- координаты санаториев, в которых население может получить медицинскую помощь в виде санаторно-курортного лечения, исходя из видов заболеваний;

- информация об угрозе возникновения или об уже возникшей эпидемии, о возможности распространения социально значимых заболеваний.

Шестым соиндикатором доступности медицинской помощи (см. таблицу 5.2) определён – *финансово-экономическая доступность медицинской помощи для населения*. То, что он обозначен и характеризуется последним ничуть не снижает его особой важности, так как данный соиндикатор по существу может быть отнесён к числу приоритетных показателей доступности медицинской

помощи. В финансово-экономическую доступность медицинской помощи для населения включены следующие критерии:

- оказание бесплатной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации, особенно малообеспеченным слоям населения, пенсионерам;

- минимальное количество медицинских услуг, предоставляемых путём прямых платежей граждан;

- приемлемые цены на оказание платных медицинских услуг;

- свободная доступность необходимых лекарственных препаратов в любом населённом пункте страны, приемлемость их цен.

Обязательность всеобщей бесплатной медицинской помощи населению закреплена в статье 41 Конституции Российской Федерации [1]. Положение Конституции имеет важное значение для граждан страны, но особенно актуально для малообеспеченных слоёв населения, включая пенсионеров. Однако сам факт включения в число соиндикаторов финансово-экономической доступности медицинской помощи и критерия бесплатности медицинской помощи априори означает – с этим в России есть проблемы. Коль скоро отсутствие всеобщей бесплатной медицинской помощи в стране является аксиомой, важно было выяснить соотношение бесплатных и платных медицинских услуг населению. Столь же значимо было определить, является ли верным утверждение о превалировании бесплатных медицинских услуг, либо требование основного закона страны действует лишь на бумаге. В процессе исследования финансово-экономической доступности медицинской помощи ставилась задача определить соотношение стоимости на платные медицинские услуги в разных регионах страны с учётом прожиточного минимума для малообеспеченных слоёв населения. Поскольку оказание медицинской помощи чаще всего вызывает необходимость приобретения лекарственных препаратов за счёт пациентов, для полноценности исследования требовалось установить проблемность уровня их цен. При этом важно было выяснить, имеются ли вообще пользующиеся спросом лекарственные препараты в свободной продаже, а также установить наличие их в больницах, у бригад скорой помощи.

Приведенные выше соиндикаторы можно назвать индикаторами второго уровня, поскольку они характеризуют ключевой индикатор качества – доступность медицинской помощи.

Своевременность оказания медицинской помощи больным или пострадавшим в аварии – второй по весомости ключевой индикатор качества медицинского обслуживания населения с применением автомобильного транспорта. Своевременность имеет решающее значение при оказании неотложной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии, в другой аварийной ситуации. Важна своевременность медпомощи и при резком обострении хронических заболеваний или в случае первичных заболеваний, проявляющихся в крайне тяжёлой форме, часто требующих доставки больного для лечения в стационарных условиях. Если в пути следования к такому больному бригада скорой запоздает на час-другой из-за экстремальных погодных условий, труднопроходимой автодороги, по другим причинам, вполне возможны горестные последствия. Своевременность медицинской помощи предполагает проведение профилактических мероприятий, позволяющих выявить либо вообще предотвратить заболевания: регулярная диспансеризация (углублённый медицинский осмотр пациентов врачами, специализирующимися по разным болезням) с ранним диагностированием, со сдачей анализов и обследованиями на специальной медицинской аппаратуре; профилактические прививки; санаторно-курортное лечение и восстановление. Начало оказания медицинской помощи зависит от ряда обстоятельств, заметно влияющих на её своевременность. Такие факторы, которые по своему существу являются соиндикаторами своевременности определены и приведены в таблице 5.3. При этом в таблицу включены лишь наиболее значимые и бесспорные (с точки зрения автора) соиндикаторы.

Прежде всего своевременность оказания медицинской помощи с использованием автотранспорта зависит от *скорости движения ТС с медицинским*

Таблица 5.3 – **Интегрированные соиндикаторы ключевого показателя качества медицинских услуг – своевременности медицинской помощи, предоставляемой с использованием автотранспорта**

№ п/п	Наименование соиндикаторов, характеризующих своевременность медицинской помощи	Примечание
1	Скорость движения ТС с медицинским персоналом и пострадавшими в ДТП или больными, нуждающимися в госпитализации	
2	Состояние дорог в местах оказания медицинской помощи	Показатель не применяется при оценке своевременности медицинской помощи для жителей городов и населённых пунктов, имеющих дороги с твёрдым покрытием
3	Техническое состояние ТС медиков	
4	Укомплектованность мобильных медицинских комплексов, станций скорой медицинской помощи автомобилями повышенной проходимости	Показатель не применяется при оценке своевременности медицинской помощи для жителей населённых пунктов, имеющих дороги с твёрдым покрытием
5	Умение водителей ТС медицинских организаций управлять автомобилем в сложных дорожных и погодных условиях	
6	Соблюдение водителями ТС требования ПДД– уступить дорогу автомобилю скорой медицинской помощи	
7	Мотивирование и повышение ответственности медицинского персонала на всех уровнях управления качеством оказания медицинской помощи.	

Источник: разработано автором

Прежде всего своевременность оказания медицинской помощи с использованием автотранспорта зависит от *скорости движения ТС с медицинским персоналом и пострадавшими в аварии или больными, нуждающимися в госпитализации*. В сущности своевременность оказания медицинской помощи и скорость движения транспортного средства можно рассматривать как единый индикатор качества. Но такая идентичность уместна в основном при оказании услуг скорой медицинской помощи. Особую роль своевременность играет при тяжёлых травмах пострадавших в ДТП. В числе основных принципов оказания скорой медицинской помощи пострадавшим с сочетанными (повреждение двух и более областей тела в различном сочетании) шокогенными травмами на догоспитальном периоде в работе [156, с.12] названы:

«- оказание неотложной медицинской помощи в оптимальном объёме и в минимальные сроки;

- быстрая доставка пострадавшего с шоком непосредственно в шоковую операционную травмоцентра с упреждающим оповещением по рации его дежурной бригаде». Важна правильная маршрутизация пострадавших в ДТП:

тяжело пострадавшие с шокогенными сочетанными травмами подлежат доставке в травмоцентр I уровня, пострадавшие с менее тяжкими травмами – в травмоцентры II, III уровня. В методологии оказания скорой медицинской помощи пострадавшим в ДТП существует такое понятие, как правило «золотого часа». Суть его заключается в том, что если пострадавший с тяжёлыми травмами доставляется в стационар в течение первого часа с момента травмирования (времени «золотого часа»), достигается самый высокий уровень выживаемости. Получается, на вызов скорой, её прибытие, оказание первой медицинской помощи на месте аварии, доставку пострадавшего в условия стационара отпущен всего один час времени. В городских условиях такое вполне возможно, на отдалённых, труднодоступных участках дорог – крайне сложно. Если же к названным дорожным условиям добавляется фактор отсутствия вдоль трассы стационарных средств связи, нестабильной работы мобильных средств связи – «золотой час»

просто нереален. Своевременность медпомощи зависит и от следующих индикаторов:

- качества автомобильной дороги, по которой движется ТС;

- технической исправности ТС;

- оснащения ТС системами преодоления дорожных препятствий (снежные заносы, скользкое заледенелое дорожное покрытие, водные преграды, глубокие ямы с грязью);

- умения водителей управлять автомобилем в экстремальных погодных условиях (снежный буран, пыльная буря, ливневый дождь и др.);

- ответственности медицинского персонала на всех уровнях управления качеством медицинской помощи;

- системы мотивации персонала.

В раскрытии содержания и роли таких соиндикаторов своевременности, как состояние автомобильных дорог в местах оказания медицинской помощи и укомплектованность медучреждений, станций скорой медицинской помощи автомобилями повышенной проходимости нет необходимости, учитывая их подробную характеристику при рассмотрении показателя доступности медицинской помощи. А вот кратко изложить суть понятия *техническое состояние автомобилей*, мобильных медицинских комплексов транспортирующих медработников и больных или пострадавших в аварии, есть смысл. Тем более, что техническое состояние автомобиля обеспечивает не только своевременность медицинской помощи, но и безопасность пассажиров автомобиля во время их транспортирования. Многие техническое состояние автомобиля определяют как его техническую исправность, то есть отсутствие дефектов, препятствующих его функционированию. Тем самым понятия технического состояния и технической исправности отождествляются. Автор вкладывает в данные понятия несколько иной смысл, более объёмное содержание. Техническое состояние автомобиля предполагает:

- техническую исправность автомобиля, всех его систем и механизмов, что позволяет использовать его по назначению;

- срок эксплуатации и величину пробега, в годах и километрах соответственно;

- оснащённость автомобиля системами безопасности.

Более подробно критерии технического состояния ТС, методы обеспечения их высокого качества изложены в главе 4 диссертации.

Одним из соиндикаторов своевременности медицинской помощи является *умение водителей ТС медицинских организаций управлять автомобилем в сложных дорожных и погодных условиях*. По-существу такое умение возможно, если водитель знает конструкцию автомобиля, особенности его систем и механизмов. А главное – опытный водитель имеет многолетнюю практику управления автобусами, микроавтобусами, другими автомобилями разных марок. При этом маршруты движения различаются трафиком, протяжённостью, многообразием уровня качества дорог, сложностью (наличие водных переправ, преодоление железнодорожных путей на железнодорожных перекрёстках, горные трассы, холодный климат в течение многих месяцев года). Если водитель водит автомобиль по одному и тому же маршруту годами, требуемых умений, опыта он не приобретёт. Умение уверенно управлять транспортным средством вырабатывается и за счёт частых поездок в экстремальных погодных условиях: гололёд, обильный снегопад, снежный буран; сильный дождь с градом, стелящимся вдоль дороги; пыльная буря. Если у водителя отсутствуют умение и опыт, то на своевременность оказания скорой медицинской помощи, на соблюдение графика движения автобуса с пассажирами, следующими в медицинскую организацию) рассчитывать не приходится. Более того, несвоевременность медицинской помощи может перерасти в ненадобность её оказания. Получается, из-за неумелого водителя страдают больные, люди, попавшие в ДТП; медицинские работники, оказывающие медпомощь. Вот почему станциям скорой помощи, другим медучреждениям, предоставляющим медицинские услуги с использованием автотранспорта, важно иметь не только автомобили в нормальном техническом состоянии, но и умелых, опытных водителей. Наконец, о последнем соиндикаторе, характеризующем

своевременность медицинской помощи и включенном в число интегрированных ключевых показателей (см. таблицу 5.3). Своевременность медицинской помощи с применением автотранспорта невозможна *без ответственного отношения к качеству медицинской помощи работников органов здравоохранения всех уровней*. Впрочем, данный соиндикатор, во-первых, вполне можно включить в число ключевых показателей качества медицинской помощи с использованием автотранспорта. Во-вторых, он оказывает воздействие на большинство ключевых индикаторов качества медицинских услуг, на их соиндикаторы. Автор полагает, что качество медицинской помощи прежде всего зависит от эффективности управления системой менеджмента качества медицинских услуг со стороны руководителей органов здравоохранения на федеральном, региональных уровнях. Как отмечает автор работы [199, с.12] со ссылкой на позицию специалистов в области менеджмента качества, за 85-95% проблем качества отвечает система менеджмента, и только за 5-15% − непосредственные исполнители. С процентным соотношением можно согласиться не в полной мере, но эффективность любой системы менеджмента качества существенно зависит от уровня управляющих воздействий руководителей всех рангов, их ответственности за порученное дело, квалификации в сфере медицины и области управления персоналом. Эффективности работы руководителей посвящено немало исследований отечественных и иностранных авторов. Особое место среди них занимает работа Питера Друкера «Эффективный руководитель» [102]. Одно из проявлений искусства руководить персоналом – мотивация подчинённых. Решающее значение имеет мотивация путём обеспечения достойной оплаты труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Для отечественной медицины проблема крайне актуальна практически в любом регионе, муниципальном образовании. Наличие проблемы подтверждается изданием Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [11], утверждением государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, предусматривающих кардинальное изменение сложившейся

ситуации в лучшую сторону. Соглашаясь с приоритетной ролью роста оплаты труда медицинских работников, не следует рассматривать высокие заработки единственным способом мотивации работников. Есть и другие способы удовлетворения потребностей персонала, повышения его отдачи в работе. Исследованию систем мотивации посвящены работы авторов [81], [100], [103], [214] и другие. В завершение характеристики рассматриваемого соиндикатора своевременности медицинской помощи следует подчеркнуть, что в изученных отечественных исследованиях не нашла должного отражения проблема мотивации молодых специалистов – выпускников медицинских вузов к работе в отдалённых сельских поселениях. Чем ближе к месту проживания сельского населения располагается медицинское учреждение (даже с самой малой численностью персонала), тем своевременней может быть оказана медицинская помощь.

Высокая по весомости оценка дана ключевому индикатору качества медицинского обслуживания – *полноценности оказываемой медицинской помощи*. Полноценность предполагает прежде всего оказание населению медицинской помощи с использованием автотранспорта, объём, вид, качество которой соответствуют характеру заболевания и современным достижениям медицинской науки. Полноценность предусматривает профилактику заболеваний, внедрение и использование передовых методов диагностики всего спектра заболеваний, установление диагноза на ранних стадиях болезней. Полноценность оказания медицинской помощи в значительной мере зависит от квалификации врачей, среднего медицинского персонала, от уровня мотивирования к проявлению их лучших качеств. Под мотивированием в данном случае понимается убеждённость, любовь к своей профессии, желание постоянно повышать свою квалификацию, ответственное отношение к своим обязанностям, подкреплённые достойной оплатой труда медицинских работников всех категорий. Более подробно о методах всестороннего мотивирования медперсонала изложено в параграфе 5.3 – при анализе причин несвоевременного оказания исследуемой медицинской помощи. При всём при том количество врачей, среднего медицинского персонала,

специалистов, которым не требуется медицинское образование должно быть таким, чтобы выездные бригады медиков, включая персонал служб скорой помощи, были полностью укомплектованы. Важным соиндикатором полноценности является соиндикатор, обозначенный под номером пять в таблице 5.4, приведенной чуть ниже. Особенность соиндикатора – *уровень эффективности управления качеством медицинской помощи федеральным, региональными органами, в медицинских организациях* – состоит в его универсальности, воздействии не только на полноценность медицинской помощи, но и на её доступность, своевременность, результативность. Характеристика рассматриваемого соиндикатора дана выше применительно к показателю своевременности медицинской помощи. Полноценность медпомощи предполагает развитие инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, что предусматривается госпрограммой [24, с.953, 959], Национальным проектом «Здравоохранение» на шестилетний период 2019 – 2024 годы [49]. Полноценная медицинская услуга – это назначение наиболее эффективных лекарств и процедур больным, обеспечение приемлемого уровня цен на лекарства. Полноценность медицинского обслуживания населения с выездом к местам его проживания включает обеспечение безопасности и комфортности медицинского персонала, пострадавших в аварии, жителей с острыми заболеваниями, требующими доставки в условия стационара. Наконец, ещё одним соиндикатором полноценности медицинского обслуживания населения является *формирование у населения здорового образа жизни*, включающее действенную пропаганду отказа от курения, чрезмерного употребления алкогольных напитков, отказа от наркотиков, а также практическое действие по оказанию конкретной помощи наркоманам и алкоголикам. Перечисленные соиндикаторы полноценности медицинской помощи систематизированы и включены в таблицу 5.4.

Таблица 5.4 – **Соиндикаторы полноценности медицинской помощи, оказываемой с использованием автомобильного транспорта**

№ п/п	Наименование соиндикаторов, характеризующих полноценность медицинской помощи	Примечание
1	Укомплектованность медицинских организаций, бригад скорой помощи, мобильных медицинских комплексов, квалифицированным медицинским персоналом	
2	Оснащённость автомобилей скорой помощи, мобильных медицинских комплексов, мобильных патронажных служб, медицинских организаций современным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами	
3	Рост количества специализированных медицинских центров в регионах, обеспечение их доступности для малообеспеченных слоёв населения	
4	Уровень эффективности управления качеством медицинской помощи федеральными, региональными органами здравоохранения, в медицинских организациях	
5	Степень развития выездных методов оказания полноценной медицинской помощи исследуемым категориям населения	
6	Формирование у населения здорового образа жизни	

Источник: разработано автором

Четвёртым ключевым показателем качества медицинского обслуживания населения с помощью автотранспорта автором определена *результативность оказанной медицинской помощи*, действующая в течение длительного времени. Несмотря на то, что данный индикатор занимает предпоследнее место в таблице 5.1, роль его не стоит преуменьшать. Результативность заключается в достижении максимально возможного положительного итога оказанной медицинской помощи, в том числе социально-экономической эффективности. Причём полученный

положительный результат, во-первых, должен достигаться в сравнительно короткие сроки, а, во-вторых, должен действовать в течение длительного времени, что служит свидетельством выздоровления больного (пострадавшего в чрезвычайной ситуации). Часто достигнутый эффект проявляется лишь в ограниченный период времени, а показатель качества во многом зависит от такого фактора, как квалификация, профессионализм медицинских работников, который проявляется в:

- оперативном установлении диагноза, т.е. определении болезни на основании обследования больного (определении степени тяжести травм применительно к пострадавшим в аварии);

- оказании полноценной медицинской помощи больному (или пострадавшему в аварии);

- назначении наиболее эффективных лекарственных препаратов и процедур с целью восстановления и стабилизации здорового состояния пациента;

- внимательном, заботливом отношении к больному.

Результативность медицинского обслуживания зависит от наличия всей гаммы необходимых лекарств в аптеках и стационарных лечебных учреждениях. На результативность также влияет уровень оснащения современным диагностическим, лечебным (процедурным) оборудованием и инструментом медицинских организаций, машин скорой помощи, мобильных медицинских комплексов, мобильных патронажных служб, которые используются при выездных методах работы. Основам оснащения автомобилей скорой помощи специальным медицинским оборудованием, позволяющим осуществлять догоспитальную интенсивную терапию и реанимационные мероприятия пострадавшим с тяжёлой сочетанной (повреждение двух и более областей тела в различном состоянии) шокогенной травмой, организации подготовки специализированных реанимационных бригад, оказанию медицинской помощи пострадавшим посвящена работа [156]. Соиндикатором результативности и одновременно фактором, влияющим на её уровень, является соблюдение пациентами установленного режима поведения и здорового образа жизни. Все

старания медиков могут пойти насмарку, если пациенты не соблюдают установленный врачом режим поведения: своевременный приём лекарств; оптимальные нагрузки на организм за счёт соблюдения назначенного режима труда и отдыха; прогулки на свежем воздухе, занятия оздоровительной физкультурой; исключение злоупотреблений алкоголем, курением и т.п. Важно также отметить, что результативность оказанной медицинской помощи пациентам даёт положительные социально-экономические эффекты для регионов, страны в целом в виде сокращения смертности, увеличения рождаемости и продолжительности жизни, снижения заболеваемости населения, роста трудоспособной категории населения, сокращения выплат по стойкой и временной нетрудоспособности. Выявленные и систематизированные в процессе исследования соиндикаторы результативности представлены в таблице 5.5.

Таблица 5.5 – **Соиндикаторы результативности медицинской помощи, оказываемой населению с использованием автомобильного транспорта**

№ п/п	Наименование соиндикаторов, характеризующих и влияющих на результативность медицинской помощи	Примечание
1	Своевременность и полноценность оказания медицинской помощи больным и пострадавшим в аварии	
2	Длительное сохранение удовлетворительного состояния пациента после лечения болезни, выполненной операции	
3	Квалификация, профессионализм врачей и среднего медицинского персонала	
4	Обеспеченность медицинских организаций, машин скорой помощи, мобильных медицинских комплексов современным высокотехнологичным оборудованием и лекарственными препаратами	
5	Соблюдение пациентами установленного режима поведения и здорового образа жизни	

Источник: разработано автором

Удовлетворённость населения медицинской помощью − пятый ключевой показатель качества медицинской помощи населению с использованием автомобильного транспорта. Сравнительно малая величина весомости данного индикатора качества (см. таблицу 5.1) не является признаком его низкой значимости, но обусловлена противоречивостью и неоднозначностью оценок уровня качества медицинских услуг населением. В одном и том же сельском поселении степень удовлетворённости различных категорий населения (возраст, пол, образование, профессия), высказываемая при социологических опросах, собеседованиях может сильно разниться. Удовлетворённость – это скорее чувственное восприятие медицинской помощи с присущей людям субъективностью, часто не соответствующее реальному уровню качества медицинских услуг. Несмотря на это, изучение общественного мнения, удовлетворённости населения медицинской помощью остаётся актуальным. В определённой мере удовлетворённость характеризуется количеством обоснованных жалоб. Ряд исследователей, указанных в работе [170, с.6-7], равно и как сам автор упомянутой работы, подчёркивают важность учёта мнения пациентов. Такой же позиции придерживаются авторы работ [193, с.34], [122], [179]. Не стоит отрицать полезность изучения и учёта позиции населения по той или иной проблеме, связанной с медицинской помощью, целесообразность выявления имеющихся недостатков. В то же время критические высказывания пациентов всегда следует анализировать, подвергать проверке, подтверждать и дополнять или опровергать исследованием независимых экспертов, специалистов.

5.3. Системный анализ и методика оценки качества медицинской помощи населению, оказываемой с применением автотранспорта

Оценка уровня качества услуги социальной направленности – медицинской помощи с использованием автотранспорта, оказываемой исследуемым категориям

населения, проводилась по ключевым показателям качества, представленным в таблице 5.1, а также по индикаторам второго уровня (соиндикаторам), названным в тексте параграфа 5.2 диссертации. Кроме того, учитывались оценки качества медицинской помощи исследуемым категориям населения, полученные из работ отечественных и зарубежных учёных, экспертов и специалистов, из официально публикуемых данных Росстата, иных источников.

Анализ *доступности медицинской помощи* жителям малочисленных и отдалённо расположенных сельских поселений показал, что в силу некоторых причин сложилось положение, когда медицинские учреждения территориально доступны только для 49,4% сельского населения, для 40% они труднодоступны, для 9% − недоступны [21, с.8347]. Иными словами, важнейший показатель качества оказания медицинской помощи – её доступность для половины сельских жителей страны имеет низкое значение. Авторы работы [195, с.529] подчёркивают – доступность медицинской помощи для сельского населения в 1,3-1,5 раза ниже по сравнению с городскими жителями. Меньшая доступность медицинской помощи на селе отмечается и в работах [171, с.21], [193, с.35]. В таких условиях оценка качества медицинского обслуживания большинства сельских жителей по таким ключевым показателям, как своевременность, полноценность, результативность становится сложной.

Соиндикатор *укомплектованности медучреждений, бригад скорой помощи, мобильных медицинских комплексов квалифицированным медицинским персоналом* имеет важное значение для роста показателя доступности медицинских услуг. Действительно, о какой доступности медицинского обслуживания населения может идти речь при нехватке или даже полном отсутствии медицинского персонала – для обслуживания людей в малочисленных и отдалённых сельских населённых пунктах, в других труднодоступных местах? К примеру, по данным Минздрава Республики Башкиртостан [218, с. 20-21], в сельском здравоохранении обеспеченность врачами в 2,5 раза ниже, чем в городах. Вне зоны доступности первичной медико-санитарной помощи проживают 5 300 человек в 108 сельских населённых пунктах. К сельским

жителям направляются мобильные медицинские комплексы (передвижные мобильные ФАПы). Однако 72 % мобильных медицинских комплексов находятся в аварийном состоянии, что негативно сказывается на доступности первичной медико-санитарной помощи для сельских жителей. К тому же, в 152 мобильных медкомплексах работают только медсёстры, а в 105 передвижных мобильных ФАПах вообще отсутствуют специалисты. Актуальность укомплектования медицинскими кадрами в сельской местности подчёркивается и в научной статье Бровкиной М. [77, с. 3].

Утверждение автора о нехватке медицинских кадров в сельской местности подкреплено не только мнениями экспертов и специалистов, но и данными официальных документов. О недоступности медицинских услуг для 9% сельских жителей страны (почти 3,4 млн.), трудной доступности для 40% сельских жителей (15 млн.) уже излагалось выше по тексту со ссылкой на документ [21, с.8347]. Неукомплектованность медучреждений врачами и средним медицинским персоналом подтверждается задачами, поставленными в 2014 году в госпрограмме «Развитие здравоохранения» РФ, действовавшей на период, включая 2020 год. В числе важных показателей (индикаторов) госпрограммой установлен рост численности среднего медицинского персонала, приходящейся на одного врача – с 2,2 в 2014 году до 3,0 в 2020 году. По обеспеченности врачами (на 10 тыс. человек населения) поставлена задача о поддержании численности на уровне 40,2 в каждом регионе. Следует подчеркнуть, что ещё раньше принятия программы «Развитие здравоохранения» Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [11], наряду с другими важными мерами, дано поручение Правительству РФ и руководителям регионов *об устранении дефицита медицинских кадров*, повышении оплаты труда медперсонала. Распоряжением Правительства РФ от 15 апреля 2013 г. № 614-р [38] утверждён Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, в п.5 которых предусмотрено поэтапное устранение дефицита медицинских кадров. Позицию автора о

неукомплектованности кадрами медицинских учреждений, станций скорой помощи не следует воспринимать в качестве предложения о безмерном наращивании численности медицинского персонала в регионах. Искусственно раздутая численность медработников вовсе не адекватна реальному количеству пациентов и тем более объёму, качеству оказываемой медицинской помощи, особенно в малочисленных и отдалённых сельских поселениях, при авариях разного рода, в труднодоступных местах работы и отдыха населения. Тем не менее общая численность медицинского персонала в стране оценена как недостаточная, но её увеличение должно быть в каждом регионе оптимальным и увязанным с реальным количеством пациентов. Предложения диссертанта по решению данной проблемы способствуют выполнению поручения Президента РФ Указом от 7 мая 2018 г. № 204 о, цитата «ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». Для устранения дефицита кадров в медицинских учреждениях сельских населённых пунктов (фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), офисы врачей общей практики, врачебные амбулатории), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также в организациях, предоставляющих более полноценную, квалифированную медицинскую помощь нужны прежде всего сами учреждения. К сожалению, численность ФАПов сократилась, например, с 44 600 единиц в 2000 году до 34 288 единиц в 2015 году[21], а ввод в действие ФАПов (офисов врачей общей практики) в 2016 – 2017 годах составил 129[22] и 102[62] единицы соответственно. То есть на начало 2018 года число ФАПов составляло 34 519 единиц, что означает снижение их количества по сравнению с 2000 годом более чем на 10 тысяч. Важно также, в каком состоянии находятся здания, в которых располагаются ФАПы. По данным экспертов Общероссийского народного фронта (ОНФ) [97], 6200 строений (примерно 20 %) построены более 50 лет назад при сроке службы зданий медицинских организаций в малых

[21] URL:http://www.fedstat.ru/indicator/43036 (дата обращения: 04.08.2017)
[22] Данные аналитического департамента Минсельхоза РФ. URL:http://www.mcx.ru/analitics (дата обращения:15.05.2018)

сельских поселениях, составляющем 37 лет. В некоторых сёлах экспертами ОНФ обнаружены и более старые сооружения.

Оценка реального состояния интегрированного индикатора (соиндикатора) показателя доступности медицинских услуг – *укомплектованности станций скорой медицинской помощи и медучреждений, оказывающих выездную медпомощь автомобилями повышенной проходимости в виде мобильных медицинских комплексов,* проводилась с учётом следующего. Принималось во внимание, что актуальность данного соиндикатора как показателя доступности медуслуг проявляется применительно к труднодоступным, отдалённым сельским поселениям, особенно поселениям, численность жителей которых крайне низкая. Указанный соиндикатор использовался и при оценке доступности оказания скорой медицинской помощи населению, с медицинской эвакуацией при необходимости, работающему, нередко вахтовым способом, в отдалённых и труднодоступных местах, добраться до которых возможно практически только на спецавтомобилях повышенной проходимости (на них же проводится медицинская эвакуация острозаболевших). Соиндикатор применяется также при оценке доступности оказания скорой медицинской помощи, медицинской эвакуации пострадавших в ДТП на труднопроходимых автодорогах, проехать по которым медицинский персонал способен только на автомобиле повышенной проходимости (с полным приводом), в том числе выполнить медицинскую эвакуацию. Необходимость применения автомобилей повышенной проходимости для оказания выездных медицинских услуг и оказания скорой медицинской помощи жителям труднодоступных сельских поселений, особенно с малой численностью проживающих, обусловлена необходимостью доставить медперсонал и тем самым исключить низкий уровень доступности медицинского обслуживания, а порой полную недоступность какой-либо медицинской помощи. Исследование показало, что уровень обеспеченности таких посёлков фельдшерско-акушерскими пунктами, амбулаториями крайне низкий и имел тенденцию к снижению количества медицинских учреждений. Региональные исполнительные органы, включая соответствующие органы здравоохранения, при

этом ссылаются на экономическую нецелесообразность содержания даже фельдшерских пунктов. Из этого следует, что указанные государственные органы, решая задачу доступности медицинской помощи для жителей малочисленных поселений, экономическую составляющую ставят выше социальной. Тем самым не всегда выполняются требования статьи 10 Федерального закона № 323-ФЗ [6] к размещению медицинских организаций по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения, исходя из потребностей населения. В результате уровень качества медицинских услуг жителям малочисленных сельских поселений существенно снижается. Восполнить указанный пробел в определённой мере позволяют выездные бригады плановой медицинской помощи и бригады скорой медицинской помощи с применением автомобилей повышенной проходимости. Отсутствие последних часто не только затрудняет оказание медицинской помощи населению в труднодоступных местах, но порой даже исключает такую возможность. Нет оснований утверждать, что сложившееся положение с оказанием медуслуг сельскому населению вызвано только неукомплектованностью медицинских учреждений спецавтомобилями повышенной проходимости. Круг взаимосвязанных объективных и некоторых иного рода причин гораздо шире, но о них подробней чуть ниже.

Отдельный анализ проводился по оказанию скорой медицинской помощи в ДТП на дорогах местного и межмуниципального значения, проезд по которым в осенне-зимний период и ранней весной на автомобилях без полного привода не просто затруднён, а практически невозможен. Такой же предельно низкий уровень доступности скорой медицинской помощи, медицинской эвакуации пострадавших в ДТП устойчиво держится и на некоторых федеральных трассах, автодорогах регионального значения (особенно в регионах Сибири и Дальнего Востока), ремонт которых и обслуживание (чистка от снежных заносов, скоплений грязи, нейтрализация участков повышенной скользкости) проводится не периодически, регулярно, а от случая к случаю, бессистемно. Нехватка автомобилей повышенной проходимости, оснащённых помимо системы полного

привода другими системами активной безопасности, как соиндикатор доступности скорой медицинской помощи для пострадавших в ДТП проявляется на всех указанных автодорогах в полной мере, существенно снижая не только уровень доступности, но и другие показатели качества скорой медицинской помощи, включая эвакуацию пострадавших с обеспечением своевременной доставки в стационарное лечебное учреждение.

Анализ следующего соиндикатора доступности – *состояния дорог в местах оказания медицинской помощи* – показал его исключительную важность не только для доступности, но и для своевременности оказания медпомощи, особенно по вызовам больных и при ДТП. Уже отмечалось, что половина жителей сельских населённых пунктов испытывает трудности в получении квалифицированной медицинской помощи, в том числе, и это особенно важно, в получении услуг станций скорой медицинской помощи. Фактор неудовлетворительного состояния автомобильных дорог, связывающих посёлки с дорогами с твёрдым покрытием, негативно сказывается на доступности медицинских услуг. Серьёзные трудности испытывают больные, выезжающие для получения полноценной медицинской помощи, в поликлиниках или больницах, поскольку маршрутные автобусы часто не в состоянии преодолевать сложное бездорожье. Ещё трудней приходится больным, которые по состоянию здоровья не в состоянии преодолеть путь до стоянки автобуса. Приходится вызывать скорую медицинскую помощь, автомобиль который нередко тоже не в состоянии преодолеть трудные дорожные условия. Ослабить неблагоприятное влияние на доступность медицинских услуг некачественных дорог позволяют, как уже подчёркивалось, автомобили повышенной проходимости. Низкое качество дорог отрицательно сказывается и на предоставлении услуг скорой медицинской помощи населению, работающему в труднодоступных местах. Исследование показало, что данная категория работающего населения зачастую не в состоянии получить медицинскую помощь и вынуждена добираться до населённых пунктов, имеющих лечебное учреждение, собственными силами, с помощью сослуживцев. Столь же негативно сказывается плохое состояние автомобильных дорог или их полное отсутствие при

необходимости получения скорой медицинской помощи жителям, проводящих свой отпуск, досуг в труднодоступных местах (у водоёмов, в лесу, в горах). Для бригады скорой помощи крайне сложно бывает прибыть в отдалённые места по грунтовым дорогам, затрудняющим или вообще исключающим передвижение обычных автомобилей станции скорой помощи. Из-за отсутствия официальных данных по медицинскому обслуживанию граждан, работающих или отдыхающих в труднодоступных местах, отсутствия научных работ по данной проблеме, автор проводила оценку уровня доступности медицинских услуг, включая влияние соиндикатора состояния автодорог, путём изучения официальных государственных источников [21], [33], [193], [109] и др.

Четвёртым соиндикатором доступности медицинских услуг (см. таблицу 5.2) определена *оснащённость мест проживания, работы, отдыха населения и автомобильных дорог средствами стационарной или мобильной связи*. Анализ оснащённости средствами связи и, соответственно, напрямую связанной с ней доступности медицинских услуг, проведенный автором, выявил – в некоторых зонах регионов России отсутствуют и стационарная, и мобильная связь. Такое положение особенно характерно для отдалённых, труднодоступных мест проживания, работы и самоорганизованного отдыха населения Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Отсутствие средств стационарной и мобильной связи в отдалённых и малочисленных сельских поселениях, в труднодоступных местах работы и отдыха населения приводит к полной недоступности скорой медицинской помощи для немалого количества жителей. Иными словами, больным в критическом положении медицинская помощь не предоставляется, если в поселении, труднодоступных местах работы, отдыха отсутствует медицинское учреждение хотя бы в виде ФАП. Используя метод практического визуального наблюдения и обобщений, автор, наряду с другими проблемами, исследуемыми в диссертации, в течение 3-х лет изучала состояние со средствами связи на федеральной трассе М-4 «Дон». Установлено, что на большинстве участков трассы проблем со средствами связи нет. Вместе с тем на некоторых участках трассы в Центральном федеральном округе

устойчивое функционирование мобильной телефонной связи не было обеспечено, что исключает возможность сообщить по телефону 112 о больном в критическом состоянии или пострадавших в ДТП. В подобных ситуациях полагаться можно только на водителей ТС, которые окажут первую помощь, сообщат о случившемся в месте устойчивой телефонной связи или доставят пострадавших в ближайший стационар.

Ещё один из подлежащих оценке соиндикаторов доступности медицинской помощи (см. таблицу 5.2), оказываемой с помощью автотранспорта − *информирование населения об уровне доступности медицинских услуг*. Анализируя содержание и качество информации о доступности медицинской помощи, предоставляемой населению, автор установила следующее. Многие регионы не предоставляют в полном объёме всю вышеперечисленную в параграфе 5.2 диссертации информацию, интересующую население. Тем самым снижается доступность медицинской помощи. Определённая часть сельских жителей получает необходимую информацию о медицинской помощи (опять же по собственной инициативе, а не от органов здравоохранения) от родственников, соседей, знакомых. Что уж говорить о доступности информации о медицинской помощи жителям отдалённых, малочисленных сельских поселений. Таким образом, целенаправленное информирование сельского населения о доступности медицинских услуг пока находится на довольно невысоком уровне.

Оценка одного из ключевых соиндикаторов доступности медицинской помощи – *финансово-экономической доступности медицинской помощи для населения* – проводилась на основе методологии, изложенной в параграфе 1.2 диссертации. При оценке использовались критерии финансово-экономической доступности медицинской помощи, характеристика которых дана в параграфе 5.2. Анализ научной литературы, публикаций в средствах массовой информации, собеседования с жителями разных регионов страны, с экспертами и специалистами показал, что всеобщей бесплатной медицины в стране нет. Тем самым не выполняется требование статьи 41 Конституции Российской Федерации. Недостаточная фактическая реализация данного права граждан

страны отмечается, например, в работе [117]. Тем не менее утверждать о невозможности для граждан получать значительный объём медицинских услуг без платежей из собственного карман было бы ошибочным. Во-первых, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи каждый гражданин имеет возможность получить медицинскую помощь в территориальных медицинских организациях бесплатно. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме (проще, услуги скорой помощи) оказывается бесплатно. Не говоря уже об экстренной помощи Всероссийской службы медицины катастроф, которая делает это всегда не за счёт пострадавших [27]. Бесплатные для населения медицинские услуги оказываются также за счёт средств фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). Казалось бы, в чём проблема, откуда разговоры о платных медицинских услугах. Дело в том, что некоторые анализы, обследования на медицинской аппаратуре, другие медицинские процедуры выполняются для пациента за его счёт. Причём на больных «наживаются» даже федеральные и районные поликлиники и больницы. Последние имеют тенденцию расширять количество платных палат. Ещё хуже для населения дела обстоят (с точки зрения оплаты услуг за счёт пациентов) в высокотехнологичных специализированных медицинских центрах. В них стало обыденным предлагать медицинские услуги, мягко говоря, за немалые деньги. Получается, что малообеспеченные жители отдалённых сельских поселений лишены возможности получить полноценную медицинскую помощь по причине отсутствия необходимых денежных средств (их может хватить лишь на оплату поездки на транспорте, да и то не всегда). Правда, есть возможность дождаться так называемой бюджетной (бесплатной) квоты на лечение в специализированном институте, центре, но время ожидания квоты нередко таково, что необходимость в ней отпадёт, поскольку родственникам придётся уже платить за ритуальные услуги. Анализ соотношения бесплатных и платных медицинских услуг для населения показал неоднозначность баланса, его зависимость от множества факторов, главным из которых, на взгляд автора,

является степень озабоченности региональных органов здравоохранения проблемой предоставления населению бесплатных медицинских услуг, а также уровень контроля со стороны Минздрава РФ. Всё вышеизложенное подтверждается результатами проверки выполнения программы госгарантий бесплатного оказания медпомощи и выводами аудиторов Счётной палаты[23]: при бесплатной медицине жители России всё больше тратят денег из собственного кошелька на лечение. Объём платной медицинской помощи увеличился на 14 млрд. рублей, выявлен рост на 12% больных, лечение которых проводилось в стационарах за деньги пациентов. Приведенные цифры относятся только к государственным и муниципальным лечебно-профилактическим медицинским организациям и не касаются негосударственных медицинских учреждений. Применительно к последним следует отметить следующее. Реальные возможности бюджетного здравоохранения в стране таковы, что они не удовлетворяют население в полном объёме. Поэтому люди всё чаще вынуждены обращаться в частные лечебные учреждения, в которые некоторым из них необходимо совершать вынужденные поездки на автомобильном транспорте, нередко на большие расстояния. Отсюда происходит заметный рост негосударственных лечебных учреждений. Автор поддерживает тенденцию роста платных медицинских услуг частными организациями. Однако возможность получения подавляющего большинства медицинских услуг бесплатно при этом в Конституции никто не отменял.

Что касается финансово-экономической доступности и обеспеченности лекарственными препаратами в стационарах, автомобилях скорой помощи авторы работ [171, с.37], [195, с.310] отмечают их недостаточный уровень. То же подтверждают социологические опросы руководителей больничных учреждений: 39,5% респондентов отметили плохое лекарственное обеспечение [122, с.19]. Справедливости ради, следует отметить позитивное отношение Минздрава РФ к достаточности комплектации лекарственными препаратами машин скорой

[23] URL:http://www.rg.ru (дата обращения: 12.08.2014)

медицинской помощи, что особо оговорено в приказе Министерства здравоохранения РФ от 7 августа 2013 г. № 549 н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» [42]. Такой же подход характерен и для комплектации автомобилей Всероссийской службы медицины катастроф.

Итак, нет оснований утверждать о высоком уровне важнейшего индикатора качества медицинской помощи – её доступности. Речь идёт о медицинской помощи населению, предоставляемой с использованием автомобильного транспорта. Сделанный вывод наиболее приемлем и уместен применительно к населению, проживающему, работающему и самоорганизованно отдыхающему в отдалённых, труднодоступных местах. Невысокий уровень доступности медицинской помощи характерен для названной категории населения по всем видам медицинской помощи, оказываемой с использованием автотранспорта:

- первичной медико-санитарной помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной;
- скорой медицинской помощи, в том числе специализированной;
- паллиативной (избавление от боли неизличимо больных граждан).

Отдельно следует дать оценку по индикатору доступности скорой медицинской помощи и службе медицинских катастроф. Работу станций скорой медицинской помощи в целом по стране следует, как уже отмечалось, признать качественной, за исключением оказания помощи населению в труднодоступных местах, в малочисленных сельских поселениях, а также при ДТП с не очень тяжкими последствиями для небольшого количества пострадавших на труднодоступных автодорогах. Скорая помощь, образно говоря, − медицинское лицо города, населённого пункта, автодороги. Экстренный, неожиданный контакт пациента с медициной, как правило, происходит именно с участием работников скорой. Именно поэтому качеству работы станций скорой медицинской помощи уделяется первоочередное внимание многих субъектов РФ. Разумеется, бывают редкие, досадные исключения в работе станций скорой помощи в легкодоступных

местах проживания населения, но они не могут принизить общий высокого качества уровень работы. Вместе с тем работа станций скорой медицинской помощи, которые обслуживают население труднодоступных сельских поселений, работающее или самоорганизованно отдыхающее в столь же труднодоступных для автотранспорта местах требует существенного улучшения как по показателю качества – доступности, так и по своевременности. Низкий уровень доступности скорой медицинской помощи проявляется и при дорожно-транспортных происшествиях, которые происходят в труднодоступных и безлюдных местах автомобильных дорог. В сложных дорожных условиях (ямы на дороге, большие снежные заносы, глубоко разбитая колея и т.п.), иногда в сочетании с отсутствием устойчивой мобильной связи вызвать скорую помощь при ДТП представляется возможным только через водителей встречного или попутного автотранспорта. С научно-исследовательской позиции к данному явлению следует отметить низкую доступность медицинской помощи в силу неустойчивости средств мобильной связи, недопустимо больших интервалов в расположении пунктов постоянных средств телефонной связи либо из-за сложных дорожных условий. Хуже всего, когда названные негативные факторы, снижающие показатель доступности скорой медицинской помощи, действуют одновременно. В федеральной целевой программе [33, с.12178] приведены следующие данные: около 60% летальных исходов при совершении ДТП приходится на догоспитальный период, т.е. из-за несвоевременного прибытия бригады скорой помощи к месту ДТП и длительной доставки пострадавших в условиях стационара. Указанная статистика – свидетельство не только низкого уровня показателя своевременности, но и невысокого уровня индикатора доступности медицинских услуг станций скорой помощи при ДТП на автодорогах с неблагоприятными условиями со средствами стационарной и мобильной связи, с низким качеством дорожного покрытия.

Далее качество медицинской помощи населению с использованием автомобильного транспорта подлежит оценке по второму (см. таблицу 5.1) ключевому показателю – *своевременности оказания медицинской помощи*. Дефиниции интегрированных индикаторов (соиндикаторов) данного ключевого

показателя качества, их краткая характеристика изложены в параграфе 5.2 диссертации. При системном анализе своевременности оказания медицинской помощи с использованием автотранспорта учитывались результаты оценки качества по показателю доступности, изложенные выше. Не всегда медицинские услуги, включая скорую медицинскую помощь, своевременны для населения, работающего в труднодоступных местах. В таких местах медицинские организации (даже в виде медицинского пункта) нередко отсутствуют, а машина скорой медицинской помощи с бригадой медиков добирается к остро заболевшим по труднодоступным дорогам долго. Или вообще не приезжает, если её вызвать невозможно из-за отсутствия стационарных средств связи или нестабильной мобильной связи. Неблагоприятным сочетанием и того и другого может служить пример деревни Брежнево Калужской области, в которой диссертант проводила выборочный опрос жителей и фельдшера. Для того, чтобы преодолеть непролазную грязь на дороге нужен не только автомобиль повышенной проходимости, но и умение водителя управлять транспортным средством в сложных дорожных условиях. Большие трудности жители испытывают в случае необходимости использования мобильной связи, например, для вызова скорой медицинской помощи: мобильная связь работает лишь на определённых участках населённого пункта. В деревне проживает всего 21 человек – в основном пожилого возраста. Приём больных осуществляется дважды в месяц приезжим фельдшером. Для получения полноценной медицинской помощи нужно добираться в райцентр Ульяново, рейсовый автобус в который ходит дважды в неделю. О своевременной медпомощи никто даже не мечтает. Не следует упускать из виду и представителей населения, попавших в ДТП на отдалённых, безлюдных участках автомобильных дорог и получивших травмы разной степени тяжести. Другими словами, определённые категории населения страны получают медицинскую помощь, оказываемую с применением автотранспорта, не своевременно. Оценка качества медицинской помощи населению, для получения и предоставления которой часто необходимо использование общественного или медицинского автотранспорта, проводилась и по одному из ключевых

показателей качества − *полноценности*. Анализ полноценности медицинской помощи осуществлялся применительно к категориям населения, проживающим, работающим и самоорганизованно отдыхающим в труднодоступных для транспорта местах. При исследовании полноценности медпомощи по соиндикатору *укомплектованности* медицинских организаций, бригад скорой помощи, мобильных медицинских комплексов квалифицированным *медицинским персоналом* (см. таблицу 5.4 в параграфе 5.2) учтены выводы и подтверждения острой нехватки медицинских кадров, сделанные выше при анализе доступности медицинской помощи. Вывод диссертанта о низкой укомплектованности медицинскими кадрами сельской местности, особенно врачами общей практики (ВОП), медицинскими сёстрами общей практики (МСОП), подтверждается коллективом авторов работы [171], авторами работы [195, с.376, 379, 389], другими работами, указанными выше по тексту. Но для полноценной медицинской помощи одной укомплектованности кадрами явно мало: *нужны квалифицированные врачи и опытный средний медицинский персонал*. В условиях неукомплектованности медперсоналом достаточность квалифицированных кадров просто невозможна. Поэтому медучреждения, станции скорой помощи, мобильные медицинские комплексы вынуждены оказывать медицинские услуги населению имеющимся кадровым составом. Всё это вызывает более плотную загрузку медицинского персонала, что отрицательно сказывается на полноценности медицинской помощи. Важную роль в оказании полноценной скорой медицинской помощи играет *оснащённость автомобилей станций скорой помощи, мобильных медицинских комплексов современным медицинским оборудованием*. Собственно, оснащённость в сочетании с наличием в бригаде медицинских работников высокой квалификации и укомплектованностью лекарственными препаратами, позволяет оказать скорую помощь пострадавшим в ДТП, в других авариях или больному с остро проявлением заболевания на высоком уровне. Оснащение машин скорой помощи медицинским оборудованием в большинстве своём общепрофильное. Оснащение автомобилей специализированных реанимационных бригад скорой медицинской помощи

(равно как и состав бригад) отличается и позволяет осуществлять аппаратную вентиляцию лёгких, дефибриляцию, мониторинг сердечно-сосудистой деятельности и дыхания. Именуется такой санитарный транспорт автомобилем скорой медицинской помощи класса «С». Медицинские изделия специализированной (реанимационной) укладки включают реанимационный, акушерский, травматологический, противоожоговый и другие наборы.

Проводить повторно оценку следующего соиндикатора полноценности – *уровня эффективности управления качеством медицинской помощи* федеральным, региональными органами здравоохранения, в медицинских организациях – нет необходимости, поскольку это выполнено (с предложением мер, направленных на повышение эффективности управления) в параграфе 5.4 применительно к показателю качества – своевременности медицинской помощи. Оценка соиндикатора полноценности – *степени развития выездных методов оказания полноценной медицинской помощи исследуемым категориям населения* – проводилась с учётом условий, при которых количество стационарных медицинских организаций в отдалённых, труднодоступных и малочисленных сельских поселениях не росло, а в некоторых регионах даже сокращалось. Всё это не может не сказываться на полноценности и своевременности предоставления медицинской помощи сельскому населению. При этом заболеваемость сельского населения растёт и её уровень выше в 1,4 раза, чем у городского населения [171, с.21]. Процесс сокращения количества медучреждений протекал в соответствии с региональными программами реформирования здравоохранения, в основу которых заложены преимущественно экономические показатели, без глубокого анализа грядущих отрицательных социальных последствий, что не допустимо для услуг социальной направленности. Исследование показало, развитие выездных методов оказания медицинской помощи жителям малочисленных, отдалённых, труднодоступных сельских поселений в виде мобильных медицинских комплексов – диспансеризации; выполнения флюорографии, профилактических прививок; целенаправленного обслуживания матерей с детьми, людей с ограниченными возможностями здоровья в некоторых регионах находится на

низком уровне, в зачаточном состоянии, что негативно сказывается на всех ключевых показателях качества (полноценности, своевременности, доступности, результативности, удовлетворённости). Но есть регионы с налаженной формой выездного обслуживания населения, например, Астраханская область[24], Пензенская область [171, с.44].

Оценка качества медицинской помощи, предоставляемой исследуемым категориям населения, по одному из ключевых показателей – *результативности* проводилась с учётом соиндикаторов, представленных в таблице 5.5 параграфа 5.2. Принимался во внимание также факт проявления результативности медицинской помощи в ряде социально-экономических показателей муниципалитета, региона, всей страны. Некоторые выборочно подготовленные данные, позволяющие судить о результативности оказания медицинской помощи населению в целом по стране, изложены ниже. Разумеется, представленные статистические данные являются следствием нескольких факторов влияния, но результативность медицинской помощи – один из значимых. Прирост населения сельской местности в последние годы шёл на убыль, то есть умирало больше чем рождалось, вплоть до 2018 года. Таблица 5.6 составленная по данным Росстата [176, с.83 и соответствующей сноске, указанной в названии таблицы], подтверждает изложенное.

Таблица 5.6 – **Соотношение родившихся и умерших россиян в сельской местности (тыс. человек)**[25]

Годы	Родившиеся	Умершие	Естественный прирост, убыль (-)
2000	379,9	661,3	-281,4
2005	420,5	708,1	-287,6
2010	525,0	606,8	-81,8
2011	526,6	569,0	-42,4
2012	546,4	552,7	-6,3

[24] URL: https://minzdravao.ru/site-page/grafik-vyezdov-mobilnoy-polikliniki-na-1-polugodie-2014-g (дата обращения: 28.11.2014)

[25]URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 26.05.2021)

Продолжение таблицы 5.6

Годы	Родившиеся	Умершие	Естественный прирост, убыль (-)
2013	538,5	539,3	-0,8
2014	547,8	549,5	-1,7
2015	485,3	546,6	-61,3
2016	462,1	536,1	-73,9
2017	420,8	515,9	- 95,1
2018	399,1	511,2	- 112,1
2019	365,7	496,7	- 130,9
2020	356,6	569,8	- 213,2

Источник: составлено на основе данных Росстата

Данные таблицы свидетельствуют о том, что одной из причин снижения прироста сельского населения является невысокое качество медицинской помощи с использованием автотранспорта. В глубоком анализе результативности по всем индикаторам, представленным в таблице 5.5 параграфа 5.2, нет необходимости: об уровне результативности медицинской помощи исследуемым категориям населения с большой достоверностью можно судить по качеству её своевременности и полноценности. К тому же соиндикаторы своевременности, полноценности в основном совпадают с соиндикаторами результативности. Образно говоря, результативность впитала в себя уровень качества своевременности, полноценности медицинской помощи. Как показало исследование, своевременность и полноценность медицинской помощи для исследуемых категорий населения характеризуются невысоким уровнем качества, что позволяет распространить сделанную оценку и на результативность.

Оценка качества медицинской помощи, предоставляемой населению с использованием автомобильного транспорта, по пятому ключевому показателю – *удовлетворённость населения медицинской помощью* – проводилась с учётом того, что все другие ключевые показатели качества медицинской помощи (доступность, своевременность, полноценность, результативность) могут служить критериями для оценки удовлетворённости, т.е. интегрированными соиндикаторами. Анализ удовлетворённости населения медицинской помощью

имеет важное значение для всесторонней оценки её качества, выявления недостатков. Об этом свидетельствуют результаты многих социальных опросов, мониторингов, исследований учёных. Так, в монографии группы авторов [112] исследована удовлетворённость организацией и качеством скорой медицинской помощи населения Челябинской области. В целом результативностью оказанной скорой медпомощи удовлетворены 35% опрошенных жителей области, или каждый третий, а не удовлетворены 8%, или примерно каждый десятый. Соотношение в целом позитивных и в целом негативных оценок составляет 4:1. Другие результаты показали социологические опросы сельского населения, представленные в работе [171, с.37]: не удовлетворены лечением в стационаре 69,3% жителей села, а работой СМП – 90% (61,3% жителей села назвали причиной неудовлетворённости длительность ожидания СМП). Исследование показало – мнение населения часто бывает односторонним, необъективным и не соответствует реальному качеству медицинской помощи. Именно поэтому весомость удовлетворённости как показателя качества медицинских услуг определена диссертантом гораздо ниже в сравнении с другими ключевыми индикаторами. Пациенты оценивают медицинскую помощь обобщённо, принимая во внимание лишь часть показателей качества: доступность, своевременность, степень внимания врача к больному. Они чаще всего не в состоянии оценить полноценность оказанной медицинской помощи, её результативность, проявляемую через какое-то время. Неоднозначность и неопределённость выводов часто следуют из рассмотрения жалоб населения, выражающего неудовлетворение оказываемой медицинской помощью. Одно из таких заключений автор сделала по материалам работы [53]. Количество письменных обращений граждан с жалобами на качество медицинской помощи не может служить объективным показателем их неудовлетворённости. Так, абсолютное количество письменных жалоб в разные инстанции жителей Центрального федерального округа за год составило 5865, жителей Уральского федерального округа – 816, Дальневосточного – 546 [122, с.7]. Простое сравнение числа жалоб населения указанных федеральных округов было бы некорректным из-за разной

численности жителей. Если же сравнить число письменных жалоб в расчёте на 100 тыс. населения, то получим в Центральном федеральном округе частоту жалоб равную 15,54, в Уральском и Дальневосточном – 5,71 и 8,20 соответственно. Последние три цифры также не дают оснований утверждать, что удовлетворённость медицинской помощью в Центральном федеральном округе самая низкая, а в Дальневосточном – выше чем в Уральском. Будет более логичным предположить: жители Центрального федерального округа более социально активные и требовательные, что не снижает, а скорее повышает качество медицинской помощи, поскольку большое количество жалоб побуждает к проведению их углубленного анализа и принятию мер органами здравоохранения, другими ведомствами – адресатами. Анализ мнения пациентов нашёл отражение и в работах авторов [193], [179].

Причины упущений и недостатков предоставления медицинских услуг определенным категориям населения и меры по их устранению

Упущения, недостатки в оказании медицинской помощи с применением автотранспорта, изложенные выше по тексту, являются следствием ряда причин. По своей природе они могут быть как объективными, так и субъективными. Чаще всего объяснения причин, результаты их анализа зависят от степени причастности субъекта рассмотрения к их возникновению и проявлению, от стремления оправдать своё бездействие, уровня компетентности аналитика. Автор провела подробный анализ причин имеющего место невысокого качества предоставления медицинской помощи с использованием автотранспорта исследуемым категориям населения страны. В процессе исследования выявлены причины разного уровня воздействия на качество медицинских услуг указанным категориям населения. В число основных причин низкого качества медицинской помощи исследуемым категориям населения включены:

1. Многолетняя деградация качества оказания медицинской помощи определённым категориям населения.

2. Неэффективное управление качеством медицинской помощи на федеральном, региональных уровнях и в медицинских организациях.

3 Слабый спрос за конечные результаты с руководителей органов здравоохранения регионального и федерального уровней, с руководителей медицинских организаций.

4. Недостаточное финансирование здравоохранения.

Особенность названных главных причин в их распространении на все ключевые показатели качества медицинской помощи с использованием автотранспорта: доступность, своевременность, полноценность, результативность, удовлетворённость населения. Есть и другие причины невысокого качества медицинской помощи исследуемым категориям населения, рассматриваемые ниже, значимость которых тоже велика, но автор причислила их ко второму уровню, то есть не самым главным. Анализ природы причин, выработка предложений по их устранению или хотя бы снижению негативного воздействия проводились с привязкой к ключевым индикаторам качества медицинских услуг и их соиндикаторам. Сложность анализа и выработка мер по снижению отрицательного воздействия причин на уровень качества медицинской помощи для исследуемых категорий населения обусловлена взаимосвязанностью во многих случаях главных причин сложившегося неблагоприятного положения. Так, деградация качества оказания медицинской помощи населению в два-три последние десятилетия вызвана не только недостаточным финансированием здравоохранения в стране, но и существенным снижением эффективности управления качеством медицинской помощи исследуемым категориям населения и ответственности руководителей органов здравоохранения из-за слабого спроса за упущения в порученной сфере деятельности.

Характеризуя такой соиндикатор качества, как укомплектованность медицинских организаций, бригад скорой помощи, мобильных медицинских комплексов квалифицированным персоналом отмечалось его воздействие на доступность, своевременность, полноценность и результативность медицинской помощи населению. Подтверждена недостаточная укомплектованность

медицинского персонала, особенно специалистами высокой квалификации. В процессе анализа причин несвоевременного оказания медицинской помощи указаны причины неукомплектованности медицинскими кадрами, представлены предложения автора по устранению упущений и недостатков. Всё это изложено ниже по тексту и распространяется на все ключевые показатели качества медицинской помощи исследуемым категориям населения. При решении задач укомплектования медицинских организаций врачами, повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала важно учесть следующее.

Во-первых, Правительству РФ, руководителям субъектов РФ следует принять эффективные меры по выполнению требований Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 [10] о ликвидации до 2024 года кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и требований ««Паспорта национального проекта «Здравоохранение»» об укомплектованности в 2024 году врачебных должностей и должностей среднего медицинского персонала на 95 %, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Во-вторых, Государственной Думе РФ, регионам необходимо принять социально-экономические, законодательные и организационные меры по укомплектованию медицинских организаций потребным количеством врачей, средним и младшим медицинским персоналом. В их числе инициатива Минздрава РФ о введении аккредитации с допуском к работе только участковым терапевтом, участковым педиатром для выпускников медицинских вузов, обучавшихся за бюджетные деньги с соответствующими дополнениями и предложениями автора, изложенными ниже.

В-третьих, для повышения качества медицинской помощи исследуемым категориям населения следует реализовать Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» (подраздел 4.5 Паспорта национального проекта «Здравоохранение» (утв. Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). Задачей указанного

Федерального проекта является: «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистационных образовательных технологий». Особое место должно занимать обучение руководителей всех рангов, включая медицинские учреждения, эффективному управлению качеством медицинской помощи, управлению персоналом, экономической эффективности возглавляемого органа здравоохранения (медицинской организации), что, как уже отмечалось, является слабым звеном в управлении системой здравоохранения. Для повышения полноценности и результативности медицинской помощи персонал подлежит регулярному обучению по использованию новейших инновационных методов оказания медицинской помощи на современном оборудовании.

В-четвёртых, для исключения снижения численности медицинских кадров целесообразно отказаться от практики сокращения числа медицинских организаций в малочисленных, отдалённых и труднодоступных сельских поселениях. Учитывая, что подобная «модернизация здравоохранения» совершается по указанию региональных органов, Минздраву РФ необходимо подготовить соответствующее постановление Правительства РФ, запрещающее закрытие, объединение медицинских организаций в указанных сельских поселениях.

Причины сбоев в укомплектовании станций скорой медицинской помощи и медучреждений, оказывающих плановую выездную медпомощь, автомобилями (в том числе повышенной проходимости) и соответствующих негативных воздействий на показатели доступности и своевременности медицинской помощи исследуемым категориям населения – всё те же, указанные выше. Причём действуют они, как правило, одновременно, а потому степень снижения показателей качества медицинской помощи усиливается.

Учитывая значительное воздействие на доступность и своевременность медицинской помощи *состояния автомобильных дорог в местах проживания, работы, отдыха исследуемых категорий населения*, важно было в процессе

исследования установить, какими обстоятельствами обусловлено низкое качество автомобильных дорог. В числе причин сложившегося состояния дорог экспертами и специалистами называются искусственно завышаемая стоимость строительства дорог, коррупционная составляющая, незаконное расходование выделяемых бюджетных средств (хищения), другие «чёрные дыры», приводящие к снижению объёмов строительства. Некоторые из названных явлений имеют место, но, по мнению автора, не носят системного характера и проявляются не так часто. В то же время утверждения об искусственном завышении стоимости строительства автодорог, более высокой стоимости их строительства в России, чем в других странах – всего лишь расхожее мнение, лишённое достаточных оснований. Необоснованное завышение стоимости строительства исполнителем работ до заключения контракта в принципе невозможно, поскольку расчёт, обоснование стоимости проверяется представителями заказчика строительства – специалистами высокой квалификации. По информации Федерального дорожного агентства (Росавтодора), представленной в работе [79, с.4], рост стоимости строительства дорог имеет место, но по причинам, не зависящим от заказчиков и строителей дорог. Существенный рост происходит из-за периодического повышения цен поставщиками материалов, расходы на которые в результате составляют до 70% в стоимости дорожных работ. Ещё одним фактором, оказывающим заметное влияние на рост стоимости строительства дорог, служит процедура отвода земли под строительство дороги, дорожного объекта, которая приводит к удорожанию проекта до 40%. К некоторому увеличению затрат на этапе строительства приводит внедрение новых технологий строительства, повышающих их долговечность и комфортность. В результате небольшое удорожание строительства обеспечивает более длительный интервал между проведением ремонта дороги на этапе эксплуатации и снижение затрат. В конечном счёте существенно повышается экономическая эффективность проекта в целом, так как в последние годы стало обычной практикой заключение долгосрочного контракта, включающего разработку проекта, строительство, эксплуатацию дороги. Некоторый рост стоимости строительства происходит и по

другим причинам. Одним из факторов, повышающим стоимость строительства в 1,2-1,4 раза [197, с.8-9], является особенность национальных норм проектирования: в России ширина проезжей части четырёхполосной дороги составляет 24 м, а, к примеру, в Финляндии и Норвегии – 19,5 м за счёт более узкой обочины. Ещё более существенным фактором служат климатические условия. Так, стоимость строительства одного километра четырёхполосной дороги в Костромской области в период диссертационного исследования составляла 144 млн. руб., а в Камчатской области – 563 млн. руб., то есть почти вчетверо дороже. Реально повышают стоимость строительства дороги особенности региона и дальность транспортировки стройматериалов. Теперь несколько слов по поводу развенчания мифа о более высокой стоимости строительства российских дорог по сравнению с другими странами. Наглядно международные данные о стоимости строительства автомобильных дорог в разных странах представлены на рисунке 5.1. При этом по каждой из стран приведены минимальные значения стоимости строительства для равнинной незастроенной местности (выделены темным цветом на рисунке) и максимальные значения – для сильно пересечённой застроенной местности (выделены светлым цветом на рисунке). Данные по России приведены в соответствие с зарубежной практикой, отличающейся тем, что стоимость подготовки территории строительства (выкуп земли, снос зданий и сооружений, предоставление жилья выселенному населению, вырубка леса и т.д.) не включается в стоимость строительства дороги, то есть исчисляется отдельно.

Как следует из данных по восьми странам, максимальная стоимость строительства дорог только в Финляндии несколько ниже, чем в России. У всех других шести экономически развитых стран стоимость выше. При этом максимальная стоимость строительства в Канаде выше, чем в России в 2,54 раза, во Франции – в 2,4 раза, в США – в 2,28. Исследование показало, главной причиной того, что отечественные дороги характеризуются термином «плохие дороги», является недостаточное финансирование их строительства (реконструкции), ремонта, обслуживания в процессе эксплуатации. Данный

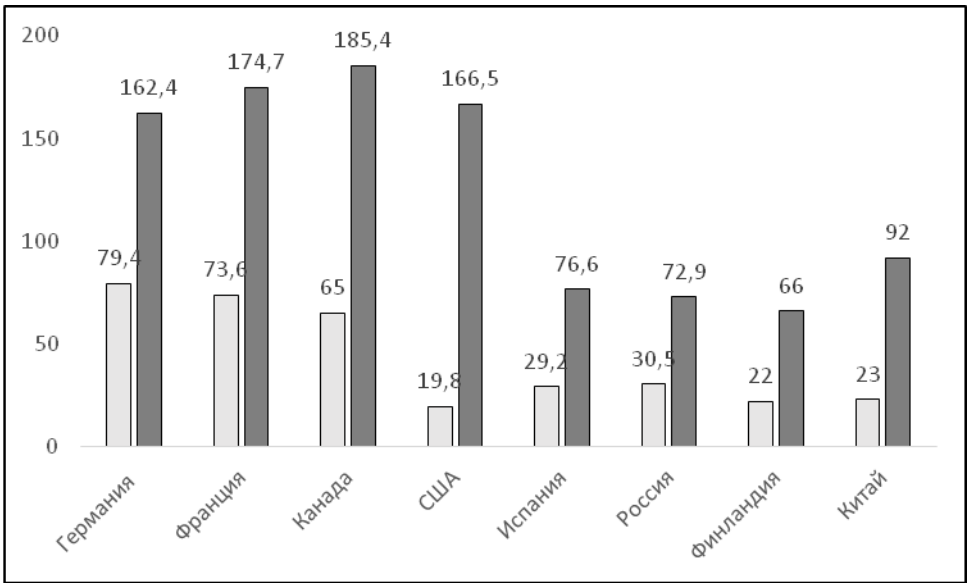

Рисунок 5.1 – **Стоимость строительства одного километра полосы движения автомобильных дорог в некоторых странах, без НДС, в млн. руб.**

Источник: составлено автором на основе данных[26]

вывод с предложениями по улучшению состояния дорог обоснован автором в главе 6 диссертации, монографии [145, с.43-48], в работах авторов [79, с.4], [131, с.23] и др.

Невысокая *оснащённость мест проживания исследуемых категорий населения и автомобильных дорог средствами стационарной или мобильной телефонной* связи обусловлена в основном экономическими соображениями и сложившейся многолетней практикой. Отсутствие стационарных средств связи в многочисленных сельских поселениях является устоявшимся наследием прошлой жизни села. А в настоящее время, когда численность сельских жителей падает, обустройство малочисленных населённых пунктов стационарной связью считается нецелесообразным независимо от того, была связь в них раньше или не была. Сотовые операторы, обеспечивающие мобильную телефонную связь в стране, в условиях рыночных отношений прежде всего руководствуются экономической целесообразностью, а потому развивают мобильную связь только там, где она окупается и даёт прибыль. Исходя из такого посыла, мобильная связь в малочисленных, труднодоступных сельских поселениях функционирует только в зонах охвата. Наиболее остро отсутствие связи сельские жители ощущают,

[26] https://rosavtodor.gov.ru/storage/b/2015/04/02/Stoimost_kilometra.pdf (дата обращения: 20.05.2018)

когда необходимо вызвать скорую медицинскую помощь. Остаётся только посылать «гонца» в населённый пункт, где функционирует хоть какая-то связь. По тем же причинам аналогичный уровень оснащения средствами стационарной или мобильной связи установился на автомобильных дорогах. Одна надежда на систему экстренного реагирования «ЭРА-ГЛОНАСС», содержание которой ложится на «плечи» государств. По оценке Минтранса РФ, к 2019 году она становится полностью самоокупаемой при сохранении бесплатности основной функции по обеспечению экстренного реагирования при авариях. Развитие данной системы зависит уже от сроков внедрения регионами совместно с МЧС системы «112», работа которой совмещается с системой ЭРА-ГЛОНАСС», указывает точное место происшествия на карте и обеспечивает голосовое соединение пострадавшего с оператором в автоматическом режиме. Регионам необходимо оборудовать все автомобили скорой помощи и автобусы соответствующими бортовыми устройствами в соответствии с действующим техническим регламентом. В период выполнения данного исследования система «112» не была развёрнута во многих субъектах РФ. Но полноценная работа систем «112» и «ЭРА-ГЛОНАСС» обеспечивается везде, где есть хоть какая-то мобильная связь. Позитивный настрой поддерживается и тем, что с января 2015 года установлена обязательность оснащения транспортных средств соответствующими устройствами вызова экстренных служб, а с января 2017 г. уже для всех ТС, сходящих с конвейера в России или импортируемых, оснащённость системой «ЭРА-ГЛОНАСС» является обязательной.

В целях обеспечения бесперебойной работы системы «ЭРА-ГЛОНАСС» в отдалённых и малонаселённых районах (в основном районы Дальнего Востока, Севера, Уральского федерального округа, которые не покрыты сетями мобильной сотовой связи) Министерством транспорта РФ совместно с Роскосмосом проводится работа по применению отечественного низкоорбитального спутника «Гонец» для передачи сигналов системы «ЭРА-ГЛОНАСС», и тем самым задействуется ещё одна спутниковая система.

Рассматривать отдельно *причины неинформирования населения об уровне доступности медицинских услуг* нет необходимости, поскольку об этом достаточно сказано в параграфах 5.2 и 5.3. Необходимо соответствующей поправкой к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ обязать делать это региональные органы здравоохранения и тем самым весомо дополнить самоинформирование населения.

Определение причин упущений и недостатков в *финансово-экономической доступности медицинской помощи* в процессе данного исследования свелось к следующему. Как установлено, в стране нарушено требование статьи 41 Конституции Российской Федерации о всеобщей бесплатной медицинской помощи. Право граждан на бесплатную медицинскую помощь в полном объёме можно восстановить соответствующими поправками в Федеральный закон № 323-ФЗ. И реальными эволюционными действиями на уровне Государственной Думы, Правительства РФ, субъектов РФ по восстановлению всеобщей бесплатной медицины для всего населения страны. Реальные изменения финансово-экономической доступности медицинской помощи невозможны без устранения некоторых весомых причин сложившегося положения. Прежде всего требуется существенное повышение финансирования здравоохранения. Уровень затрат на здравоохранение в ВВП необходимо довести до затрат экономически развитых стран мира. Следует изменить ситуацию, когда затраты на здравоохранение в ВВП страны ниже, чем в «новых» странах Евросоюза. Особые финансовые трудности характерны для медицинских организаций сельских муниципальных образований многих субъектов РФ, поскольку они не включены в систему ОМС, а потому их финансирование осуществляется местными органами самоуправления, бюджет которых всегда испытывает недостаток средств. *В связи с этим диссертант предлагает осуществлять ежегодное целевое финансирование местных лечебных учреждений.* Для решения проблемы финансирования здравоохранения необходимы существенные изменения по восстановлению экономического роста в России.

Анализ и подтверждение причин низкого значения одного из ключевых показателей качества медицинской помощи исследуемым категориям населения – её *своевременности* выполнены на основе приведенных выше главных причин, присущих всем показателям качества, а также с учётом интегрированных индикаторов (соиндикаторов) своевременности, которые сведены в таблице 5.3. Причины несвоевременного оказания медицинской помощи в значительной мере связаны с неэффективным управлением на уровне медицинских организаций, муниципальных и региональных органов здравоохранения. Анализ причин низких значений таких соиндикаторов показателя своевременности медицинской помощи (см. таблицу 5.3), как скорость движения ТС с медицинским персоналом и пострадавшими в ДТП или больными, нуждающимися в госпитализации; состояние дорог в местах оказания медицинской помощи; укомплектованность медучреждений, станций скорой медицинской помощи, мобильных медицинских комплексов автомобилями повышенной проходимости проанализированы применительно к показателю доступности медицинской помощи. Для индикатора своевременности все причины невысокого уровня указанных соиндикаторов те же. Несвоевременное оказание медицинской помощи исследуемым категориям населения нередко происходит по причине технического состояния автомобилей. Сложность обеспечения своевременности и доступности медицинской помощи состоит ещё и в том, что к изношенности автопарка иногда добавляется невыполнение владельцами микроавтобусов и автобусов требований о периодических проверках их технического состояния и предрейсовых проверках технической исправности согласно Правилам, утверждённым приказом Минтранса РФ от 15 января 2014 г. № 7, важность которых подчёркивалась в параграфе 5.2. Допускают подобные нарушения работники гаража и водители ТС, но становится возможным такое отношение к своим обязанностям из-за отсутствия постоянного контроля за качеством подготовки автомобилей к поездке со стороны соответствующих руководителей.

Немалую роль в ухудшении такого показателя качества медицинской помощи, как её своевременность играет соответствующее снижение соиндикатора

своевременности – умение водителей ТС медицинских организаций управлять автомобилем в сложных дорожных и погодных условиях. В равной мере это относится и к водителям автобусов. В автобусах заболевшие жители отдалённых и малочисленных сельских поселений вынуждены совершать поездки с целью получения медицинских услуг в местах расположения медицинских учреждений. Только квалифицированный водитель способен преодолевать водные преграды, уверенно управлять автомобилем на дорогах с разбитой колеёй, значительными снежными заносами или заледенелыми участками. И тем самым обеспечивать прибытие машины скорой помощи к пострадавшим в ДТП, больному или доставку пассажиров в пункты назначения с высокой степенью своевременности. Квалификация водителя или её отсутствие проявляется также в способности совершать поездки по графику в экстремальных погодных условиях (обильный снегопад, пыльная буря, ливневый дождь с градом и др.). Применительно к водителям машин скорой помощи, мобильных медицинских комплексов квалификация особенно важна, поскольку им приходится совершать поездки во многих регионах в сложных погодных условиях по самым разным маршрутам. Рекомендации автора по подбору опытных водителей подробно изложены в монографии [145, главы 9 и 10].

Важной причиной имеющих место случаев несвоевременного оказания медицинской помощи (как и низкого уровня других показателей качества) является снижение ответственности и слабое мотивирование медицинского персонала на всех уровнях управления качеством медицинских услуг. Отрицательное воздействие на качество медицинской помощи (в том числе на её своевременность) фактора неэффективного управления на региональном, федеральном уровнях, в медицинских организациях из-за снижения ответственности и слабого спроса за упущения и недостатки в работе подчёркивалось выше. Для устранения причин несвоевременного оказания медицинской помощи исследуемым категориям населения, повышения качества других показателей, помимо принятия мер по росту ответственности и спроса с медицинских работников (особенно с руководителей всех уровней управления)

требуются значительные усилия для материальной и моральной мотивации персонала. При этом мотивирование путём установления и поддержания высокого уровня оплаты труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала должно быть главным направлением реформы здравоохранения. Такая мотивация важна повсеместно, но особенно актуальна применительно к персоналу скорой медицинской помощи и медперсоналу, оказывающему медицинские услуги жителям отдалённых, труднодоступных, малочисленных поселений, другим категориям населения – субъектам диссертационного исследования. Заметные изменения в оплате труда медработников произошли в регионах страны после принятия Указа президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598. Регулярные заслушивания Президентом РФ отчётов губернаторов о результатах работы регионов, в том числе по росту оплаты труда медицинских работников – пример эффективного контроля за решением назревших проблем. К сожалению, иногда бодрые отчёты глав регионов о росте заработков медицинских работников не совпадают с реальным состоянием оплаты труда: оклады растут, но общий доход работника медотрасли остаётся на прежнем уровне. Де-юре Указ Президента вроде бы выполняется, а де-факто подаётся недостоверная информация, опровергаемая экспертами и специалистами. Подобные действия некоторых руководителей и муниципальных образований вызывают определённое недоверие к реализации государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, предусматривающей рост средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское или иное высшее образование, к средней зарплате по субъекту РФ со 129,7% в 2013 году до 200% в 2017-2020 гг. Для среднего и младшего медицинского персонала соответствующий рост запланирован с 75,6% и 50,1%, соответственно, в 2013 г. до 100% в 2017-2020 гг. Исследование показало, что некоторые регионы программу не выполняют. Но проблема повышения качества оказания медицинской помощи исследуемым категориям населения заключается не только в обеспечении достойной оплаты труда медицинских работников. Из работ ряда авторов, из личного опыта автора

диссертации сделан вывод: роста заработной платы работников чаще всего недостаточно для улучшения показателей качества. Увеличение доходов медицинского персонала с целью повышения качества оказания медицинской помощи должно непременно сопровождаться ростом спроса за качество поручаемых работ. В то же время ответственность и спрос за качество медицинской помощи населению, её своевременное предоставление должны сочетаться с мотивированием медицинского персонала. Ответственность и мотивирование тесно взаимосвязаны, дополняют друг друга, взаимозависимы, и нацеливают персонал на полную отдачу своих знаний, опыта, времени в процессе оказания медицинских услуг. Мотивирование – это в числе прочего побудительное воздействие, направленное на сконцентрированность к решению имеющихся проблем. Мотивирование, с одной стороны, выражается в материальном и моральном поощрении медицинского персонала, с другой – в спросе за качество выполняемой работы и её высокое предназначение. Актуальность таких действий подчёркивается в работах авторов [84], [216]. Без всестороннего, эффективного мотивирования медицинского персонала невозможно добиться успехов по ключевым показателям качества медицинской помощи населению. Методы мотивации персонала крайне многообразны, автор выделила лишь некоторые из них:

- моральное (в сочетании с материальным) поощрение наиболее отличившихся медицинских работников на регулярной основе;
- создание условий для служебного (карьерного) роста персонала и показ перспективы роста на годы вперёд;
- включение наиболее способного персонала в резерв социального роста, с обеспечением открытости и гласности;
- создание комфортных условий для трудовой деятельности;
- формирование и предоставление соцпакета с привлекательными составляющими;

■ регулярная оценка качества работы медицинского персонала в непубличной форме, высказывание рекомендаций и пожеланий в случае необходимости.

Поскольку вопросы мотивации персонала являются предметом отдельного исследования, при выработке мер по мотивации медицинского персонала автор сочла целесообразным сосредоточить внимание на проблеме закрепления медицинских кадров за труднодоступными, отдалёнными и малочисленными сельскими поселениями. Суть проблемы состоит в нехватке медицинских кадров как для медицинских организаций, располагающихся непосредственно в сельских поселениях, так и для станций скорой помощи (других медицинских учреждений), располагающихся вне отдалённых и малочисленных сельских поселений и направляющих свои мобильные медицинские комплексы для оказания медицинской помощи жителям сельских поселений или пострадавшим в аварии. Причины сложившегося неблагоприятного положения с медицинскими кадрами всё те же: неэффективное управление системой здравоохранения на региональных и федеральном уровнях, низкая ответственность и отсутствие должного спроса за низкое качество работы с кадрами. Диссертант считает целесообразным поставить вопрос о возрождении действовавшей до 90-х лет прошлого века системы государственного распределения выпускников вузов. Поэтому предлагается ввести систему распределения для выпускников медицинских вузов, обучавшихся на бюджетной основе. Учитывая, что во многие регионы страны молодые специалисты отказываются ехать работать (тем более в отдалённые и сельские поселения), обязательная отработка в течение трёх лет после окончания вуза позволит улучшить процесс комплектования кадров. Лучше даже, чтобы такой же порядок распределения распространялся и на средний медицинский персонал, т.е. выпускников колледжей. Вместе с тем, указанному предложению есть серьёзная альтернатива, которая масштабно не применяется региональными органами здравоохранения, хотя она полностью вписывается в рамки законодательства (система государственного распределения в определённой степени не увязывается с требованиями Конституции РФ). Существует система целевого приёма и

целевого обучения, согласно которой работодатель, с одной стороны, заключает договор целевого приёма с вузом, а, с другой стороны, заключает договор целевого обучения с обучающимся, оплачивая его обучение и обеспечивая трудоустройство по окончании обучения. В договоре с будущим выпускником вуза заблаговременно оговаривается место будущей работы. В случае отказа выпускника прибыть к обозначенному в договоре месту работы он обязан возвратить все затраченные на его обучение средства. (Автор располагает данными успешного применения указанной системы в оборонно-промышленном комплексе страны). Учитывая законодательную трудность для внедрения системы государственного распределения и отсутствие опыта применения современными руководителями органов здравоохранения, целесообразно сосредоточиться на второй из названных систем. Каждая из приведенных систем укомплектования и закрепления медицинских кадров способна функционировать автономно, параллельно, но при условии, что молодые специалисты будут обеспечиваться жильём, достойной оплатой труда, будут получать подъёмные на приезд к месту работы. Все указанные социально-экономические льготы следует применять и для медицинских работников со стажем, привлекаемых для пополнения кадров медицинских организаций, особенно в не очень престижных регионах страны, в сельской местности. Имеются и другие меры по привлечению медицинских кадров в разные регионы страны, в сельские поселения. Примером может служить программа «Земский доктор», внедрённая путём внесения Федеральным законом от 28.12.2016 г. № 472 – ФЗ в Федеральный закон от 29.11.2010 № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в виде включения статьи 51 Заключительные положения, пунктов 12.1, 12.2. Суть указанных документов состоит во внедрении единовременной компенсационной выплаты в размере одного миллиона рублей и предоставления жилого помещения, земельного участка медицинским работникам, имеющим высшее образование, в возрасте до 50 лет, прибывшим в сельский населённый пункт, либо рабочий посёлок в 2016 году и последующие годы по трудовому договору с

государственным учреждением здравоохранения субъекта РФ и обязавшимся работать в течение пяти лет.

Причины невысокого уровня таких показателей качества, как *полноценность и результативность медицинской помощи* для исследуемых категорий населения в основном те же, что и по другим рассмотренным показателям – доступности и своевременности. Поэтому нет нужды повторять их вновь. Устранение причин упущений и недостатков в оказании населению полноценной и результативной медицинской помощи требует принятия комплекса мер, в числе которых:

- существенное повышение эффективности управления качеством медицинской помощи, включающее совершенствование управления органами здравоохранения и медицинским персоналом. Добиться этого возможно лишь качественным обучением руководителей всех рангов основам управления системой здравоохранения. В любой организационной структуре должны быть не только специалисты в области медицины, но и квалифицированные менеджеры;

- постоянное повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, в том числе обучение свободному владению современным медицинским оборудованием, инновационными технологиями;

- укомплектование медицинских организаций, станций скорой медицинской помощи, мобильных медицинских комплексов, мобильных патронажных служб квалифицированным персоналом с доведением до оптимальной численности согласно рекомендациям автора (с учётом региональных особенностей);

- рост количества специализированных медицинских центров в регионах с обеспечением их бесплатной доступности и своевременности;

- развитие выездной формы медицинской помощи исследуемым категориям населения квалифицированным медперсоналом разной специальности.

Методика периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения, проживающего и/или работающего в отдалённых труднодоступных местах

Область применения Методики

Методика предназначена для всесторонней, коллегиальной оценки состояния оказания медицинской помощи населению с использованием автотранспорта по нескольким ключевым показателям качества (приведены на рисунке 5.2) и качеству медицинской помощи в целом. Результаты оценки уровня качества медицинской помощи за определённый период времени позволяют оценить социально-экономическую эффективность реализации программы, комплекса запланированных мероприятий. Методика применяется для периодической, перманентной оценки изменения (роста, падения) уровня качества в отдельно взятой медицинской организации, предоставляемой мобильные медицинские услуги в районе, регионе или в целом по стране – с одновременной оценкой достигнутых социально-экономических эффектов. Применение Методики возможно при оценке качества медицинских услуг, предоставляемых любым категориям населения. При разработке и апробации Методики внимание акцентировано на категориях населения, оказание медицинской помощи с использованием автотранспорта которым нередко представляет значительную трудность:

■ жители отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений;

■ население, работающее (часто вахтовым способом небольшими партиями) в отдалённых и труднодоступных местах: на лесозаготовках, рудниках, в местах разведки и добычи нефти, газа; в местах прибрежной добычи рыбы (в реках, озёрах); на угодьях сельскохозяйственного использования вдали от населённых пунктов;

■ население, находящееся на кратковременном самоорганизованном отдыхе в труднодоступных и отдалённых местах (у водоёмов, в лесу, в горах);

■ население, совершающее поездки на рейсовых автобусах, служебном или личном автотранспорте и попадающее в дорожно-транспортное происшествие на труднодоступных и безлюдных участках автомобильных дорог, подлежащее эвакуации и госпитализации при необходимости.

Методика позволяет проводить оценку качества медицинских услуг по каждому из пяти ключевых индикаторов, обобщать полученные данные и определять эффективность реализации программы или комплекса запланированных мероприятий.

Порядок применения методики изложен ниже по тексту и в Приложении 1 к диссертации.

Ключевые показатели качества медицинской помощи населению с использованием автотранспорта, их основные соиндикаторы

С целью постоянной оценки качества медицинской помощи населению, тем категориям, предоставление медицинских услуг которым обеспечивается с применением автомобильного транспорта, автором определены наиболее значимые (ключевые) показатели качества. Выбранные показатели позволяют глубоко и всесторонне оценить качество оказываемой медицинской помощи. Для наглядности и удобства применения в процессе оценки качества медицинских услуг по Методике ключевые показатели представлены на рисунке 5.2 с ранжированием их весомости.

Из рисунка 5.2 следует, что оценку качества медицинской помощи, оказываемой исследуемым и другим категориям населения, автором предлагается проводить по пяти ключевым индикаторам качества: доступность, своевременность, полноценность, результативность и удовлетворённость. Установлена весомость каждого из выбранных показателей качества медицинской помощи с ранжированием их по степени значимости с применением системы KPI (key performance indicators) – ключевые индикаторы деятельности, которые в

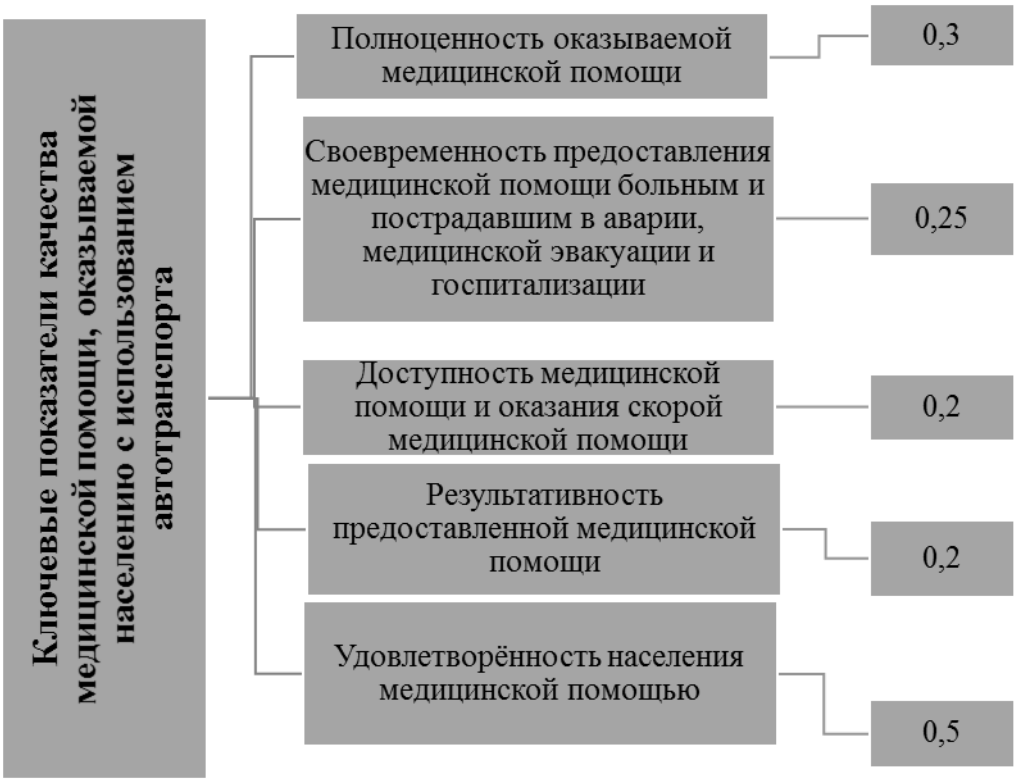

Рисунок 5.2 – **Ключевые показатели качества медицинской помощи, оказываемой населению с использованием автотранспорта**

Источник: разработано автором

данном случае характеризуют деятельность, направленную на повышение качества медицинской помощи. Наиболее весомым индикатором качества определена доступность медицинских услуг для населения. При низком уровне доступности и тем более полном отсутствии, что вполне реально для жителей многих отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений, крайне затруднено или даже исключено обеспечение всех других показателей качества. Весомость показателей качества рекомендуется учитывать в процессе оценки качества исследуемой медицинской помощи в целом при подведении итогов за отчётный плановый период времени в регионах, районах, муниципальных образованиях, медицинских организациях. Для исключения несовместимых, резко отличающихся толкований понятий доступности, своевременности, полноценности, результативности, удовлетворённости ниже приведены определения автора Методики по каждому ключевому индикатору качества.

Доступность – важнейший показатель качества медицинской помощи, характеризующий возможность для жителей отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений, граждан, пострадавших в ДТП, получить своевременную квалифицированную медицинскую помощь, лекарственные препараты с минимальными затратами собственных денежных средств.

Соиндикаторы доступности медицинских услуг, оказываемых с использованием автомобильного транспорта представлены на рисунке 5.3.

Рисунок 5.3 – **Соиндикаторы доступности медицинской помощи, оказываемой населению с использованием автотранспорта**

Источник: разработано автором

Своевременность – означает минимально возможный период времени по прошествии которого начинается оказание медицинской помощи с использованием автотранспорта. Своевременность предоставления медицинских услуг предполагает:

- наличие ФАП или врача общей практики вблизи проживания населения;

- непродолжительность поездки, больных с целью получения полноценной медицинской помощи;

- оперативное прибытие бригады скорой помощи к месту аварии с пострадавшими или к больным с острым проявлением болезни;

- отсутствие длинных очередей в регистратуру и на приём к врачу;

- проведение профилактических мероприятий, позволяющих с помощью мобильного комплекса выявить либо вообще предотвратить заболевания (регулярная диспансеризация исследуемых категорий населения, профилактические прививки). Своевременность имеет решающее значение при оказании неотложной медицинской помощи пострадавшим в ДТП, в другой аварийной ситуации. Своевременность также особо важна для оказания скорой помощи больным с заболеваниями, проявляющимися в крайне тяжёлой форме, требующей доставки больного для лечения в стационарных условиях. Наиболее значимые соиндикаторы своевременности представлены на рисунке 5.4.

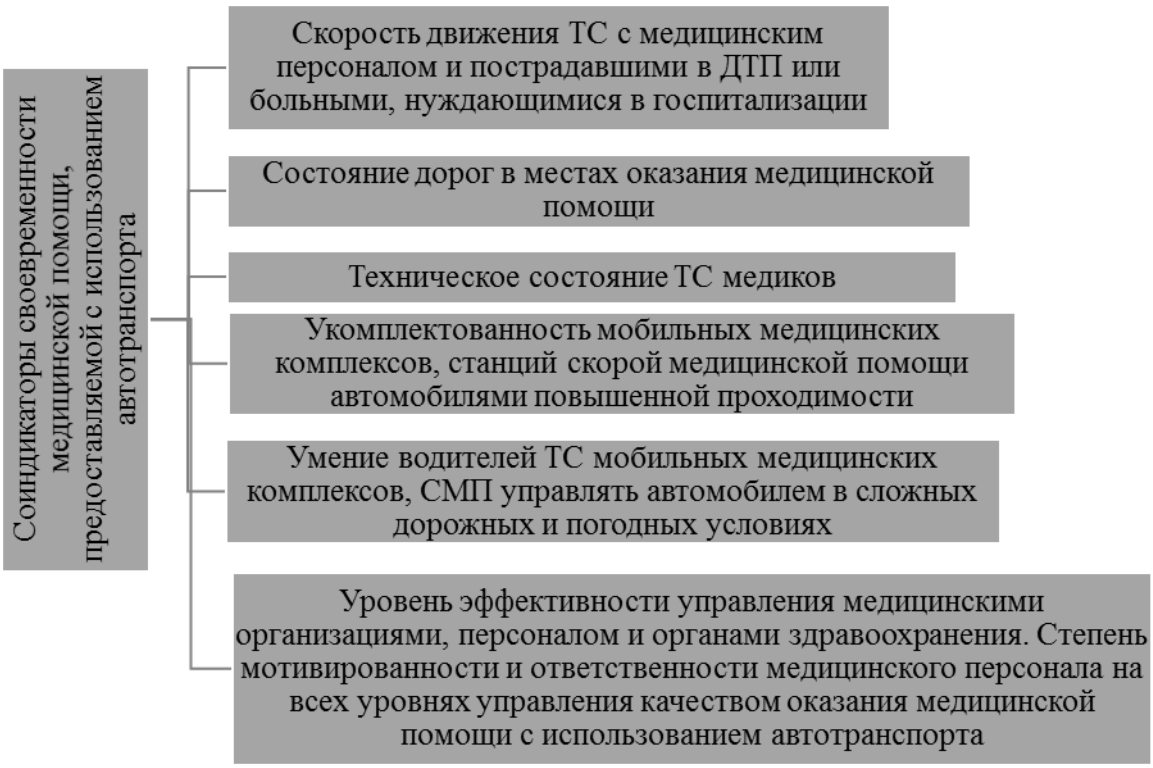

Рисунок 5.4 − **Интегрированные соиндикаторы показателя своевременности медицинской помощи, предоставляемой с использованием автотранспорта**

Источник: разработано автором

Полноценность – это показатель предоставления медицинской помощи с использованием автотранспорта квалифицированными специалистами (в том числе с применением современных, высокотехнологичных методов лечения), степени обеспечения населения необходимыми лекарственными препаратами в машинах скорой помощи, в условиях стационара и в аптеках. Важно, чтобы полноценная медицинская помощь была максимально приближена к местам проживания населения, была доступна малообеспеченным слоям населения как с точки зрения ожидания медицинских услуг, так и с финансово-экономической.

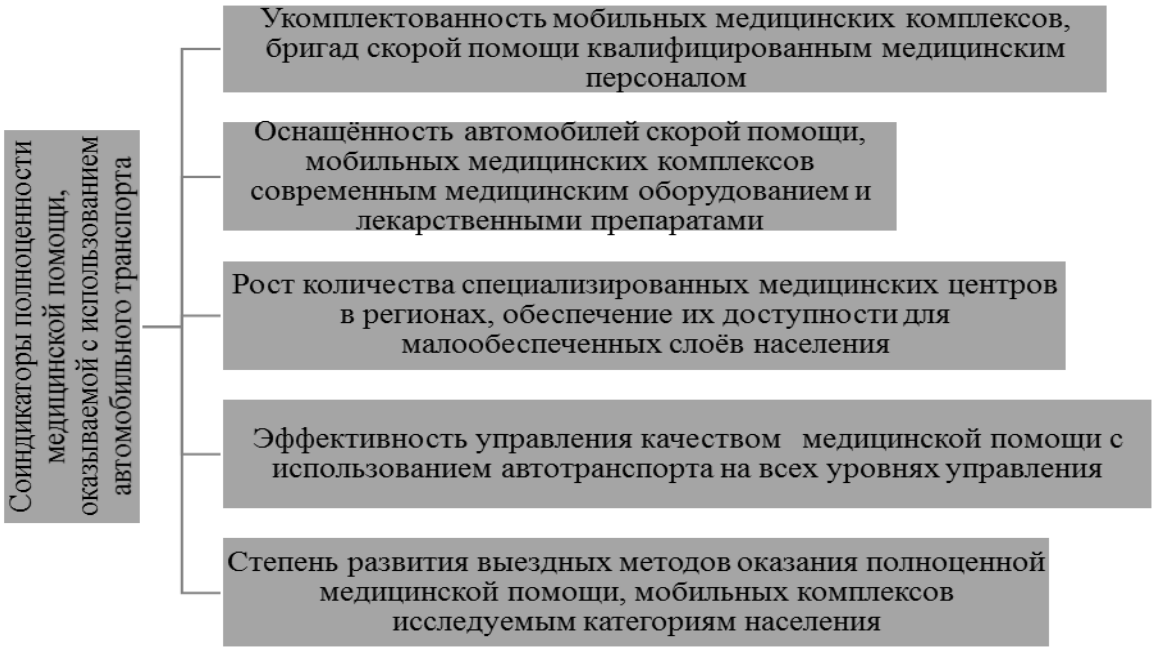

Рисунок 5.5 – **Соиндикаторы полноценности медицинской помощи, оказываемой с использованием автомобильного транспорта**

Источник: разработано автором

Четвёртым ключевым показателем качества медицинского обслуживания населения с помощью автотранспорта автором определена *результативность оказанной медицинской помощи.* Автором установлена дефиниция результативности как достижение максимально возможного положительного итога оказанной медицинской помощи, действующего в течение длительного времени. Скоротечное «угасание» якобы положительного эффекта от лечения не может классифицироваться как результативность.

Выявленные и систематизированные в процессе исследования соиндикаторы результативности представлены на рисунке 5.6.

Рисунок 5.6 – **Соиндикаторы результативности медицинской помощи, оказываемой населению с использованием автомобильного транспорта**

Источник: разработано автором

Удовлетворённость населения медицинской помощью – пятый ключевой показатель качества медицинской помощи населению с использованием автомобильного транспорта. Сравнительно малая величина весомости данного индикатора качества (см. рисунок 5.2) не является признаком его низкой значимости, но обусловлена противоречивостью и неоднозначностью оценок уровня качества медицинских услуг с использованием автотранспорта населением. В одном и том же месте (сельское поселение, больница, поликлиника) степень удовлетворённости различных категорий населения (возраст, пол, образование, профессия), высказываемая при социологических опросах, собеседованиях может сильно разниться. Удовлетворённость – это скорее чувственное восприятие медицинской помощи с присущей людям субъективностью, часто не соответствующее реальному уровню качества медицинских услуг. Несмотря на это, изучение общественного мнения,

удовлетворённости населения медицинской помощью остаётся актуальным. В определённой мере удовлетворённость характеризуется количеством обоснованных жалоб. В то же время критические высказывания пациентов всегда следует анализировать, подвергать проверке, подтверждать и дополнять или опровергать исследованием независимых экспертов, специалистов. Об удовлетворённости населения качеством медицинской помощи лучше всего судить с учётом выборочных опросов.

Оценка изначальных и последующих значений качества медицинской помощи, ключевых показателей качества

Применение Методики следует начинать с коллегиального определения изначального (базового) значения в баллах каждого из пяти ключевых показателей качества, базового значения качества медицинской помощи с использованием автотранспорта. Оценку рекомендуется проводить в баллах в диапазоне от «1» (одного) балла до «5» (пяти) баллов. При этом неизменность изначальных (базовых) данных за время от предыдущей оценки (через год или другой плановый период времени) означает, что никаких позитивных изменений за период от предыдущей оценки качества не произошло, а «5» баллов – достижение максимально возможного уровня качества. Изначальную и последующие периодические оценки показателей качества и медицинской помощи в целом следует проводить силами администрации соответствующего органа здравоохранения, администрации медицинской организации (в том числе станции скорой помощи) или путём привлечения независимых экспертов. Для объективности оценки качества медицинской помощи и отдельных ключевых индикаторов процессы анализа и подведения итогов комиссии от администрации целесообразно осуществлять совместно (либо параллельно с последующим сравнением данных) с общественным советом, осуществляющим независимую оценку качества медицинских услуг в соответствии с введённой в июле 2014 года статьей 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Оптимальным вариантом

является совместная (комиссии от администрации и общественного совета) и взаимоприемлемая оценка качества медицинской помощи, отдельных индикаторов по Методике. Особенно важна совместная оценка изначальных (базовых) значений показателей качества медицинских услуг и уровня медицинской помощи в целом. Их оценивать необходимо в процессе разработки и утверждения программы повышения качества медицинской помощи (комплекса мероприятий).

Базовый показатель качества медицинской помощи $М_{баз.}$ в баллах определяется по формуле:

$$М_{баз.} = \frac{Т_{дос.баз.} + Т_{св.баз.} + Т_{пол.баз.} + Т_{рез.баз.} + Т_{уд.баз.}}{5}$$

где:

$М_{баз.}$ − базовое (изначальное) значение качества медицинской помощи, баллов;

$Т_{дос.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя доступности медицинской помощи, баллов;

$Т_{св.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя своевременности медицинской помощи, баллов;

$Т_{пол.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя полноценности медицинской помощи, баллов;

$Т_{рез.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя результативности медицинской помощи, баллов;

$Т_{уд.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя удовлетворённости населения качеством медицинской помощи, баллов.

Оценка эффективности реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) по отдельному i-му ключевому показателю качества медицинской помощи следует определять на основе расчёта по формуле:

$$Ei = \frac{Ti_{фак.}}{Ti_{пл.}} \times 100\%,$$

где:

Ei – эффективность реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) по i-му ключевому показателю качества медицинской помощи за прошедший год или плановый период времени, процентов;

$Ti_{фак.}$ – фактическое значение i-го ключевого показателя качества медицинской помощи за прошедший год или другой плановый период времени, баллов;

$Ti_{пл.}$ – плановое (нормативное) значение i-го ключевого показателя качества медицинской помощи на прошедший год или на другой плановый период времени, баллов.

Эффективность реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) по всем ключевым показателям качества, то есть достижение по качеству медицинской помощи в целом определяется по формуле:

$$E_м = \left(\frac{T_{дос.фак.}}{T_{дос.пл.}} + \frac{T_{св.фак.}}{T_{св.пл.}} + \frac{T_{пол.фак.}}{T_{пол.пл.}} + \frac{T_{рез.фак.}}{T_{рез.пл.}} + \frac{T_{уд.фак.}}{T_{уд.пл.}} \right) \times 100\%,$$

где:

$E_м$ − эффективность реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) по повышению качества медицинской помощи за прошедший год или другой плановый период времени, процентов;

$T_{дос.фак.}$, $T_{св.фак.}$, $T_{пол.фак.}$, $T_{рез.фак.}$, $T_{уд.фак.}$ – фактические значения ключевых показателей качества медицинской помощи, достигнутые в ходе реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) за прошедший год или другой плановый период времени, баллов;

$T_{дос.пл.}$, $T_{св.пл.}$, $T_{пол.пл.}$, $T_{рез.пл.}$, $T_{уд.пл.}$− плановые (нормативные) значения ключевых показателей качества медицинской помощи, установленные программой на год или другой плановый период времени, баллов.

При оценке величины соиндикаторов ключевых показателей качества (см. рисунки 5.3, 5.4, 5.5, 5.6), как уже отмечалось, следует применять диапазон от «1» до «5» баллов. Значение i-го ключевого показателя качества в изначальный момент или по прошествии одного года, иного планового периода времени необходимо определять с использованием соиндикаторов по формуле:

$$Ti = \frac{\sum_{1}^{n} Si}{n},$$

где:

Ti – базовое (изначальное) значение i-го ключевого показателя качества медицинской помощи либо значение данного особо значимого показателя качества по прошествии одного года, иного планового периода времени, баллов;

Si − базовое (изначальное) значение i-го соиндикатора из соответствующих рисунков соиндикаторов (рисунки 5.3, 5.4, 5.5, 5.6) либо значение данного соиндикатора по прошествии одного года, иного планового периода времени, баллов;

n – количество соиндикаторов, применённых в процессе оценки на соответствующих рисунках (5.3, 5.4, 5.5, 5.6).

Оценку базовых (изначальных) значений соиндикаторов и значений соиндикаторов по прошествии определённого периода временени Si, а также выбор количества соиндикаторов применительно к конкретному ключевому показателю по рисункам 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 следует проводить коллегиально соответствующими комиссиями и общественными советами. В представленной формуле учтено, что в каждом конкретном случае используются и определяются лишь те соиндикаторы из таблиц, применение которых уместно для проводимой оценки качества.

Методика оценки численного значения ключевого показателя качества медицинской помощи – *удовлетворённости населения качеством оказания медицинских услуг* имеет отличительную особенность, обусловленную отсутствием соиндикаторов удовлетворённости в виде таблицы и особым статусом данного значимого индикатора качества. Базовое (изначальное) значение ключевого показателя качества – удовлетворённости населения $\mathbf{T_{уд.баз.}}$ и фактическое значение удовлетворённости $\mathbf{T_{уд.фак.}}$ за прошедший год или другой плановый период времени определяется по формуле:

$$\mathbf{T_{уд.}} = \frac{\mathbf{N_п}}{\mathbf{N_{оп}}},$$

где:

$\mathbf{T_{уд.}}$ – базовое (изначальное) значение ключевого показателя качества – удовлетворённости населения качеством медицинской помощи – или фактическое значение данного показателя через определённый плановый период времени;

$\mathbf{N_п}$ – количество лиц, положительно оценивающих качество медицинской помощи, оказываемой в регионе, муниципальном образовании, медицинской организации (в том числе станции скорой помощи) в данный момент времени;

$\mathbf{N_{оп}}$ – количество опрошенных лиц

Опрос должен проводиться компетентной комиссией администрации, проводящей оценку качества медицинской помощи, общественным советом или специализированным социологическим центром.

Рекомендации по применению и оценке соиндикаторов показателей качества

Выбор соиндикаторов показателей качества из рисунков 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, определение величины их численных значений рекомендуется проводить с учётом следующего.

Например, применение и определение численного значения в баллах соиндикатора под номером 2 на рисунке 5.3 – Укомплектованность станций скорой медицинской помощи и медучреждений, оказывающих мобильную медпомощь, автомобилями повышенной проходимости – уместно только при оценке показателя доступности медицинской помощи, оказываемой станциями скорой медицинской помощи и мобильными медицинскими комплексами, осуществляющими выездную форму обслуживания населения.

В процессе оценки численного значения показателя своевременности по соиндикатору под номером 1 на рисунке 5.4 – *Скорость движения ТС с медицинским персоналом и пострадавшими в ДТП или больными, нуждающимися в госпитализации* – важно учесть, соблюдается ли правило «золотого часа». Суть его заключается в том, что если пострадавший с тяжёлыми травмами доставляется

в стационар в течение первого часа с момента травмирования (времени «золотого часа»), достигается самый высокий уровень выживаемости. Получается, на вызов скорой, её прибытие, оказание первой медицинской помощи на месте аварии, доставку пострадавшего в условия стационара отпущен всего один час времени. В городских условиях такое вполне возможно, на отдалённых, труднодоступных участках дорог – крайне сложно. Если же к названным дорожным условиям добавляется фактор отсутствия вдоль трассы стационарных средств связи, нестабильной работы мобильных средств связи – «золотой час» просто нереален. Чем больше отклонение от «золотого часа», который следует оценить 5-ю баллами, тем меньше баллов можно назначать по данному соиндикатору (если время составляет 2 часа и более вместо 1 часа, целесообразно назначать всего 1 балл).

Оценивая величину показателя своевременности медицинской помощи по соиндикатору под номером 3 на рисунке 5.4 – *Техническое состояние ТС медиков,* следует принимать во внимание суть понятия *техническое состояние автомобилей*, транспортирующих медработников и больных или пострадавших в аварии. Тем более, что техническое состояние автомобиля обеспечивает не только своевременность медицинской помощи, но и безопасность пассажиров автомобиля во время их транспортирования. Многие техническое состояние автомобиля определяют как его техническую исправность, то есть отсутствие дефектов, препятствующих его функционированию. Тем самым понятия технического состояния и технической исправности отождествляются. Автор вкладывает в данные понятия несколько иной смысл, более объёмное содержание. Техническое состояние автомобиля предполагает:

- техническую исправность автомобиля, всех его систем и механизмов, что позволяет использовать его по назначению;

- приемлемые сроки эксплуатации и величину пробега, в годах и километрах соответственно;

- оснащённость автомобиля системами безопасности.

Техническая исправность автомобиля обеспечивается владельцем ТС в соответствии с Федеральным законом от 10 декабря 1995 г. № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения»[27]. Техническая исправность достигается проведением периодических технических осмотров транспортного средства в пунктах технического осмотра с выдачей диагностической карты на исправный автомобиль. Помимо указанных техосмотров, владелец ТС обязан проводить проверки технической исправности и ремонтные работы, предусмотренные руководством по эксплуатации и сервисной (гарантийной) книжкой. Он же всякий раз организует предрейсовую проверку технического состояния ТС в соответствии с требованиями Правил обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом, утверждённых приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 15 января 2014 г. № 7[28]. Проверка технической исправности автомобиля перед выездом является обязанностью также и водителя в соответствии с требованиями Правил дорожного движения Российской Федерации, утверждённых постановлением Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 23 октября 1993г. № 1090[29].

К важным признакам технического состояния ТС отнесены срок его эксплуатации и величина пробега. И то и другое напрямую влияет на техническую исправность транспортного средства, поскольку с ростом срока эксплуатации и величины пробега снижается надёжность всех систем и механизмов. Соответственно, повышается риск возникновения разного рода неисправностей, приводящих к простоям в пути из-за необходимости устранения неисправности и снижению показателя своевременности оказания медицинской помощи. Это в лучшем случае. В худшем – неисправность автомобиля может спровоцировать ДТП с разной степенью последствий как для пассажиров скорой

---

[27] URL: https://base.garant.ru/10105643/ (дата обращения: 16.08.2021)
[28] URL: https://base.garant.ru/70674094/ (датат обращения: 04.06.2021)
[29] Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. - 1993. - № 47.- ст.4531

медицинской помощи, так и для других участников дорожного движения. В любом случае всё это отрицательно сказывается на показателе своевременности медицинской помощи и на качестве медицинских услуг в целом. Поэтому важно определить оптимальный срок эксплуатации автомобилей скорой медицинской помощи и предельную величину их пробега, позволяющие своевременно прибывать бригаде медиков к месту ДТП или местам проживания остро заболевших, а также вовремя доставить пациентов в стационар. Пробег автобусов и микроавтобусов, используемых для мобильных медицинских комплексов выездной формы обслуживания населения автор рекомендует ограничить величиной − не более 800 тыс. километров (для поездок по горным дорогам – не более 300 тыс. км). В пределах рекомендованной предельной величины пробега срок эксплуатации ТС составит 8-10 лет, что приемлемо для постоянного поддержания автобусов, микроавтобусов в исправном состоянии. У автомобилей скорой медицинской помощи пробег не должен превышать 500 тыс. км, а срок эксплуатации – не более 8 лет.

Кратко о системах безопасности, поддерживающих требуемый уровень технического состояния ТС и помогающих избежать опасных ситуаций в процессе движения. Прежде всего автобусам и микроавтобусам, совершающим перевозки пассажиров (в том числе медиков, больных, пострадавших в аварии) в сложных дорожных условиях (снег, грязь, водные преграды и др.) необходима система полного привода. Помимо системы полного привода, необходимость в которой проявляется на дорогах низкого качества, на автобусах и микроавтобусах целесообразно иметь другие системы безопасности. Системы безопасности существенно влияют на своевременность предоставления медицинской помощи: доставка медработников и пациентов к месту назначения в сложных дорожных и погодных условиях в требуемые сроки, снижение риска попадания ТС в ДТП с соответствующими последствиями. Кроме того, повышается комфортность и безопасность перевозки медицинских работников, больных, пострадавших в ДТП.

Некоторые пояснения по соиндикатору, характеризующему своевременность медицинской помощи, под номером 5 на рисунке 5.4 − У*мение водителей ТС мобильных медицинских комплексов, автомобилей скорой медпомощи управлять автомобилем в сложных дорожных и погодных условиях*. По существу такое умение возможно, если водитель знает конструкцию автомобиля, особенности его систем и механизмов. А главное – опытный водитель имеет многолетнюю практику управления автобусами, микроавтобусами, другими автомобилями разных марок. При этом маршруты движения различаются трафиком, протяжённостью, многообразием уровня качества дорог, сложностью (наличие водных переправ, преодоление железнодорожных путей на железнодорожных перекрёстках, горные трассы, холодный климат в течение многих месяцев года). Если водитель водит автомобиль по одному и тому же маршруту годами, требуемых умений, опыта он не приобретёт. Умение уверенно управлять транспортным средством вырабатывается и за счёт частых поездок в экстремальных погодных условиях: гололёд, обильный снегопад, снежный буран; сильный дождь с градом, стелящимся вдоль дороги; пыльная буря. Если у водителя отсутствуют умение и опыт, то на своевременность оказания скорой медицинской помощи, на соблюдение графика движения автобуса с пассажирами рассчитывать не приходится. Более того, несвоевременность медицинской помощи может перерасти в ненадобность её оказания. Получается, из-за неумелого водителя страдают больные; люди, попавшие в ДТП; медицинские работники, оказывающие медпомощь. Вот почему станциям скорой помощи, другим медучреждениям, предоставляющим медицинские услуги с использование автотранспорта, важно иметь не только автомобили в нормальном техническом состоянии, но и умелых, опытных водителей.

Несколько слов о соиндикаторе, характеризующем своевременность медицинской помощи и включенном в число интегрированных ключевых показателей под номером 6 на рисунке 5.4 – *Уровень эффективности управления медицинскими организациями, персоналом и органами здравоохранения*.

Своевременность медицинской помощи с применением автотранспорта невозможна без *ответственного отношения к качеству медицинской помощи работников органов здравоохранения всех уровней.* Данный соиндикатор оказывает воздействие на большинство ключевых индикаторов качества медицинских услуг, на их соиндикаторы. Автор полагает, что качество медицинской помощи прежде всего зависит от эффективности управления системой менеджмента качества медицинских услуг со стороны руководителей органов здравоохранения на федеральном, региональных уровнях. Эффективность управления медицинской организацией, персоналом, качеством медицинской помощи с использованием автотранспорта зависит от управленческой квалификации руководителя. Многие специалисты в области менеджмента качества утверждают, что за 85-95% проблем качества отвечает система менеджмента, и только за 5-15% − непосредственные исполнители. С процентным соотношением можно согласиться не в полной мере, но эффективность любой системы менеджмента качества существенно зависит от уровня управляющих воздействий руководителей всех рангов, их ответственности за порученное дело, квалификации в сфере медицины и области управления персоналом. Поэтому уровень эффективности управления является, образно говоря, зеркальным отражением, следствием уровня всех ключевых показателей качества медицинской помощи. Иначе говоря, низкий уровень базовых (изначальных) значений наиболее значимых индикаторов качества (приведены на рисунке 5.2) и/или их последующих значений через определённый промежуток времени в баллах означает, что эффективность управления качеством медицинской помощи, органами здравоохранения, медицинскими организациями, персоналом находится тоже на низком уровне. Одно из проявлений искусства руководить персоналом – его *мотивация.* Обязанностью каждого руководителя является всесторонняя мотивация подчиненных, а руководителя органа здравоохранения, кроме того, мотивация всех работников подчинённой структуры. Решающее значение *имеет мотивация путём обеспечения достойной оплаты труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала*. Для отечественной медицины проблема

крайне актуальна практически в любом регионе, населённом пункте. Наличие проблемы подтверждается изданием Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», предусматривающего кардинальное изменение сложившейся ситуации в лучшую сторону. Рост средней зарплаты согласно госпрограмме установлен: врачей – к средней заработной плате по субъекту РФ со 137% в 2015 году до 200% в 2017-2020 гг.; среднего и младшего медицинского персонала – с 79,3% и 52,4%, соответственно, в 2015 году до 100% в 2017-2020 гг. Соглашаясь с приоритетной ролью роста оплаты труда медицинских работников, не следует рассматривать высокие заработки единственным способом мотивации работников. Есть и другие способы удовлетворения потребностей персонала, повышения его отдачи в работе. Среди них автор предлагает оценивать:

1. Наличие и реализацию комплекса мер по созданию привлекательных социально-экономических условий и закреплению молодых специалистов-выпускников медицинских вузов, колледжей и медработников со стажем, результативность принимаемых мер. Наряду с достойной оплатой труда в составе социально-экономических мер-соиндикаторов качественного мотивирования медперсонала, характеризующих привлекательность для притока и закрепления молодых специалистов и медработников со стажем, целесообразно рассматривать:

а) финансирование целевого обучения в медицинских вузах и колледжах с последующим предоставлением работы с заранее оговорёнными в договоре медицинской организации и продолжительностью обязательной отработки в данном медучреждении;

б) оплату проезда молодого специалиста (медработника со стажем) к месту работы и оплату провоза багажа;

в) предоставление служебного жилья в течение всего периода работы или оплата аренды жилого помещения;

г) оплату строительства жилья в сельской местности или кредита (ипотеки) на приобретение жилой площади молодыми семьями, в том числе согласно «Типовому положению о предоставлении социальных выплат на строительство

(приобретение) жилья гражданам Российской Федерации, проживающим в сельской местности, в том числе молодым семьям и молодым специалистам», изложенному в Приложении № 4 к федеральной программе «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года» (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 16 января 2015 г. № 17)[30];

д) предоставление беспроцентной ссуды;

е) оплату полиса добровольного медицинского страхования;

ж) оплату фитнеса, абонемента на посещение плавательного бассейна;

з) предоставление корпоративного подарка при рождении ребёнка;

и) материальное вознаграждение за победу в конкурсе молодых специалистов, периодически проводимом в субъекте Российской Федерации, муниципальном образовании, в медицинской организации.

2. Моральное и материальное стимулирование наиболее отличившихся медицинских работников – на регулярной основе и с обеспечением гласности.

3. Создание условий для служебного (карьерного) роста медперсонала и показ перспективы продвижения по службе на годы вперёд. Учёт ожиданий современного молодого поколения, когда молодёжь ценит поддержку вовлечённости в трудовой коллектив, проявляет удовлетворённость при наличии конкретного плана работы молодого специалиста, другого прозрачного документа, оговаривающего, что нужно сделать, чтобы добиться роста.

4. Регулярную оценку качества работы медицинского персонала в непубличной форме, высказывание рекомендаций в случае необходимости в вежливой, доверительной форме.

5. Создание комфортных условий для трудовой деятельности.

---

[30] Постановление Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2015. - № 4. - ст.659. - С.2350-2399

При оценке численного значения в баллах соиндикатора результативности под номером 4 на рисунке 5.6 – *Достаточность медицинских работников* – как в изначальный (базовый) момент, так и через определённый промежуток времени автор рекомендует учитывать следующие обстоятельства. Прежде всего необходимо выяснить, имеется ли у объекта оценки качества медицинской помощи (в регионе, муниципальном образовании, медицинской организации) обоснованная потребность численности медицинского персонала – оптимальная численность врачей, приходящаяся на 10 тыс. населения, и среднего медицинского персонала, приходящаяся на 1 врача. Определить численную потребность в среднем медицинском персонале, по мнению автора, несколько проще: с учётом ранее действовавшей госпрограммой «Развитие здравоохранения» − от 2,3 человек на 1 врача в 2015 году до 3-х человек в 2020 году. При этом численность может корректироваться и задаваться, исходя из структуры медицинской организации и структуры его подразделений. Оптимальную численность врачей, приходящихся на 10 тыс. населения, рассчитать гораздо сложней. Ещё сложней это сделать для малочисленных, отдалённых сельских поселений. Во избежание излишней численности врачей или нехватки в медицинской организации конкретного региона и муниципального образования такую работу следует проводить, с одной стороны, руководствуясь соответствующим ведомственным актом Минздрава РФ согласно «Комплексу мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года»[31], с другой, − исходя из особенностей региона: количества сельских поселений, их удалённости от райцентров или других достаточно крупных поселений; численности жителей в каждом населённом пункте; климатических условий; развития транспортной инфраструктуры; возрастного состава жителей; уровня заболеваемости и др. По данным Росстата в 2012 году – году вышеупомянутого майского Указа Президента РФ – численность врачей на

[31] Утверждён распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р. URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70260340/ (дата обращения: 16.08.2015)

10000 человек составляла 49,1 единиц, и наряду с другими важными мерами, в Указе дано поручение Правительству РФ, руководителям регионов *об устранении дефицита медицинских кадров*. Аналогичное поручение дано в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204. Одновременно при оценке достаточности медицинских кадров необходимо учитывать, что из-за дефицита региональных бюджетов многие субъекты РФ в процессе так называемого «реформирования» здравоохранения руководствуются прежде всего экономическими соображениями, направленностью медицинского обслуживания населения на коммерциализацию, забывая о социально-экономических последствиях сокращения числа медучреждений путём их ликвидации, объединения и соответствующего снижения численности медицинского персонала. Особый подход требуется при оценке потребной численности медицинского персонала бригад скорой медицинской помощи, обслуживающих жителей сельских поселений. Принцип «такое-то число врачей и среднего медицинского персонала на 10000 населения» здесь неприемлем, поскольку потребная численность зависит от таких факторов как количество сельских поселений, их отдалённость от расположения станций скорой медицинской помощи, качество автомобильных дорог, по которым перевозятся больные или пострадавшие в аварии, климатические условия, оснащённость станций скорой помощи автомобилями (в том числе повышенной проходимости при необходимости). Есть и другие особенности оценки качества оказания скорой медицинской помощи, выбора соиндикаторов для оценки показателей качества. Прежде всего необходимо принимать во внимание решающее значение показателя своевременности, о чём уже излагалось выше. По существу от уровня показателя своевременности зависит, необходимо ли вообще проводить оценку показателей полноценности, результативности и удовлетворённости, либо такие оценки не имеют смысла. А доступность и своевременность медицинской помощи в некоторых случаях становятся почти идентичными понятиями. Именно поэтому при оценке качества оказания скорой медицинской помощи рекомендуется проводить оценку всех соиндикаторов своевременности на рисунке 5.4 и соиндикатора показателя

доступности под номером 1 на рисунке 5.3 – Укомплектованность бригад скорой помощи квалифицированным медицинским персоналом. Оценка показателя своевременности по соиндикатору укомплектованности квалифицированным персоналом крайне уместна по причине того, что качество работы бригады скорой помощи не ограничивается своевременным прибытием к месту аварии или к месту проживания тяжело больного и включает квалифицированную помощь по прибытии, транспортировании пострадавшего (больного) в стационар. Ещё одна особенность оценки качества оказания скорой медицинской помощи заключается в некорректности автоматического распространения низких результатов оценки работы станции скорой помощи на качество работы выездных бригад скорой помощи. К примеру, ошибочно винить бригаду СМП в неоснащённости автомобилей скорой необходимым оборудованием, неукомплектованности положенным набором лекарственных препаратов. Точно также бригада не имеет возможности своевременно прибыть к месту аварии или тяжело заболевшему гражданину из-за бездорожья, отсутствия автомобилей повышенной проходимости; низкой квалификации водителей, неспособных умело управлять автомобилем СМП в сложных дорожных и экстремальных погодных условиях. Причина всего перечисленного и многих других упущений кроется в неэффективном управлении, слабой ответственности начальников станций скорой помощи, руководителей региональных органов здравоохранения, исполнительных органов власти. При оценке полноценности и результативности оказания скорой медицинской помощи достаточно использовать всего три соиндикатора:

- Укомплектованность бригад скорой помощи квалифицированным персоналом;

- Оснащённость автомобилей скорой помощи современным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами;

- Уровень эффективности управления станциями скорой помощи, персоналом. Степень мотивированности и ответственности медицинского персонала на всех уровнях управления качеством медицинской помощи.

Оценивая вышеназванный соиндикатор – оснащённость автомобилей скорой помощи современным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами, − необходимо учитывать следующее. Пострадавшие в аварии, имеющие шокогенные сочетанные травмы, подлежат обслуживанию специализированными реанимационными бригадами скорой медицинской помощи. Бригада прибывает к месту происшествия на автомобиле, оснащённом специальной аппаратурой (такие автомобили именуются классом «С»[32]).

Оснащение такого автомобиля позволяет осуществлять аппаратную вентиляцию лёгких, дефибрилляцию, мониторинг сердечно-сосудистой деятельности и дыхания. Все другие автомобили СМП оснащаются проще. Существенно более высокие требования предъявляются и к комплектованию, подготовке персонала специализированных реанимационных бригад СМП.

Что касается укомплектования автомобилей, бригад СМП лекарственными препаратами, то оно должно соответствовать требованиям, установленным в приказе Минздрава РФ от 7 августа 2013 г. № 549н[33].

В завершение методических рекомендаций по применению и оценке соиндикаторов ключевых показателей качества следует ещё раз отметить особое место соиндикатора – *Уровень эффективности управления медицинскими организациями, персоналом и органами здравоохранения. Степень мотивированности и ответственности медицинского персонала на всех уровнях управления качеством оказания медицинской помощи*. Данный соиндикатор имеет важное значение при оценке численной величины не только любого из пяти ключевых показателей качества медицинской помощи, но и в процессе оценки качества медицинских услуг, предоставляемых населению медицинскими

---

[32] Основы организации и оказания скорой медицинской помощи при тяжёлых сочетанных повреждениях пострадавших вследствие ДТП/ГУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. 2-е изд. с изм. и доп. – СПб., 2011.- 112с.

[33] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 августа 2013 г. № 549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70348224/ (дата обращения: 25.06.2021)

организациями, эффективности работы муниципальных, региональных и федерального органов здравоохранения. Поэтому, оценивая качество оказания медицинской помощи любым объектом здравоохранения, целесообразно всегда определять численное значение данного соиндикатора в связке с соответствующим показателем качества, учитывать его даже в тех случаях, когда он на рисунках 5.3 и 5.6 отсутствует.

Заключительные выводы по Методике

Представленная Методика, прошедшая верификацию, адресное внедрение (в 2-х организациях), и предлагаемая к широкому применению, позволяет проводить оценку качества медицинской помощи с использованием автотранспорта по единым и конкретным ключевым показателям. Для единого толкования понятий доступности медицинской помощи, своевременности её оказания, полноценности, результативности, удовлетворённости населения качеством медицинских услуг в Методике изложена дефиниция по каждому из указанных ключевых показателей качества. По большинству ключевых показателей качества медицинской помощи населению установлены наиболее значимые соиндикаторы качества, глубоко и всесторонне характеризующие показатели качества предоставляемой медицинской помощи. Достоинством Методики является возможность периодической оценки эффективности реализации программы (комплекса мероприятий) по повышению качества медицинской помощи и качества каждого ключевого показателя в отдельности. Методика позволяет выявить показатели качества, их соиндикаторы с наиболее низкими численными значениями в баллах и тем самым нацелить компетентные органы на принятие дополнительных мер по изменению ситуации в лучшую сторону. Методика также даёт возможность оценивать достигнутые результаты по повышению качества медицинской помощи, эффективность реализации программ повышения качества медицинских услуг, разрабатываемых медицинскими организациями (включая станции скорой помощи), органами здравоохранения, субъектов Российской Федерации. Рекомендации по оптимальному выбору соиндикаторов показателей качества медицинской помощи, изложенные в Методике, позволяют проводить

оценку ключевых показателей качества медицинских услуг наиболее рационально и целенаправленно. Особый подход рекомендован по применению ключевых показателей, их соиндикаторов при оценке качества оказания скорой медицинской помощи. Разработка и реализация программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи населению, периодическая оценка фактического уровня качества медицинских услуг с применением Методики и заложенных в ней направлений роста показателей качества, соиндикаторов способствуют достижению максимальных значений показателей качества. В результате снижается заболеваемость населения, что положительно сказывается на социально-экономических показателях муниципальных образований, субъектов РФ, федеральных округов и страны в целом:

- снижаются финансовые потери по причине временной и стойкой нетрудоспособности – оплата больничных листов (бюллетеней), выплата пенсий по инвалидности;
- увеличивается численность трудоспособного населения, и как следствие растут налоговые поступления средств, происходят положительные изменения социально-экономических достижений в форме развития транспортной инфраструктуры, строительства новых социальных объектов (в том числе медицинских), роста экономических показателей во всех сферах деятельности;
- растёт продолжительность жизни людей, происходят другие положительные изменения демографических показателей (изменение состава населения, его размещения, естественный прирост численности населения);
- снижается чрезмерная загруженность всех видов медицинских организаций (больниц, амбулаторий, поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов и др.);
- создаются и реализуются благоприятные условия для повышения качества жизни людей.

Социально-экономическая результативность эффективного управления качеством медицинской помощи населению

Социально-экономические достижения муниципальных образований, субъектов РФ, страны в целом в значительной мере зависят от эффективности управления качеством медицинской помощи населению. Исследование показало наличие прямой зависимости между ними: чем выше качество медицинской помощи, тем выше социально-экономические достижения, чем ниже – тем более низкая социально-экономическая эффективность функционирования органов здравоохранения, медицинских организаций.

В процессе исследования установлено не всегда высокое качество медицинских услуг исследуемым категориям населения. С целью кардинального изменения в лучшую сторону сложившегося положения с управлением качества медицинской помощи диссертантом выявлены и исследованы указанные выше по тексту данной главы причины имеющихся упущений и недостатков в предоставлении медицинских услуг населению с использованием автотранспорта, предложен комплекс мер по снижению негативного воздействия выявленных причин − факторов вплоть до полной элиминации с доведением ключевых показателей качества до резистентного высокого уровня.

В числе наиболее значимых социально-экономических достижений благодаря реализации предложений диссертанта следует отметить следующие:

1. Стабилизация численности трудоспособного населения, приводящая к росту экономических показателей действующих производств, сферы услуг, к повышению налоговых поступлений, способствующих развитию и укреплению социальной сферы, развитию транспортной инфраструктуры, увеличению количества вновь построенных социальных объектов. Рост численности трудоспособного населения – крайне актуальная проблема для страны на ближайшие десятилетия. Более того, проблемным является даже сохранение имеющейся численности трудоспособного населения. На основе демографического прогноза Росстата [176, с.76], разработанного с учётом

населения Крыма, автором подготовлен график изменения численности трудоспособного населения до 2050 года (рисунок 5.7).

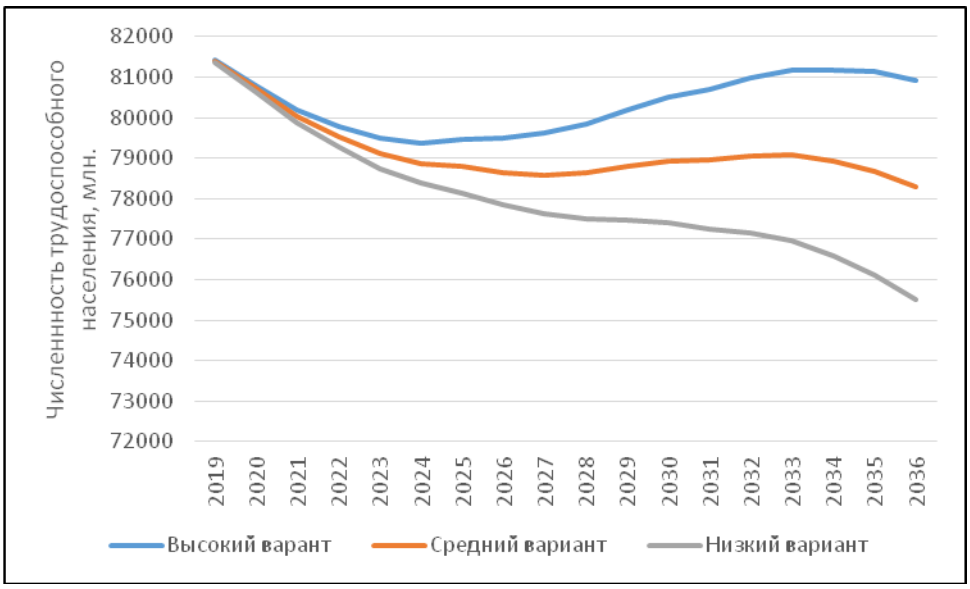

Рисунок 5.7 – **Изменение численности трудоспособного населения России с 2015 г. по 2050 г. (с учетом временных трудовых мигрантов), высокий, средний и низкий варианты.**

Источник: построено автором на основе данных Росстата [7, с.76]

Из графика следует – в любом варианте прогноза с 2015-го по 2025 год и после 2025 года предстоит постоянное снижение численности трудоспособного населения. К 2050 году при самом высоком варианте прогнозируется снижение численности на 7,539 миллионов человек, а при самом низком – на 22,4 млн. Для обеспечения хотя бы среднего сценария изменения численности трудоспособного населения следует принять радикальные меры (включающие предложенные диссертантом), направленные на повышение качества управления здравоохранением.

2. Одним из наиболее важных социально-экономических результатов эффективного управления качеством медицинской помощи является *снижение заболеваемости населения*. За последние годы уровень заболеваемости в стране имел тенденцию роста, а не снижения. Данный вывод подтверждается статистикой Росстата [176, с.216-225]. Показателем негативного воздействия заболеваемости является смертность. От внешних причин, обозначенных Росстатом [176, с.89], (случайные отравления алкоголем; транспортные несчастные случаи, включая ДТП; самоубийства; убийства) смертность

составляет в последние годы в среднем 10%. Таким образом, болезни являются причиной смертности в 90% случаев. Статистические данные Росстата при использовании подлежат уточнению, поскольку в числе внешних причин не значатся социальные причины, которые, как известно, играют немалое воздействие на смертность, особенно в годы экономических кризисов. Одна из официальных версий причин роста смертности – увеличение численности населения преклонного возраста. Но парадокс заключается в том, что чаще стали умирать жители в возрасте от 15 до 19 лет и от 30 до 49 лет. Происходит это в силу целого ряда обстоятельств, в том числе из-за последствий кризисных явлений. Но самая главная причина роста смертности − снижение качества оказания медицинской помощи и, как следствие, − негативная тенденция увеличения заболеваемости. Данный вывод подкрепляется утверждениями экспертов, специалистов, изложенными в работах [142], [206] и в других научных работах, упоминавшихся выше по тексту главы. Целесообразно дополнительно раскрыть факторы (причины), воздействующие на социально-экономическую эффективность управления качеством медицинской помощи исследуемым категориям населения.

Во-первых, на заболеваемости населения негативно сказывается *сокращение числа медицинских организаций*. Для жителей малочисленных, отдалённых, труднодоступных сельских поселений снижается доступность, своевременность, полноценность и результативность медицинской помощи, поскольку для получения необходимых медицинских услуг больным сельчанам приходится добираться автомобильным или железнодорожным транспортом до ближайшей медицинской организации. Больные испытывают большие трудности из-за длительных поездок, дискомфорта, продолжительного времяпрепровождения в очередях в регистратуру и лечащему врачу. Подобные обстоятельства вредно действуют на результативность лечения, отрицательно сказываются на удовлетворённости качеством медицинской помощи. Особенно сказывается на заболеваемости, смертности населения сокращение числа больниц, станций скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП).

К примеру, по данным статистики количество ФАП с 2000 года по 2015 год уменьшилось с 44600 единиц до 34288 единиц, то есть на 10312 единиц. Положение сельчан усугубляется тем, что определённая часть сохранившихся больниц переводится на режим дневного стационара. Такой режим вынуждает больных ежедневно совершать поездки из больницы домой и обратно. Но если для жителей городов и крупных посёлков с налаженным движением транспорта это всего лишь неудобство, потеря времени и денежных средств, то для жителей отдалённых, труднодоступных сельских поселений – нечто близкое к катастрофе. Сокращение количества больниц, ФАП в сельских поселениях непременно приводит к длительным поездкам в район, более крупное поселение. Некоторые позитивные изменения по количеству медучреждений в сельских населённых пунктах и, соответственно, качеству оказываемой медицинской помощи и социально-экономической результативности могут произойти при успешной реализации Федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» - составной части Паспорта национального проекта «Здравоохранение» (утв. Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). Согласно указанному проекту в населённых пунктах с численностью населения от 100 до 2000 человек запланировано в течение 2019 – 2020 г.г. создание и функционирование более 350 новых фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, а также замена, введение в действие до конца 2020 года более 1200 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, находящихся в аварийном состоянии. Для оказания первичной медико-санитарной помощи в населённых пунктах с численностью менее 100 человек планируется приобретение и функционирование (то есть ввод в эксплуатацию) примерно 1300 единиц мобильных медицинских комплексов до конца 2021 года, т.е. за три года (с 2019 года по 2021 год). К сожалению, согласно названному Федеральному проекту, действующему с 2019-го по 2024-й годы, работы по вводу фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий на 2021, 2022, 2023, 2024 годы не

запланированы. Приобретение мобильных медицинских комплексов завершается в 2021 году при весьма скромных объёмах, а в 2022, 2023, 2024 годах – не планируется. Социально-экономической результативности всех запланированных Федеральным проектом мероприятий существенно поможет внедрение предложений диссертанта.

Второй фактор, не позволяющий наращивать социально-экономическую эффективность повышения качества медицинской помощи из-за роста заболеваемости, смертности – *нехватка квалифицированных врачей и среднего медицинского персонала* в результате снижения числа врачей на 10000 населения и числа среднего медперсонала на одного врача. На данные показатели отрицательно воздействует и сокращение числа медицинских организаций. Указанный довод подтверждается аргументами автора, научными работами, приведенными выше по тексту главы.

В-третьих, к росту заболеваемости и смертности приводит постоянный *рост цен на лекарственные препараты*. Данный процесс продолжается в течение многих лет, а в условиях экономического кризиса проявляется особенно остро Малообеспеченные слои населения, что в полной мере относится к исследуемым категориям населения, просто не в состоянии покупать лекарства в требуемых объёмах из-за их чрезмерной дороговизны. Нет оснований утверждать об отсутствии предпринимаемых мер по наведению порядка в ценообразовании лекарственных средств, однако заметных подвижек в отношении хотя бы стабилизации цен на лекарства пока не наблюдается.

Четвёртый важный фактор влияния на смертность, восстановление здоровья больных и пострадавших в ДТП – *степень своевременности и полноценности оказания скорой медицинской помощи*. Результаты анализа работы отечественных станций (отделений) скорой медицинской помощи представлены выше по тексту главы.

3. Ещё одним важным социально-экономическим результатом эффективного управления качеством медицинской помощи населению является *константный рост численности населения регионов и страны в целом*.

Официальные данные Росстата [187, с.67 и сноска[34]] показывают – в последние годы значительного роста численности населения в стране не наблюдается. Так, в 2005 г. численность населения составляла 143,8 млн. В последующие годы численность населения снижалась: в 2006 г. – 143,2 млн., в 2007-м и 2008-м годах – 142,8 млн., в 2009 г. – 142,7 млн. Начиная с 2010 года имеет место незначительный рост численности населения: в 2010-м и 2011-м годах – 142,9 млн., в 2012 г. – 143,0 млн., в 2013 г. – 143,3 млн., в 2014-м г. – 143,7 млн., в 2015-м – 146,3 млн., в 2016 г. – 146,52 млн., в 2017 г. – 146,8 млн., в 2018 г. – 146,9 млн., в 2019 г. – 146,8 млн., в 2020 г. – 146,7 млн. Для роста социально-экономических эффектов необходим динамичный естественный прирост населения, что возможно лишь при эффективном управлении качеством медицинской помощи населению. И если для всего населения страны в последние годы имеет место некоторый естественный прирост населения, то для сельского населения пока характерна естественная убыль.

Из других возможных позитивных социально-экономических результатов вследствие повышения эффективности управления качеством медицинской помощи населению следует отметить:

4. Сокращение финансовых издержек из-за временной и стойкой нетрудоспособности – оплата больничных листов (бюллетеней), выплата пенсий по инвалидности.

5. Рост производительности труда во всех сферах производства благодаря наличию требуемой численности работающих, их здоровому состоянию и, как следствие, улучшение экономических показателей производств, муниципальных образований, субъектов РФ.

6. Снижение финансовых затрат больниц, амбулаторий, поликлиник, ФАП вследствие снижения численности больных.

7. Создание и реализация благоприятных условий для повышения качества жизни людей.

---

[34]URL: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 26.05.2021)

8. Проявление определенного экономического эффекта в виде роста финансовой стабильности регионов, устойчивости регионального и муниципальных бюджетов.

9. Снижение числа погибших и получивших тяжёлые последствия в ДТП благодаря своевременной, полноценной и результативной скорой медицинской помощи на месте аварии, при транспортировании пострадавших с целью госпитализации в условиях стационара. Сокращение финансовых потерь пострадавших в ДТП, их ближайших родственников, страховых компаний, автоперевозчиков, муниципальных образований, государства. Снижение количества психологических травм, которые кого-то сопровождают не так долго, а вдов, детей-сирот, вдовцов, братьев, сестёр – в течение многих лет.

10. Стабилизация роста продолжительности жизни людей, в том числе исследуемых категорий населения.

Выводы по главе 5:

1. Определены категории населения, испытывающие наибольшие трудности в получении качественной медицинской помощи с использованием автомобильного транспорта. Установлено постоянное снижение численности населения в малочисленных, отдалённых, труднодоступных сельских поселениях, в том числе по причине ограниченной доступности и своевременности медицинской помощи.

2. Исследованы подходы к толкованию понятия качества медицинской помощи населению, оценке уровня её качества. Выделены основные показатели, всесторонне характеризующие качество медицинской помощи населению с использованием автотранспорта – доступность, своевременность, полноценность, результативность, удовлетворённость населения. Проделана сравнительная оценка весомости каждого из основных показателей.

3. Выполнен системный анализ качества медицинской помощи населению с применением наиболее значимых показателей, их соиндикаторов качества. Научно обоснован невысокий уровень качества медицинской помощи, оказываемой исследуемым категориям населения. Отмечена своевременность и

полноценность оказания скорой медицинской помощи в большинстве экстренных случаев.

4 Выявлены причины упущений и недостатков в предоставлении медицинской помощи исследуемым категориям населения. Подчёркнута тенденциозность и несостоятельность объяснения всех упущений и недостатков в работе органов здравоохранения, медицинских организаций только недостаточным финансированием здравоохранения.

5. Предложен комплекс мер, повышающих эффективность системы управления качеством медицинской помощи, рост уровня каждого из показателей качества и соиндикаторов. Выработан методический подход к укомплектованию медицинских организаций, станций скорой помощи, мобильных медицинских комплексов, обслуживающих сельское население, квалифицированными медицинскими кадрами, их мотивированию и закреплению.

6. Разработана, прошла практическую проверку и адресно внедрена «Методика периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения, проживающего и/или работающего в отдалённых труднодоступных местах» (Приложение 1), предназначенная для экспертной оценки каждого из пяти ключевых индикаторов качества, их соиндикаторов и фактического уровня качества медицинской помощи в целом. Методика также служит для определения социально-экономических достижений в результате реализации программы или комплекса мероприятий в медицинской организации, муниципальном образовании, субъекте РФ, федеральном округе, стране.

ГЛАВА 6. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ АВТОМОБИЛЬНЫХ ДОРОГ И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА КАЧЕСТВО СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ

6.1. Методика оценки состояния отечественных дорог по разработанным критериям качества

С давних времён принято считать, что «плохие дороги» − неотъемлемая часть российского менталитета. При этом в понятие «плохая дорога» (дорога низкого качества) нередко включаются лишь такие критерии, как наличие на дорожном полотне глубоких ям, рытвин (углублений, выбитых колёсами автомобилей), ухабов (выбоин), большого скопления грязи. Подобный подход, приемлемый в начале XX века, зачастую продолжает применяться и в сегодняшние дни. Так, авторы монографии [223] проводят оценку качества автодорог по дефектам в цементобетонных дорожных покрытиях. Авторы работы [78] исследуют узконаправленную проблему, связанную с качеством дороги – оптимальные режимы работы светофорных объектов. Данный индикатор крайне актуален, особенно для городов и посёлков городского типа с высоким трафиком движения транспорта, но характеризует качество дороги узконаправленно. Аналогичный односторонний подход – оценка состояния автомобильной дороги по показателю инженерного оборудования и обустройства – превалирует в работе [162]. Несколько больше показателей качества применяют при оценке качества дорог авторы работы [98]: достаточность остановок, количество пересадочных узлов, качество пересечения транспортных потоков, возможность подъезда к прилегающим к дороге объектам и др. Вместе с тем авторы относят к качеству дорог экологические критерии, что не совсем уместно. Это с одной стороны. С другой, оценка качества дорог в интерпретации только потребителя – зачастую крайне субъективна, однобока, и тем самым приводит к неполноценному выводу. В современных условиях по указанному минимуму критериев возможен лишь априорный анализ качества дорог. Для оценки реального состояния и эффективного управления качеством автомобильных дорог разных категорий в современных условиях необходим комплекс многовекторных целевых

индикаторов качества, позволяющих глубоко, всесторонне и репрезентативно характеризовать состояние дорог. Недостаточность, дисперсность систематизации таких показателей сделало актуальным исследовать проблему, определить номенклатуру индикаторов качества, приемлемую для любой автодороги. В процессе исследования выработаны особо значимые показатели, представленные в таблице 6.1.

Таблица 6.1 – **Ключевые показатели качества автомобильных дорог**

№ п/п	Наименование показателей, характеризующих качество автомобильной дороги	Примечание
1	Соответствие дороги установленным техническим требованиям	Универсальный индикатор для всех дорог
2	Наличие современных светофорных устройств в оптимальном количестве, постоянная исправность светофоров	Показатель не всегда применим для дорог местного значения
3	Степень развития придорожного сервиса	Универсальный индикатор для всех дорог
4	Оснащённость дороги ограждениями в местах разделения встречных потоков транспорта и внешними ограждениями	Показатель особенно актуален для дорог федерального и регионального значения
5	Обустройство дороги путепроводами в местах пересечения с железнодорожными путями, минимизация наземных железнодорожных переездов	
6	Организация подвижной технической помощи на дороге, создание стационарной техпомощи	

Продолжение таблицы 6.1

№ п/п	Наименование показателей, характеризующих качество автомобильной дороги	Примечание
7	Принятие незамедлительных мер при возникновении на дороге препятствий для движения транспортных средств (ТС)	Показатель наиболее актуален при оценке качества дорог федерального и регионального значения
8	Качество наземных, надземных пешеходных переходов и подземных переходов	
9	Современное оснащение остановок ТС – мест посадки пассажиров	Универсальный показатель для всех дорог
10	Информационное обеспечение водителей на трассе	Не применяется при оценке качества дорог местного значения
11	Пропускная способность дороги	То же
12	Освещение проезжей части дороги	
13	Своевременность и полноценность ремонта дороги	Универсальный показатель для всех дорог

Источник: разработано автором

Новизна применения указанных индикаторов в диссертационном исследовании заключается, во-первых, в использовании гаммы подобранных показателей при оценке качества дорог разной категории вместо крайне ограниченного числа индикаторов. Во-вторых, исследовано влияние на качество автодорог не только индивидуально каждого из показателей, применённых для оценки конкретного вида дороги (федеральная трасса, дорога регионального или межмуниципального, местного значения), но также интегрированное воздействие на качество семейства индикаторов. В-третьих, особенность применения индикаторов заключается ещё и в том, что для оценки качества автодорог местного значения автором диссертации используя принцип Парето в сочетании с

апостериорным анализом, выделено из тринадцати показателей, характеризующих качество автомобильных дорог, пять наиболее значимых показателей – по пунктам 1, 13, 6, 7, 9 таблицы 6.1. Весомость каждого из указанных пяти показателей качества автодорог местного значения определялась экспертным путём автором диссертации с применением системы KPI. Доминирующим общепризнанным показателем качества для всех видов автомобильных дорог является соответствие дорог установленным требованиям (установленным нормативам), данные по которому ежегодно публикуются Росстатом. Характеристика указанных пяти показателей качества автодороги, их важность приведены в параграфах 6.1, 6.2 диссертации. Пример расчёта индекса KPI за целевой (планируемый) период представлен в виде таблицы 6.2 и формулы расчёта.

Таблица 6.2 – **Результаты определения весомость показателей качества автодороги местного значения и расчёта индекса KPI**

№ п/п	Наименование показателя качества дороги	Весомость показателя	Целевое (плановое) значение показателя	Фактическое значение показателя	Индекс KPI
1.	Соответствие дороги установленным техническим требованиям	0,3	30 %	30 %	0,3
2.	Своевременность и полноценность ремонта дороги	0,2	25 %	20 %	0,16
3.	Организация подвижной технической помощи на дороге, создание стационарной техпомощи	0,2	25 %	20 %	0,16
4.	Принятие незамедлительных мер при возникновении на дороге препятствий для движения ТС	0,15	20 %	20 %	0,15
5.	Современное оснащение остановок ТС – мест посадки пассажиров	0,15	15 %	12 %	0,12
		1	Коэффициент результативности		0,89
					89 %

Источник: составлено автором

Формула расчёта KPI:

$$\text{Индекс KPI} = \text{Весомость показателя} \times \frac{\text{Факт}}{\text{План}}$$

И, в-четвёртых, применение множества показателей для оценки качества дорог даёт возможность выявить недостатки по конкретным индикаторам, проанализировать причины снижения уровня индикаторов и принять меры по исправлению положения. В процессе оценки качества отечественных автодорог по выработанным показателям применялась методология, содержание которой подробно изложено в главе 1. Методы анализа, согласно методологии, применялись для всех видов дорог. В то же время акцентировалось внимание на оценке реального состояния дорог местного значения, через которые получают услуги социальной направленности жители отдалённых, труднодоступных сельских поселений; население, работающее или самоорганизованно отдыхающее в труднодоступных для автотранспорта местах; селяне, совершающие поездки в близлежащие медицинские организации с целью получения полноценной медицинской помощи; представители населения, попавшие в ДТП на дорогах. Результаты системного, репрезентативного анализа качества отечественных дорог по индикаторам, представленным в таблице 6.1 показали следующее. Учитывая, что показатели качества, приведенные в таблице 6.1 не всегда применимы к дорогам местного значения, индикаторы по позициям 2, 4, 10, 11 не анализировались.

По доминирующему индикатору – *соответствию дороги установленным нормативам* во всех научных работах, официальных сообщениях Министерства транспорта РФ (далее по тексту – Минтранс РФ) констатируется − большинство отечественных дорог регионального, межмуниципального и местного значения не соответствуют установленным нормативам. Методологический авторский анализ, официальные статистические данные подтверждают такой вывод, адекватный

реальности. Положение с автодорогами регионального или межмуниципального значения подтверждают данные Росстата[35], представленные в таблице 6.3.

Таблица 6.3 – **Доля автомобильных дорог общего пользования, отвечающих нормативным требованиям, регионального или межмуниципального значения, проценты на конец года**

Годы	Значение показателя	Примечание
2007	44,3	Резкое снижение показателя за период в один год
2008	37,8	
2009	37,1	Стойкая динамика снижения показателя
2010	36,8	
2011	36,0	
2012	36,5	
2013	37,9	
2014	37,8	
2015	38,1	
2016	41,5	
2017	43,1	
2018	42,4	
2019	44,2	

Источник: составлено автором на основе данных Росстата

Подтверждением невысокого качества дорог местного значения по критерию соответствия нормативным требованиям служат показатели, представленные в таблице 6.4 и подготовленные с использованием данных Росстата[36].

Таблица 6.4 – **Доля автомобильных дорог общего пользования, отвечающих нормативным требованиям, местного значения, проценты на конец года**

Годы	Значение показателя	Примечание
2007	64,5	Наивысший показатель за последние годы

[35] URL: https://rosstat.gov.ru/folder/23455 (дата обращения: 02.11.2020)

[36] URL: https://rosstat.gov.ru/folder/23455 (дата обращения: 02.11.2020)

Продолжение таблицы 6.4

Годы	Значение показателя	Примечание
2008	60,1	
2009	56,5	
2010	55,0	
2011	55,4	
2012	58,3	
2013	56,1	
2014	56,6	
2015	55,2	
2016	53,5	
2017	53,2	
2018	52.8	
2019	52,0	

Источник: составлено автором на основе данных Росстата

Статистические данные показывают – за период с 2007-го по 2019-й год доля качественных дорог местного значения снизалась. Но всё это в целом по России. В процессе анализа соответствия дорог местного значения нормативным требованиям выявлены субъекты РФ с крайне низкими значениями данного показателя. Так, в Архангельской области всего 3,1% местных дорог отвечают установленным нормативам. Несколько выше показатель в Кировской области – 16,9%. В числе других субъектов РФ с низкой долей дорог местного значения, соответствующих нормативным требованиям, можно назвать Ярославскую область – 18,3%, Республику Марий Эл – 25,4%, Владимирскую область – 26,0%. Если от субъектов РФ перейти к самым низшим муниципальным образованиям – сельским населенным пунктам, то получим следующую картину. Согласно данным Росстата 29,6% сельских населённых пунктов России не имеют дорог с твёрдым покрытием (то есть местные дороги только грунтовые – самого низкого качества) для связи с сетью путей сообщения общего пользования – более высокого качества. По этой причине, как установлено в процессе кластерного анализа, более 10% населения страны – 15 млн. человек [35, с.8747] в весеннюю распутицу, в условиях снежных заносов зимой остаются отрезанными от

«большой земли». В результате жители многих сельских поселений испытывают большие трудности в получении скорой и первичной медико-санитарной помощи, в приобретении продуктов питания, товаров первой необходимости, получении почтовых сообщений. Ситуация усугубляется ещё и тем, что строительство и ремонт дорог местного значения по существу отданы «на откуп» регионам и муниципальным образованиям. Субсидии из федерального бюджета, дорожные фонды субъектов РФ, воссозданные с 2012 года, позволяют ежегодно строить всего 500-600 км дорог местного значения. Если учесть, что протяжённость дорог местного значения, к примеру, в 2018 году составляла 552 тысячи километров, т.е. 51% от общей протяжённости дорог в стране (см. таблицу 6.5), то ежегодный прирост протяжённости на величину 500-600 км является фактом неприемлемо малого роста протяженности дорог местного значения. Точно такой же вывод следует из результатов приведенного выше анализа по соответствию других видов автомобильных дорог. Учитывая особую значимость индикатора качества автодороги – *степень развития придорожного сервиса*, − являющегося универсальным для характеристики всех видов дорог, он будет рассмотрен более подробно ниже по тексту.

Для некоторых участков автомобильных дорог исключительно важное значение имеет *обустройство дороги путепроводами в местах пересечения с железнодорожными путями, минимизация наземных железнодорожных переездов*. Пересечение автодороги с железнодорожными путями обустраивается для автомобилей двумя способами. Наиболее оптимальное преодоление автомобилями железнодорожных путей – бесконтактное, предполагающее строительство путепровода в виде эстакады, моста над железной дорогой. Второй способ – наземное пересечение автомобилями железнодорожных путей (только в Подмосковье имеется 778 железнодорожных переездов). Рассмотрим несколько подробней каждый из указанных методов. Преимущество путепроводов очевидно, поскольку, во-первых, полностью исключается столкновение автомобилей с железнодорожными пассажирскими и грузовыми поездами, а, во-вторых, существенно снижаются нерациональные затраты времени пассажиров, водителей

автотранспортных средств, и тем самым повышается социально-экономическая эффективность использования дорог. Вместе с тем для достижения эффективности необходимы немалые затраты для строительства путепроводов. Так, по данным экспертов, в Московской области стоимость строительства одного путепровода составляет от 300 млн. руб. в периферийных районах области, до 1 млрд. руб. вблизи столицы[37]. Однако, большие затраты не останавливают администрацию Подмосковья: утверждён проект «Свободный переезд» позволяющий исключить длительное простаивание автотранспорта на ж.д. переездах (например, текущий уровень трафика на переезде в Востряково – 17-18 тыс. автомобилей и 440 минут суммарного ожидания открытия шлагбаума ежесуточно) путём возведения 17 первоочередных путепроводов. Другой метод обустройства железнодорожного переезда состоит в оснащении его светофорами, шлагбаумами и заградительными барьерами с каждой стороны железнодорожных путей. Но есть железнодорожные переезды, оснащённые только светофорами. По таким переездам поезда ходят крайне редко, но они не становятся от этого менее опасными. Есть и того опаснее железнодорожные переезды, на которых установлены только дорожные знаки 2.5 «Движение без остановки запрещено» и 1.3.1 «Однопутная железная дорога». По мнению автора, автодорогу нельзя считать качественной по рассматриваемому критерию, если она не обустроена путепроводом. В связи с этим предлагается, наряду с имеющимися наземными железнодорожными переездами, строить как можно больше путепроводов. Наиболее оптимальный вариант решения финансовых проблем при этом – возведение на основе ГЧП с эксплуатацией на платных условиях проезда. Учитывая высокий трафик на железнодорожных переездах, значительная часть владельцев автомобилей отдаёт предпочтение проезду по путепроводу. В период исследования автомобильные дороги в местах пересечения с железнодорожными путями во всех регионах страны были обустроены преимущественно наземными светофорами, шлагбаумами, что создавало значительные транспортные заторы.

[37] URL: https://plus.rbc.ru/news/5538e3487a8aa94686966dbb (дата обращения: 19.07.2016)

Ещё одним показателем качества дорог, автор определила *организацию подвижной технической помощи на дороге создание стационарной техпомощи*. Учитывая, что автомобиль – это техническое средство, содержащее множество агрегатов и систем, отказ некоторых из них вызывает аварийную остановку транспортного средства и невозможность дальнейшего движения. Это может быть поломка детали в передней или задней подвеске, выход из строя рулевого управления, неисправность тормозной системы, выход из строя электронной системы и другие отказы. Как правило, в подобных случаях требуется помощь квалифицированных специалистов с запасными исправными деталями или диагностическими приборами. Когда-то поломка может быть устранена на месте аварийной остановки автомобиля, а иногда требуется буксировка автомобиля (или перевозка на эвакуаторе) на стационарную станцию технической помощи. В любом случае водителю аварийного транспортного средства должна быть оказана техническая помощь. Для этого водителю нужна информация о месте расположения станции технической помощи и как связаться с работниками станции. Лучше всего, чтобы на трассе располагались щиты с необходимой информацией. К сожалению, пока такая информация – редкость. Конечно, если аварийная остановка произошла в населённом пункте или в его непосредственной близости, решить проблему достаточно просто. А вот на трассе или в стороне от неё – ситуация гораздо сложней. Скорее всего, редкие щиты с информацией о местонахождении ближайшей станции технической помощи или их полное отсутствие – свидетельство того, что их вообще нет или расположены они очень далеко. Автор уверена, что вдоль федеральных трасс и других автомобильных дорог следует размещать стационарные станции технической помощи, которые способны выполнить аварийный ремонт автомобиля как на самой станции, так и на трассе путём выезда специалистов к месту аварийной остановки автомобиля. Пока что и та, и другая помощь на российских дорогах – скорее исключение, чем правило. Какие-то надежды вселяет постановление Правительства Российской Федерации от 28 октября 2020 г. № 1753 [16], предусматривающее обустройство дорог всех категорий станциями технического обслуживания. Однако

постановление предусматривает лишь мелкий аварийный ремонт и техническое обслуживание ТС только в стационарных условиях без выезда на участки дороги. К тому же, обслуживанию подлежат только легковые автомобили. А как быть водителям автобусов, грузовых машин? Важным показателем безопасности дорог является *принятие незамедлительных мер при возникновении на автомобильной дороге препятствий для движения транспортных средств.* Характер препятствий, мешающих движению на дороге или исключающих возможность движения может быть самым различным. Это бревно или доска, упавшие с грузовика, заменённые детали автомобиля и брошенные на дороге нерадивым водителем (например, колесо). Они затрудняют движение, но внимательные водители такие препятствия чаще всего замечают и объезжают. Больше неудобств из-за необходимости перестроения может создать технически неисправный и неспособный двигаться автомобиль. Ещё одно препятствие – автомобили попавшие в ДТП, которые частично или полностью перекрывают движение. Всё зависит от количества автомобилей, их размеров, характера повреждений и расположения на дороге. Важна также ширина дорожного полотна (количество полос). А вот если на горной дороге произошла подвижка горной массы (оползень), то движение транспорта наверняка полностью остановится. И надолго. Посторонние предметы на дороге могут стать причиной ДТП либо, как уже отмечалось, создать затор. В любом случае это вызывает потерю времени. Как долго продлится остановка движения транспортных средств зависит от того, что собой представляет препятствие и сколько времени оно находится на дороге. Продолжительность нахождения препятствия на дороге во многом зависит и от оперативности служб, обязанных принять меры к устранению препятствия. Бревно, доска, детали автомобиля могут пролежать на дороге довольно долго, потому что не все дорожные службы постоянно следят за дорогой. Исправно делать это на федеральных трассах их обязывают Правила организации и проведения работ по ремонту и содержанию автомобильных дорог федерального значения [32], а на дорогах субъектов федерации и на муниципальных дорогах – контракты с администрацией региона или муниципалитета. Авторская оценка

дорог по рассмотренному показателю такова – препятствия на дорогах, кроме последствий аварий с пострадавшими, мало кого волнуют. Ни одна служба не спешит устранить препятствие. Необходимы более жёсткие требования к организациям, осуществляющим эксплуатацию дорог. Следующим показателем состояния дороги является *качество наземных, надземных пешеходных переходов и подземных переходов*. Строительство надземных и подземных пешеходных переходов полностью исключает наезды на пешеходов транспортными средствами. При отсутствии надземных или подземных переходов пешеходы вынуждены пересекать автомобильную дорогу по наземным переходам, а то и вовсе не по переходам (при их отсутствии в необходимых местах дороги). Как показывает практика, самые тяжёлые последствия для пешеходов при ДТП случаются на переходах наземного вида или вне переходов. Особенно, если пешеход вынужденно или в нарушение Правил дорожного движения пересекает дорогу там, где делать этого нельзя. Надземные пешеходные переходы конструктивно могут быть выполнены в виде крытых со стёклами или открытых мостов. В ближайшей перспективе отдельные российские регионы планируют строительство крытых надземных пешеходных переходов, приспособленных для инвалидов, престарелых и молодых мам с детскими колясками. Они будут оборудованы специальными лифтами или спиральными пандусами-«улитками». Больше того, лифтами или пандусами планируется оборудовать и ранее построенные надземные пешеходные переходы. Подземные пешеходные переходы строят в крупных российских городах, при этом некоторые из этих переходов располагаются на федеральных и региональных трассах. Что касается федеральных трасс, а также автомобильных дорог регионального или межмуниципального значения, то вне городов и крупных населённых пунктов надземные и подземные пешеходные переходы – большая редкость. Отсюда и большое количество наездов на пешеходов. По статистике, ежегодно публикуемой на сайте ГИБДД, наезды на пешеходов на дорогах и наземных пешеходных переходах входят в число самых распространённых видов ДТП. Важным показателем качества дорог является *современное оснащение остановок*

ТС – мест посадки пассажиров. Анализ состояния архитектурного оформления и технического оснащения остановок в российских городах и сельских поселениях показал полное отсутствие современного обустройства мест посадки пассажиров на подавляющем большинстве дорог, улично-дорожных сетей. И если с архитектурным оснащением остановок как-то можно смириться, то имеющее место техническое оснащение мест ожидания и посадки является неприемлемым. Главный недостаток – отсутствие полноценной информации о времени прибытия транспортного средства нужного маршрута (таблички с указанием интервалов движения ТС не дают практически никакой достоверной информации, поскольку, во-первых, интервалы не выдерживаются, а, во-вторых, пассажир, пришедший на остановку, не в состоянии оценить, сколько времени потребуется ждать нужное ТС даже если интервал соблюдён). «Пробные шаги» по изменению ситуации имеют место в отдельных городах страны. Так, в Казани в течение 2015 года установлено 600 новых остановочных павильонов, называемых «остановками XXI века». Они включают в себя электронные табло, информирующие о приходе транспорта, карту маршрутов, банкоматы, терминалы оплаты, а также телевизионные мониторы для трансляции, например, социальной рекламы или спортивных матчей. Все новые остановки оборудованы бесплатным Wi-Fi, модулем бесплатной подзарядки телефонов, аппаратами для торговли водой, кофе, снеками. Каждая «остановка XXI века» имеет освещение, оборудована тревожной кнопкой и системой видеонаблюдения, имеет выкладку бесплатных газет и журналов. Имеется и своя служба безопасности, сотрудники которой не только следят за соблюдением порядка, но и оказывают первую медицинскую помощь. Автор предлагает распространить опыт столицы Татарстана на все города и населённые пункты – под строгим контролем Минтранса РФ, обязав соответствующим постановлением Правительства РФ. В результате вырастет не только качество дорожной сети, но и услуги социальной направленности населению по перевозке автотранспортом. Положительно это скажется на имидже отдельных населённых пунктов, городов, регионов и страны в целом.

Одним из весомых показателей качества дорог является *освещение проезжей части.* В России немало населённых пунктов улицы и переулки которых значительную часть суток пребывают в темноте. Но если для молодёжи темнота – желанный друг, то для водителей в автомобилях – враг, причём злейший. Нередко причиной дорожно-транспортных происшествий является недостаточная видимость в тёмное время суток. По утверждению экспертов, сравнение смертельных исходов в результате дорожно-транспортных происшествий в тёмное время суток и на освещённой дороге показывает, что освещение снижает смертность на 65%, травматизм – на 30%, а материальный ущерб – на 15%. Такое существенное снижение показателей смертности и травматизма обусловлено тем, что чаще всего жертвами темноты становятся пешеходы. При наезде на них тяжесть последствий аварии значительно выше, чем при столкновении автомобилей: пешехода ничто не защищает. Водители автомобилей, движущихся по неосвещённой дороге с ближним светом фар, видят впереди себя лишь в очень узком пучке света на расстоянии 50-80 метров, и мало что видят слева и справа. Пешеходы же, пересекающие дорогу в тёмное время суток, ошибочно полагают, что их движение поперёк дороги заметно всем водителям автомобилей. Темнота становится причиной не только наездов на пешеходов, но и столкновений автомобилей между собой: при резких торможениях впереди идущего автомобиля перед внезапно появившимся пешеходом и т.д. Анализ объяснений водителей, ставших виновниками ДТП на неосвещённой проезжей части с участием пострадавшего пешехода, показал – в подавляющем большинстве случаев на водителя негативно подействовал фактор внезапности. Как показывает практика, фактор внезапности проявляется и в светлое время суток. Но на неосвещённой проезжей части дороги его отрицательное влияние многократно увеличивается. Итак, в результате различных методов анализа и на основе статистических данных Росстата, приведенных в таблицах 6.3, 6.4, подтверждён невысокий уровень качества отечественных автомобильных дорог всех видов. Однако важно не только установить реальное состояние дорог, но и выявить основные причины сложившегося

неблагоприятного положения с дорогами, особенно местного, регионального или межмуниципального значения, выработать и предложить меры по изменению ситуации в лучшую сторону.

6.2. Принципы и методы повышения социально-экономической эффективности и качества услуг социальной направленности населению путём улучшения состояния автомобильных дорог

Во многих публикациях основными причинами медленного развития дорожных сетей, низкого качества имеющихся дорог называются высокая стоимость строительства дорог по сравнению со стоимостью в экономически развитых странах, недостаточное финансирование строительства и ремонта дорог, коррупционная обстановка в дорожном строительстве. Что касается утверждения о более высокой стоимости строительства дорог в нашей стране, то оно лишено необходимого обоснования, доказательности и убедительности, что подтверждено автором в главе 6. С недостаточным финансированием на строительство и ремонт можно согласиться применительно ко всем дорогам, кроме федерального значения, на которые в последние годы выделяется достаточно средств. Присоединиться к утверждению о коррупционной обстановке в дорожном строительстве, как показало исследование, у диссертанта нет оснований. Конечно, перерасход, нецелевое использование средств иногда имеет место, но было бы неверным распространять единичные случаи на всю дорожную отрасль и возводить их в ранг особо важных причин слабого развития дорожной инфраструктуры. С учётом того, что строительство каждой автодороги следует рассматривать как важный фактор влияния на качество всех исследуемых социальных услуг, в число главных причин низкого качества имеющихся дорог, медленного развития дорожной сети автор включила следующие.

1. Доминирующей причиной является недостаточное внимание строительству, ремонту дорог межмуниципального и особенно местного значения. Улучшение состояния дорожной инфраструктуры – вторичная задача как для руководителей субъектов РФ, муниципальных образований, так и для

руководства Минтранса РФ. Руководители субъектов РФ, муниципальных образований в первую очередь озабочены решением других социальных проблем, а субсидии федерального центра на строительство крайне необходимых сельских дорог – не столь велики и ниже потребных. Подтверждением последнего могут служить три следующих примера. Ассигнования из федерального бюджета в докризисном 2013 году, направленные на прирост количества населённых пунктов, обеспеченных постоянной круглогодичной связью с сетью автомобильных дорог общего пользования по дорогам с твёрдым покрытием, позволили выполнить: первый этап реконструкции подъезда к населённому пункту Екатеринкино в Кадыйском районе Костромской области – 0,315 км, то есть 315 метров (всего по Костромской области – 13,184 км), строительство дороги в деревне Закромский Хутор Большеколчевского сельского поселения Кромского района Орловской области – 0,333 км (то есть 333 метра), строительство автомобильной дороги от деревни Шибаново до автодороги Миасское-Шадринск в Красноармейском муниципальном районе Челябинской области – 0,360 км (то есть 360 метров) [47]. В Транспортной стратегии РФ на период до 2030 года [35], предусматривающей значительные финансовые вложения из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ в автомобильные дороги, нет никаких конкретных планов по строительству дорог местного значения. Тем самым ещё раз подтверждается второстепенная роль дорог местного значения в планах руководителей федерального центра и регионов. Приведенные данные свидетельствуют о явно недостаточном внимании со стороны руководителей субъектов РФ, муниципальных образований к проблеме качества дорог местного значения. Теперь о мерах по снижению негативного влияния на состояние российских дорог и соответственно, на качество УСНН с использованием автотранспорта *позиции руководителей регионов и муниципалитетов в оценке важности вопросов дорожного строительства.* 26 апреля 2019 года подписан Указ Президента РФ № 193 «Об оценке эффективности деятельности высших должностных лиц субъектов РФ» с включением новых критериев оценки из 15 пунктов. Применительно к

автомобильным дорогам критерий ответственности губернаторов гласит: «доля автомобильных дорог регионального значения и агломераций, с учётом загруженности соответствующих нормативным требованиям». Одним из методов повышения спроса с руководителей регионов могла бы стать должная требовательность к конкретным руководителям регионов за прирост протяжённости отвечающих всем нормативным требованиям автомобильных дорог местного и межмуниципального значения. Проблеме повышения качества отечественных дорог посвящён ряд исследований (ранее упомянутые можно дополнить, например, работами [113], [69], однако решающая роль руководителей субъектов РФ, муниципальных образований в них не отмечается.

2. Второй немаловажной причиной невысокого качества автодорог является недостаточное финансирование на ремонт существующих дорог и строительство новых. В значительной степени это сказывается на развитии дорожной сети регионального или межмуниципального и местного значения. В сказанном нет ничего нового, поскольку данная проблема проявляется в течение многих лет. Недостаточность финансирования автодорожной сети подтверждена автором в работах [145, с.43], [146], отмечается напрямую или косвенно в работах [120, с.26], [79] компетентных экспертов и специалистов. В период диссертационного исследования финансирование повысилось и составляло 1,8-2,2% ВВП, что гораздо ниже по сравнению с другими странами. Например, в США доля инвестиций в дорожную инфраструктуру достигает 3% ВВП, в странах ЕС – 2,9%, а в Китае и того больше – 6,1%. Сама по себе доля инвестиций в дорожные работы России не даёт полной картины потребных финансовых затрат, важна её связь с имеющейся протяжённостью дорожной сети (она невелика в сравнении с другими странами) и площадью территории страны – самая большая площадь среди всех стран мира (о протяжённости российских дорог и влиянии площади территории – ниже по тексту). Устранить указанную причину только путём некоторого увеличения средств в дорожных фондах (ДФ), выделения более масштабных субсидий субъектам РФ на строительство местных дорог не удаётся ввиду нехватки бюджетных средств у федерального центра. Воссоздание

региональных дорожных фондов с начала 2012 года (наряду с федеральным ДФ, формируемым с 2011 года) как источника финансирования строительства, содержания и ремонта дорог регионального, межмуниципального и местного значения – позитивная тенденция в дорожной отрасли. В региональные ДФ в обязательном порядке должны зачисляться транспортный налог, собираемый в субъектах РФ, и акцизы на автомобильное топливо. Причём акцизы на топливо делятся между региональными и федеральным ДФ. Кроме того, из федерального дорожного фонда регионам выделяются субсидии. Субъектам РФ дано право самостоятельно определить дополнительные источники поступлений в ДФ: плата за использование имущества, входящего в состав автомобильных дорог, за размещение объектов дорожного сервиса в придорожной полосе и др. Тем не менее соотношение фактической обеспеченности из ДФ и нормативной потребности в финансовых ресурсах на дорожные работы таково, что субъекты РФ и особенно муниципальные образования в сельской местности не выделяют потребных средств на развитие сети дорог и их ремонт. Как всегда, большое значение имеет личная озабоченность проблемой руководителей всех рангов. Нередко руководители субъектов РФ ограничивают финансирование дорожного хозяйства по минимуму. Тем более для этого есть законодательные основания – установлен минимум разрешённых обязательных отчислений в региональный ДФ: транспортный налог, региональная доля акцизов, субсидии из федерального ДФ. Все другие поступления, предназначенные для ДФ, субъекты РФ могут тратить (что и делается) по своему усмотрению: изобретательные субъекты федерации узаконили 34 дополнительных источника денежных средств. Проблема финансирования развития региональных, межмуниципальных и местных дорожных сетей должна решаться несколькими способами. Эвристический алгоритм решения проблемы совершенно неприемлем, необходим системный подход, другие методы. По итогам Парето-анализа в сочетании с апостериорным методом анализа автор предлагает три основных способа решения проблемы финансирования строительства (реконструкции) и ремонта дорог. *Во-первых, даже в условиях экономических кризисов должны быть существенно увеличены*

размеры субсидий из федерального бюджета на строительство и ремонт дорог местного значения. Существующие размеры субсидий, малые поступления из дорожных фондов никогда не позволят развить должным образом дорожную инфраструктуру: дороги, отвечающие нормативным требованиям, в сельской местности не появятся и через многие-многие годы, что не создаёт в регионах необходимого инвестиционного климата, не позволяет привлечь в нужных объёмах частный капитал, тормозит экономическое развитие субъектов РФ и муниципальных образований. На этом пути решения проблемы финансирования дорожной инфраструктуры важно, чтобы задача повышения качества имеющихся дорог и строительства новых стала приоритетной как для Минтранса РФ, так и для субъектов РФ, муниципальных образований. В сложившихся условиях крайне актуальны поручения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 [10]. В порядке выполнения поручений Президента Российской Федерации разработан «Паспорт национального проекта «Безопасные и качественные автомобильные дороги» (утверждён президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16) [35]. При реализации требований Паспорта в определённой мере решается задача финансирования и повышения качества дорог (к сожалению, в национальном проекте ничего не заложено по строительству и ремонту автодорог местного значения). В проекте за 2019 – 2024 г.г. предусмотрено доведение доли региональных дорог до состояния, отвечающего нормативам, не менее чем 50 % по сравнению с 2017 г. Доля качественных дорог в 104 городских агломерациях должна возрасти с 42 % до 85 %. *Второй способ решения задачи финансирования заключается вот в чём.* Нужно всегда исходить из того, что большого притока средств на строительство и ремонт дорог регионального или межмуниципального, а также местного значения в ближайшей и дальней перспективе не будет в силу выявленных и раскрытых выше автором субъективных и объективных обстоятельств. Поэтому *следует принимать меры по улучшению положения с дорогами в реально действующих условиях.* Необходимо в качестве первоочередной задачи разработать и реализовать

комплекс мер по снижению стоимости строительства и ремонта дорог. *В состав таких мер автор предлагает включить следующие:*

а) законодательное ограничение предельного размера прибыли в проектах на строительство, реконструкцию и ремонт дорог;

б) организация действенного государственного контроля за ростом цен на материалы. Стоимость строительных материалов, используемых при строительстве и ремонте дорог, государством не регулируется в надежде на более справедливые рыночные отношения. Однако и в условиях рынка не всегда всё гладко. В данном случае проявляется одна из его негативных сторон: цены производителями устанавливаются не по реальным затратам, а исходя из принципа, что государство за дефицитные материалы заплатит столько, сколько заблагорассудится поставщику;

в) справедливое проведение конкурсов для отечественных и зарубежных строительных компаний, сокращение случаев победы в конкурсах «своих фирм». Реализация данного предложения возможна путём организации реального независимого контроля за проведением конкурсов и подведением их итогов;

г) оптимизация процедуры отвода земли под строительство дороги, дорожного объекта. Действующая процедура направлена на защиту прав землевладельца, что само по себе справедливо. Но многое зависит от поведения владельца земли в длительной процедуре выкупа земли. Узнав заранее о предстоящем строительстве дороги, её маршруте пролегания, многие владельцы земли спекулятивно завышают её стоимость, что приводит к удорожанию проекта, по мнению специалистов, до 40%.

Ещё одним эффективным способом решения проблемы финансирования строительства и ремонта автодорог автор определила – привлечение инвестиций частных отечественных и иностранных организаций на основе государственно-частного партнёрства (ГЧП) и муниципально-частного партнёрства (МЧП). Следует подчеркнуть, что данный способ решает не только задачу финансирования дорожной инфраструктуры, но и существенно повышает качество автодорог, других дорожных объектов. В ряде случаев руководители

субъектов РФ и муниципальных образований исходят из посыла – строительство дорожных объектов, дорог с применением ГЧП и МЧП обходится менее эффективно по сравнению с использованием только бюджетных средств. Ошибочность такой позиции по многим проектам, социально-экономическая эффективность и преимущества развития дорожной инфраструктуры на основе ГЧП, МЧП в полной мере изложены в параграфе 6.3, научной статье диссертанта [146].

3. Третьей ключевой причиной невысокого качества дорог, низких темпов развития региональных, межмуниципальных и местных дорожных сетей автор обозначила *недопустимо замедленное внедрение новых технологий строительства (реконструкции) и ремонта*. Ускоренное внедрение передовых технологий позволяет не только повысить качество дорог, но и существенно увеличить межремонтный период, и тем самым сократить расходы на текущий и капитальный ремонт. Само по себе применение передовых технологий строительства и ремонта вызывает некоторое увеличение стоимости работ, но современные дорожные проекты включают не только проектирование и строительство (реконструкцию), но и период эксплуатации. Именно в период эксплуатации не только покрываются затраты из-за применения передовых технологий, но и повышается экономическая эффективность проекта в целом. Тем самым в определённой степени решается и проблема финансирования строительства новых дорог, ремонта существующих. В последние годы под эгидой Росавтодора проводились полевые испытания геосинтетических материалов, применяемых в асфальтобетонных слоях и в слоях оснований, построены участки с различными видами полимерно-битумных вяжущих, отрабатывалась технология нанесения тонких слоёв износа (смеси каменных материалов, эмульсии и цемента) на существующее дорожное покрытие [58], внедрялись другие передовые технологии. Принято решение о строительстве четырёх полигонов для испытаний дорожных конструкций и материалов в четырёх местах – на Северо-Западе, в горно-оползневых условиях юга страны, в районах вечной мерзлоты и сухого климата. В результате удалось добиться

увеличения до 12 лет межремонтных сроков эксплуатации автомобильных дорог федерального значения с усовершенствованным типом покрытия и перейти на новые нормативы денежных затрат на ремонт и содержание дорог [12, с. 11538-11539]. Но не следует воспринимать 12-летний межремонтный срок в качестве непревзойдённого достижения. Прежде всего новые технологии строительства и ремонта дорог внедряются в основном на федеральных трассах, а их следует внедрять и на дорогах регионального, межмуниципального и местного значения. Не следует также упускать из виду, что в США, Китае, Японии, Австралии и некоторых странах Европы строятся дороги с бетонным покрытием, срок службы которых без капитального ремонта превышает 25 лет[38]. Об актуальности применения цементобетонных покрытий подчёркивалось и в работе [154] еще в 2011 году.

4. В качестве причины невысокого качества отечественных дорог следует назвать неблагоприятные климатические условия в значительной части регионов страны. Причина объективная, но решать её должны субъекты. Немалая часть регионов географически попала в зону тяжёлых природных условий в зимний период времени, который длится гораздо больше, чем в других регионах. Мёрзлая земля в период потепления приводит к деформации, растрескиванию, то есть снижению качества не только верхнего слоя дорожного покрытия, но и всей толщины дорожной структуры. Таким образом, межремонтный период в таких регионах гораздо короче, что требует значительных затрат на текущий и капитальный ремонт. В условиях кризисных экономических процессов, в обстановке, когда ремонт автомобильных дорог, строительство новых дорог ошибочно не являются первоочередной задачей, ремонт дорог ведётся методом латания ям, а строительство новых часто вообще не ведётся. Другими словами, устранить данную причину целиком нет возможности в силу её объективности, но решать проблему вполне возможно. Для этого необходимо главное – повысить спрос с руководителей субъектов РФ и муниципальных образований за

[38] URL: https://mechanismone.livejournal.com/15957.html (дата обращения: 09.01.2014)

бездействие в ремонте существующих дорог и развитии дорожной сети. При этом важно реально оценивать действия руководителей всех рангов в этих направлениях, не воспринимать как достижения некачественный ремонт дорог и показные метры построенных дорог. Следует отметить, что не только некоторые регионы нашей страны находятся в крайне неблагоприятных природных условиях, но и такие, например, страны как Швеция, Финляндия, Норвегия. Между тем качество дорог в этих странах, развитие дорожной сети находятся на более высоком уровне. Решению задачи существенно помогут новые технологии строительства и ремонта в сложных зимних условиях. Действенную помощь должно оказывать регионам Министерство транспорта РФ.

5. Объективной причиной медленного развития дорожной сети является очень большая территория Российской Федерации, что требует немалых финансовых затрат на строительство и ремонт автомобильных дорог. У России самая большая территория в мире – 17098,2 тыс.км^2 [176, с.55], что по многим показателям даёт преимущество. Одновременно данный фактор требует особого отношения к проблеме качества дорог и развития дорожной инфраструктуры. Пока что темпы строительства дорог (особенно местного и регионального значения), качество ремонта оставляют желать лучшего. Изменить положение может только существенное изменение темпов развития дорожной инфраструктуры и финансовых затрат федерального центра, субъектов РФ. О протяжённости российских дорог и темпах роста дорожной сети можно судить по данным, представленным в таблице 6.5 и подготовленным с использованием статистических данных Росстата [176, с.428 и соответствующие сноски].

Таблица 6.5 – **Протяжённость российских автомобильных дорог общего пользования с твёрдым покрытием (на конец года, тысяч километров)**[39]

Виды автодорог	Годы									
	2010[40]	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Федерального значения	50	51	51	51	52	52	52	53	54	57

[39] URL: https://rosstat.gov.ru/folder/23455 (дата обращения: 02.11.2020)
[40] URL:http://www.gks.ru/bgd/regl/b16_13/Main.htm (дата обращения: 05.08.2017)

Продолжение таблицы 6.5

Виды автодорог	Годы									
	2010[41]	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Регионального или межмуниципаль-ного значения[1), 2)]	450	452	461	461	474	474	472	472	471	470
Местного значения[2)]	164	225	413	474	498	520	530	539	552	562
[1)]2000, 2005 гг. – дороги субъектов Российской Федерации [2)]С 2012 г. – включая протяжённость улиц										

Источник: составлено автором на основе данных Росстата

Из таблицы следует, в 2010-2019 гг. прироста протяжённости федеральных трасс практически не было. Аналогичная тенденция характерна и для дорог регионального или межмуниципального значения. Большая территория в сочетании с немалой численностью населения России (в 2019 году – 146,8 млн. человек) требует высоких темпов строительства автодорог. Тенденция медленного роста протяжённости дорог в сравнении с другими странами предметно рассмотрена диссертантом в монографии [145, с.29] и научной статье [140]. С учётом изложенного, а также учитывая прямую зависимость между ежегодным приростом протяжённости дорог и выделяемыми средствами на строительство и ремонт дорог, можно сделать вывод: темпы роста протяжённости в России низкие.

6. Наконец, *в числе причин низкого качества отечественных дорог следует признать использование в строительстве и ремонте дорог неквалифицированной рабочей силы*. Преобладание экономических соображений, отсутствие институциональных оснований у заказчика строительства или ремонта дорог оговаривать квалификацию рабочих нередко приводят к низкому качеству строительства (ремонта), которое при приёмке построенного объекта не всегда обнаруживается. Спустя какое-то время низкое качество построенной или отремонтированной дороги наглядно проявляется и требует восстановительных

[41] URL:http://www.gks.ru/bgd/regl/b16_13/Main.htm (дата обращения: 05.08.2017)

работ с соответствующими затратами средств. В результате вместо того, чтобы строить новые дороги, в условиях скудного дорожного фонда приходится ограничиваться ремонтом дорог. Либо вообще мириться с бездорожьем. Устранить целиком данный фактор негативного воздействия на качество строительства (реконструкции) или ремонта дорог крайне сложно. Снизить же отрицательное влияние низкой квалификации рабочих кадров вполне возможно двумя эффективными методами. Прежде всего к строительству и ремонту автодорог следует *привлекать «проверенные» строительные организации, то есть имеющие большой опыт выполнения работ с высоким качеством*. В реальной практике делается это, как уже подчёркивалось автором, не всегда: зачастую привлекаются «свои фирмы», с которыми можно «заработать в свой карман». Другой метод обеспечения качества строительства – *постоянный контроль за соблюдением технологии строительства или ремонта*. Осуществляется контроль довольно редко поскольку строительство, ремонт дорог местного значения не входят в число приоритетных задач.

Выявленные в процессе исследования ключевые причины невысокого качества отечественных дорог, низкие темпы развития дорожной сети могут быть в значительной мере устранены или хотя бы ослаблено их негативное воздействие на социально-экономические показатели регионов и страны вцелом – реализацией предложенного автором комплекса мер в параграфах 6.1, 6.2. Из множества социально-экономических достижений в результате реализации предложений следует назвать следующие:

■ повышение уровня качества услуг социальной направленности населению благодаря росту скорости перемещения транспортных средств, ритмичности движения ТС, повышению безопасности перевозки пассажиров, обеспечивающих комфортное и своевременное прибытие пассажиров к месту работы и отдыха, высвобождение времени людей, которое используется ими по своему усмотрению;

■ обеспечение круглогодичного оказания услуг социальной направленности с использованием автотранспорта по медицинскому обслуживанию жителей

отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений, доставке им продуктов питания, товаров, почты, перевозке жителей автотранспортом в другие населённые пункты;

■ повышение мобильности населения путём обеспечения качества дорог и развития транспортных сетей, улучшение использования трудовых ресурсов, которые служат фактором решения задач роста экономики регионов и страны в целом; удовлетворение производственных и социальных потребностей населения. В настоящее время подвижность населения России в 4 с лишним раза меньше, чем в экономически развитых странах с достаточно большой территорией – США, Канаде, Австралии, и примерно в 3 раза меньше, чем в странах Западной Европы [35, с.8749]. Всё это приводит к напряжённости в регионах с обеспечением необходимыми кадрами;

■ устранение бездорожья и неудовлетворительного состояния сети автомобильных дорог как серьёзного ограничения на пути перехода к инновационной модели социально-экономического развития страны;

■ сокращение количества ДТП, числа лиц, пострадавших в результате ДТП из-за недостатков эксплуатационного состояния улично-дорожной сети, снижение социально-экономических издержек по этой причине. По данным ГИБДД, доля ДТП из-за некачественного состояния участков дорог ежегодно составляет из общего количества ДТП от 10 до 20 процентов. Кроме того многие аварии требуют выполнения ремонтных работ дорожной инфраструктуры (зданий, светофоров, дорожных знаков, столбов освещения), восстановления проезжей части дорог и зелёных насаждений, автозаправочных станций и др. Реализация предложений автора позволит сократить социально-экономические издержки за счёт снижения количества ДТП и пострадавших в них;

■ рост инвестиционной привлекательности субъектов РФ и муниципальных образований, способствующий притоку частного капитала отечественных и иностранных компаний, который инициирует развитие различных сфер экономики, здравоохранения, образования, объектов ЖКХ, агропромышленного комплекса и др.;

■ развитие внутреннего и въездного туризма.

Эффективность повышения качества объектов дорожного сервиса

Значимым показателем качества автомобильных дорог служит степень развития объектов дорожного сервиса (ОДС). Особое внимание автора диссертации к данному индикатору вызвано фрагментарностью некоторых исследований, касающихся ОДС (в том числе упоминаемых ниже по тексту), выражающейся в простой констатации неразвитости отечественных ОДС без анализа причин и путей решения проблемы. Для оценки роли объектов дорожного сервиса в повышении качества дорог и, соответственно, услуг социальной направленности при автотранспортном обеспечении населения, определения методов развития отечественного дорожного сервиса необходимо прежде всего определить необходимый состав ОДС с учётом категории автомобильной дороги и требуемое оснащение каждого объекта. За основу целесообразно принять положения постановления Правительства РФ от 28 октября 2020 г. № 1753 «О минимально необходимых для обслуживания участников дорожного движения требованиях к обеспеченности автомобильных дорог общего пользования федерального, регионального или межмуниципального, местного значения объектами дорожного сервиса, размещаемыми в границах полос отвода автомобильных дорог, а также требованиях к перечню минимально необходимых услуг, оказываемых на таких объектах дорожного сервиса» [16]. Для наглядности требования по объектам дорожного сервиса согласно указанному постановлению представим в таблице 6.6.

Роль объектов дорожного сервиса проявляется в следующем. Развитый дорожный сервис в сочетании с дорогами, отвечающими установленным нормативам, − важные факторы обеспечения качественного обслуживания населения при перевозках автобусами. Одновременно они показывают уровень экономического развития региона, муниципального образования, способствуют повышению уровня мобильности населения, развитию внутреннего и въездного туризма.

Таблица 6.6 – **Минимально необходимые для обслуживания участников дорожного движения требования к обеспеченности автомобильных дорог общего пользования федерального, регионального, межмуниципального и местного значения объектами дорожного сервиса, размещаемыми в границах полос отвода автомобильных дорог**

Класс (категория) автомобильной дороги	Вид объекта дорожного сервиса	Максимальное расстояние между объектами дорожного сервиса одного вида, км
Автомагистраль (IA), скоростная автомобильная дорога (IБ), нескоростная автомобильная дорога (IВ)	Мотель (кемпинг)	150
	Пункт общественного питания	100
	Автомобильная заправочная станция (включая торговый объект, зарядные колонки (станции) для транспортных средств с электродвигателями)	50
	Станция технического обслуживания	150
Нескоростная автомобильная дорога (II), нескоростная автомобильная дорога (III)	Пункт общественного питания	100
	Автомобильная заправочная станция (включая торговый объект, зарядные колонки (станции) для транспортных средств с электродвигателями)	100
	Станция технического обслуживания	150
Нескоростная автомобильная дорога (IV)	Пункт общественного питания	150
	Автомобильная заправочная станция (включая торговый объект, зарядные колонки (станции) для транспортных средств с электродвигателями)	150
	Станция технического обслуживания	150
Нескоростная автомобильная дорога (V)	Автозаправочная станция (включая предприятие торговли)	300
	Пункт общественного питания	300

Источник: составлено на основе данных [16]

Развитая дорожная инфраструктура, благоприятный инвестиционный климат значительно повышают инвестиционную привлекательность региона, создают основу для реализации бизнес-проектов и, как следствие, устойчивого

роста доходов населения. По существу дорожный сервис и состояние дорог – значимые показатели, определяющие имидж России. По ним иностранные и отечественные бизнесмены, пассажиры автотранспорта и водители, туристы зачастую судят о России в целом: о состоянии экономики, об уровне доходов населения и его значимости для государственных руководителей разного уровня, качестве обслуживания туристов и всех других участников дорожного движения, об экологической обстановке и многом другом. Ещё раз убедиться в справедливости данного утверждения позволит краткое перечисление минимальных потребностей пассажиров при оказании услуг на придорожной инфраструктуре. Одной из таких потребностей являются автозаправочные станции (АЗС). Без дозаправки транспортного средства продолжить поездку по маршруту невозможно. При этом важно, чтобы заправляемое топливо было качественным, отвечало установленным требованиям. Если данное условие не соблюдать, возможны крайне негативные последствия вплоть до выхода из рабочего состояния двигателя ТС и/или системы подачи топлива в двигатель. Последствия аварийной остановки ТС приведут по меньшей мере к сбою графика движения. Вынужденная остановка ТС на продолжительное время приведёт пассажиров к стрессовому состоянию различной степени. Но возможны и более серьёзные последствия при длительной аварийной остановке ТС на дороге в сильный мороз. Иначе говоря, уровень оказания сервиса на АЗС, их доступность (приемлемое расстояние между АЗС) является одним из важных показателей качества обслуживания населения в поездке по автодорогам. Следующая потребность пассажиров, водителей ТС в поездке на автотранспорте – наличие близ дороги пунктов питания. Конечно, перекусить можно и в самом автобусе, но, во-первых, на всю поездку запас продуктов питания обременителен, а, во-вторых, есть опасность отравления скоропортящимися продуктами. В-третьих, всегда необходимо принимать горячую пищу, что возможно только на пунктах питания. Наконец, в-четвёртых, нормальная комфортная поездка не предполагает возить с собой продукты питания (за исключением запасов непортящихся продуктов в поездках на дальние расстояния в морозную погоду и термоса с горячим чаем).

Необходимым объектом дорожного сервиса является станция технического обслуживания (СТО) автобусов, других автомобилей. Не всякую неисправность ТС способен устранить даже опытный водитель. И запасных деталей в дорогу не запасёшься, а отказ техники всегда возможен. Особенно, если поездка совершается на ТС с большим сроком эксплуатации. Возможные последствия для пассажиров в случае аварийной остановки ТС уже приводились выше по тексту. При длительной поездке пассажирам и водителям необходим продолжительный отдых, что возможно в мотеле, работающем круглогодично, или как минимум в кемпинге, осуществляющем обслуживание в летний период времени в лёгких неотапливаемых помещениях. Ещё лучше для пассажиров, если по пути следования вдоль дороги располагаются отели (гостиницы). Мотели, кемпинги и отели предполагают наличие мест проживания, душевых кабин, пунктов питания, стоянок для ТС и других удобств. Номенклатуру объектов дорожного сервиса, представленную в таблице 6.6 в целом можно считать достаточной для отечественных дорог. При научном исследовании важен не только перечень объектов, но и количество объектов вдоль дороги, т.е. через какое расстояние располагаются объекты одного наименования. Ещё более важно, какова потребность населения в каждом из объектов дорожного сервиса и какого качества услуги предоставляются на этих объектах, т.е. реальное состояние ОДС. Нельзя согласиться, по мнению автора, с расположением АЗС через каждые 150 км на нескоростных автомобильных дорогах категории IV и тем более с расстоянием между ними 300 км для нескоростных автомобильных дорог категории V (см. таблицу 6.6), поскольку такое расположение АЗС непременно может приводить к ситуации полного отсутствия топлива в баке транспортного средства и, как следствие, его аварийной остановке. То же самое можно сказать и о расположении пунктов общественного питания с интервалом 300 км на нескоростных автомобильных дорогах категории V. Неубедительным представляется отсутствие станций технического обслуживания на нескоростных автомобильных дорогах категории V, а также наличие мотелей (кемпингов) лишь на дорогах категорий IA, IБ, IB. При этом согласно документу [16] станции

технического обслуживания должны обеспечивать выполнение мелкого аварийного ремонта и техническое обслуживание *только легковых автомобилей*. Оказание технической помощи автобусам с пассажирами и грузовикам на СТО не предусмотрено. Получается, мелкий ремонт (не говоря уже о более значительном ремонте) автобуса с пассажирами выполнить нет возможности ни на одной из категорий автомобильных дорог. Всё это заведомо приводит к низкому качеству услуг социальной направленности в системе автотранспортного обеспечения населения. А ведь перечень услуг, оказываемых на объектах дорожного сервиса, и качество самих услуг имеют важное значение для населения. Согласно постановлению Правительства РФ [16] автозаправочные станции, к примеру должны не только предоставлять возможность заправки ТС топливом и обеспечивать освещение всей территории объекта в тёмное время суток, но и включать торговый павильон для продажи технических жидкостей и автомобильных принадлежностей, площадки для остановки ТС, мусоросборники и средства связи. Однако в реальной жизни дороги часто оснащаются АЗС устаревшей конструкции и расположенным рядом туалетом с выгребной ямой, деревянной кабинкой и незапирающимися дверями. Что касается средств связи, то они, как правило, отсутствуют даже на фирменных АЗС. Пункты питания на отечественных дорогах иногда не отвечают санитарно-гигиеническим требованиям и, соответственно, предоставляют потребителям пищу сомнительного качества. Мотели и кемпинги – большая редкость даже на федеральных трассах, а на региональных и местных нескоростных дорогах их наличие, как уже отмечалось, вообще не предусмотрено вышеуказанным документом. Такой невысокий уровень качества предоставления услуг населению автор установила (наряду с другими экспертами) в процессе исследования методами наблюдения, сравнения, аналогий и обобщений в течение нескольких лет, начиная с 2008 года. Причём не на какой-то дороге местного значения, а на федеральных трассах М-4 «Дон» и М-1 «Беларусь», о чём изложено в работе [145, с.139-142]. Ряд критических замечаний по объектам дорожного сервиса представлен в работе [93, с. 36-41] применительно к автомобильной дороге

федерального значения Р402 на тюменском и омском участках. Вновь построенные и сданные в эксплуатацию автомобильные дороги «страдают тем же недугом». Так, федеральная трасса «Амур» Чита-Хабаровск протяжённостью почти 2100 км, строительство которой было возобновлено в 2000 году и завершено в 2010-м, требует оснащения средствами связи, точками общепита, АЗС, станциями технического обслуживания, мотелями. *В чём же причины такого состояния отечественных ОДС?* Отсутствие на строящихся (реконструируемых) автомобильных дорогах (даже федерального значения) требуемой номенклатуры, количества на протяжении всей дороги и соответствующих конкретным стандартам качества объектов дорожного сервиса обусловлено тем, что возведение ОДС не является обязательной составной частью проектов дорог. В этом состоит одна из причин неразвитости отечественных ОДС. Придорожный сервис в его нынешнем состоянии (или полное отсутствие на дорогах местного значения) по давно сложившейся традиции большинством руководителей исполнительных органов воспринимается устоявшейся нормой, хотя нормального в этом ничего нет. Разумеется, никто об этом не высказывается публично, но бездеятельность в этой сфере говорит сама за себя. Правда, бездеятельность такого рода часто объясняется отсутствием денежных средств на эти цели. Но, как давно известно, каждый руководитель региона и муниципалитета не лишён возможности определять приоритетные задачи. И если руководитель не относит строительство дорог, возведение объектов дорожного сервиса, а следовательно, и повышение качества услуг социальной направленности в системе автотранспортного обеспечения населения к числу первостепенных задач, состояние автомобильных дорог и ОДС будет находиться в прежнем состоянии. Таким образом, по мнению автора, именно изложенная позиция многих руководителей исполнительных органов является одной из основных причин отсутствия необходимых объектов дорожного сервиса на дорогах и низкого качества имеющихся ОДС. Данное заключение подтверждается и тем, что долгосрочных планов строительства ОДС на ранее построенных дорогах федерального, регионального, межмуниципального и тем более местного

значения автору найти не удалось, поскольку их попросту нет. Справедливости ради следует подчеркнуть позитивный подход к решению данного вопроса Государственной компании «Автомобильные дороги России» («Автодор»). Программа деятельности Государственной компании «Автодор» на долгосрочный период (2010-2020 годы) [40] предусматривает обеспечение автомобильных дорог, находящихся в доверительном управлении компании, многофункциональными зонами (МФЗ) дорожного сервиса путём разработки, внедрения единых типов архитектурных моделей МФЗ, единых стандартов по оказанию услуг на МФЗ и методики оценки их качества, а также строительства и эксплуатации МФЗ дорожного сервиса с привлечением частных инвестиций. В Приложении № 1 к указанной Программе [40, с.8041] приведён план возведения дорожных объектов, учтённый автором в таблице 6.7.

Таблица 6.7 – **Долгосрочный план возведения многофункциональных зон дорожного сервиса на автомобильных дорогах Государственной компании «Автодор»**

Вид работы	Единицы измерения	Годы										
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Обеспечение качества обслуживания пользователей автомобильными дорогами Государственной компании за счёт создания много-функциональных зон дорожного сервиса. Количество МФЗ	Штук	-	-	8	22	28	34	40	46	64	70	80

Источник: составлено автором на основе [40, с.8041]

Из таблицы следует: ежегодно на вновь построенных или реконструированных госкомпанией «Автодор» федеральных трассах вводится в эксплуатацию 6-8 МФЗ. В масштабах России это предельно мало. На дорогах более низких категорий положение априори хуже. Не лишён оснований и такой аргумент, как нехватка денежных средств для строительства объектов дорожного

сервиса. И в этом заключается ещё одна из причин нынешнего состояния ОДС. Без привлечения частного капитала на основе ГЧП и МЧП задачу не решить, поскольку строительство типового ОДС оценивается в 20 млн. долларов [208]. Значительная доля затрат приходится на земельные работы, связанные с прокладкой инженерных коммуникаций, на строительство примыканий к объектам. Необходимо мультимодальное взаимодействие государства (публичного партнёра) и частного бизнеса (концессионера), учитывая, что окупаемость ОДС достигается не ранее 10 лет после ввода в эксплуатацию на дорогах с высоким трафиком. Для развития строительства ОДС на дорогах с небольшим потоком транспорта и, соответственно, более продолжительным сроком окупаемости, необходимы соответствующие экономические и институциональные преференции, о которых более подробно изложено в параграфе 6.3. Есть все данные для вывода об отсутствии активных усилий региональных и муниципальных исполнительных органов по привлечению средств частных инвесторов в строительство ОДС. Хотя обращения от частного бизнеса имеются: и от нефтяных компаний, и от рестораторов, и от мотельеров. Итак, недостаточное количество объектов дорожного сервиса на ранее построенных и вновь строящихся автомобильных дорогах, низкое качество имеющихся вдоль дорог ОДС является следствием:

- недостаточного финансирования строительства объектов дорожного сервиса;

- отнесения оснащения автомобильных дорог объектами дорожного

сервиса многими руководителями исполнительных органов к числу второстепенных задач;

- отсутствия строительства ОДС в дорожных проектах;

- несоблюдения требований постановления Правительства РФ от 29 октября 2009 г. № 860;

- отсутствия должного спроса с руководителей регионов и муниципалитетов за неудовлетворительную работу по строительству ОДС на ранее построенных и вновь строящихся дорогах.

Всё изложенное негативно сказывается на качестве ряда услуг при автотранспортном обеспечении населения. С целью повышения качества таких услуг, оказываемых населению, снижения отрицательного воздействия факторов ненадлежащего состояния объектов дорожного сервиса предлагаются следующие меры и методы развития ОДС.

Во-первых, определённую часть средств из федеральных и региональных фондов следует направлять на возведение ОДС на ранее построенных автомобильных дорогах федерального, регионального, межмуниципального и местного значения. Соответственно, Федеральному дорожному агентству РФ (Росавтодору) и исполнительным органам регионов следует разработать долгосрочные (не менее чем на 10 лет) планы оснащения всех находящихся в эксплуатации дорог объектами дорожного сервиса, соответствующими по номенклатуре видов ОДС, минимальным расстоянием между объектами одного вида, перечнем услуг на каждом объекте согласно требованиям Постановления Правительства РФ от 28 октября 2020 г. № 1753 – с учётом категории и потребительских свойств дорог. Что касается вновь строящихся (реконструируемых) автомобильных дорог, то лучше всего возведение ОДС включать в проект строительства конкретной дороги с соответствующим дополнительным финансированием. Такой подход особенно актуален для дорожных проектов на условиях государственно-частного партнёрства (ГЧП), поскольку существенно повышается доходность частного инвестора за счёт эксплуатации ОДС. Крайне нежелательно строительство ОДС выполнять после сдачи дороги (или её отдельных участков) в эксплуатацию. Так, например, поступает Государственная компания «Автодор» на построенных компанией дорогах. В подобных случаях Федеральному дорожному агентству и региональным исполнительным органам необходимо осуществлять строительство ОДС из соответствующих дорожных фондов.

Во-вторых, для каждой из вновь строящихся или ранее построенных дорог важно, чтобы все объекты дорожного сервиса соответствовали требованиям качества. С целью унификации таких требований целесообразно придать

общероссийский статус стандартам по оказанию услуг на ОДС и методике оценки их качества, разрабатываемым Госкомпанией «Автодор», уточнив применительно к региональным дорогам более низкой категории (по сравнению с федеральными скоростными дорогами).

В-третьих, предлагается повысить спрос с руководителей исполнительных органов регионов за развитие ОДС и повышение качества услуги по перевозкам населения автотранспортом, а также за решение проблемы финансирования строительства ОДС. Если не повысить спрос с руководителей исполнительных органов регионов за развитие объектов дорожного сервиса (независимо от Целевых показателей), по-прежнему не будут выделяться денежные средства на эти цели из региональных дорожных фондов. Тогда на дорогах будут продолжать отсутствовать не только мотели или кемпинги, но даже обычные площадки отдыха с туалетами, стоянкой для машин, столами и скамейками для приёма пищи, мусоросборниками.

В-четвёртых, решение вопросов финансирования строительства ОДС на ранее построенных и вновь строящихся дорог невозможно только за счёт дорожных фондов, субсидий Правительства РФ. Выделяемых средств не хватает на строительство (реконструкцию), содержание и ремонт автомобильных дорог. В таких условиях до объектов дорожного сервиса просто-напросто «не доходят руки». Исследование показало – решение проблемы финансирования строительства объектов дорожного сервиса возможно только с привлечением средств частных инвесторов на основе государственно-частного и муниципально-частного партнёрства. Инвесторы заходят в ГЧП-проекты, если они обеспечивают приемлемую доходность на частный капитал. Применение схемы ГЧП позволяет исполнительным органам в значительной мере переложить инвестиционную нагрузку на частного партнёра. Тем самым, с одной стороны, снижается нагрузка на бюджет текущего периода, а с другой – выделенные объёмы бюджетных средств позволяют выполнить более масштабный объём работ по сравнению с чисто бюджетным финансированием. Наряду с этим, в ГЧП-проектах повышается экономическая эффективность благодаря более жёсткому контролю со стороны

частного инвестора как за расходованием средств на всех этапах действия контракта, так и за соблюдением сроков выполнения работ. К тому же, транспортная инфраструктура (а объёмы дорожного сервиса её часть) – наиболее востребованная и самая развитая направленность проектов ГЧП. ГЧП позволяет решать задачу строительства ОДС в более короткие сроки, более качественно и с эффективным выполнением функций, относящимся к социальным услугам в системе автотранспортного обеспечения населения. ГЧП-проекты имеют и другие достоинства, которые изложены в работе автора [145]. При выборе методов создания объектов дорожного сервиса необходимо учитывать, что ГЧП-проекты – не единственный вариант развития придорожной инфраструктуры и не панацея от всех трудностей. Его всегда следует сопоставлять с чисто бюджетным финансированием работ. Выбор метода развития ОДС зависит от многих обстоятельств, среди которых можно обозначить следующие:

- категория автомобильной дороги и её трафик;

- географическое расположение региона и его климатические условия;

- распределение городских и сельских населённых пунктов по числу жителей (плотность населения) с привязкой к дороге;

- балансодержатель автомобильной дороги;

- стадия создания (эксплуатации) дороги: проектная стадия, строительства или реконструкция, постоянной эксплуатации;

- номенклатура объектов дорожного сервиса;

- источники финансирования развития (создания) объектов дорожного сервиса.

При выборе метода развития (создания) объектов дорожного сервиса всегда необходимо выполнить экспертизу (анализ) вариантов проекта: на основе государственно-частного партнёрства или прямого финансирования из бюджета. Экспертиза должна быть всесторонней, с участием потенциальных инвесторов и не должна ограничиваться лишь сравнением стоимости проекта. Это особенно важно для местных дорог, проходящих через малонаселённую территорию, в суровых климатических условиях Сибири, северных регионов России, в регионах

Дальнего Востока. Для плотнонаселённых регионов, по мнению автора, чаще всего следует отдавать предпочтение проектам на основе государственно-частного партнёрства, поскольку они обладают преимуществами, указанными выше по тексту (с учётом работ [145], [140]). Не следует априори отвергать ГЧП-проекты из-за низкого трафика и более высокой стоимости. Всегда нужно учитывать их благоприятные социальные и макроэкономические последствия для региона и его муниципальных образований.

В-пятых, предлагается в обязательном порядке включать в проекты строительства или реконструкции дорог федерального, регионального, межмуниципального и местного значения создание (развитие) объектов дорожного сервиса с обеспечением дорог устойчивой мобильной телефонной связью, пунктами оказания скорой медицинской помощи; объектами мобильного и стационарного технического обслуживания пассажирских автобусов, что особенно важно для дорог регионального и местного значения с малонаселёнными участками (в том числе регионов Сибири, крайнего Севера и Дальнего Востока).

Реализация предложенных методов строительства объектов дорожного сервиса позволит в ближайшие 10 лет существенно повысить качество услуг с использованием автотранспорта.

Реализация дорожных проектов на условиях государственно - частного, муниципально-частного партнёрства как способ динамичного повышения качества социальных услуг населению.

6.3. Реализация дорожных проектов на условиях государственно-частного, муниципально-частного партнёрства как способ динамичного повышения качества социальных услуг населению

Проблемам развития механизмов ГЧП в России за последние годы уделяется много внимания со стороны научного сообщества, руководящих

административных работников, экспертов, представителей отечественного и иностранного бизнеса. В исследованиях, научных статьях рассматриваются проблемы реализации проектов ГЧП, МЧП, преимущества проектов на основе взаимодействия государства и бизнеса, в том числе в сфере строительства и эксплуатации автомобильных дорог, − [200], [183], [114] и др. Авторы работы [134] подчёркивают важность экономической оценки инвестиционных проектов на условиях ГЧП. Ряд работ посвящено вопросам внедрения проектов ГЧП, МЧП в регионах, муниципальных образованиях, объективным причинам, в той или иной степени препятствующим разработке и реализации проектов. Так, в работе [201] отмечается – степень развития сферы ГЧП более чем в половине субъектов РФ ниже среднего (менее 50% от эталонного показателя развитости в субъектах РФ), по 45% субъектов РФ он не превышает 35%. При этом регионы к 2018 году должны были достигнуть уровня развитости ГЧП в среднем 70%. В работе [219, с. 7] подчёркивается, что по оценке международных специалистов, до 95% проектов ГЧП, МЧП «умирает» на стадии разработки, переговоров и не доходит даже до подписания. Вместе с тем, *без должного внимания остаётся анализ субъективных причин медленного внедрения* региональных и муниципальных проектов на основе Федеральных законов [3], [4], других нормативно правовых актов. В связи с этим является актуальной задачей исследование и выработка способов устранения причин отсутствия позитивного восприятия, настороженности в рассмотрении целесообразности внедрения проектов ГЧП, МЧП со стороны немалого числа руководителей субъектов РФ, муниципальных образований. Другими факторами, вызвавшими интерес автора диссертации к вопросам адаптации механизмов ГЧП, МЧП, послужили:

- во-первых, решение проблем финансирования строительства автодорог в сельской местности и более ускоренного роста протяжённости дорог местного значения;

- во-вторых, недостаточность и разрозненность научной информации о развитии ГЧП, МЧП в регионах и муниципальных образованиях.

И если по первому фактору соображения автора уже излагались в параграфе 6.2, то наличие второго фактора подтверждается данными рисунка 6.1, подготовленными на основе информации Центра развития ГЧП.

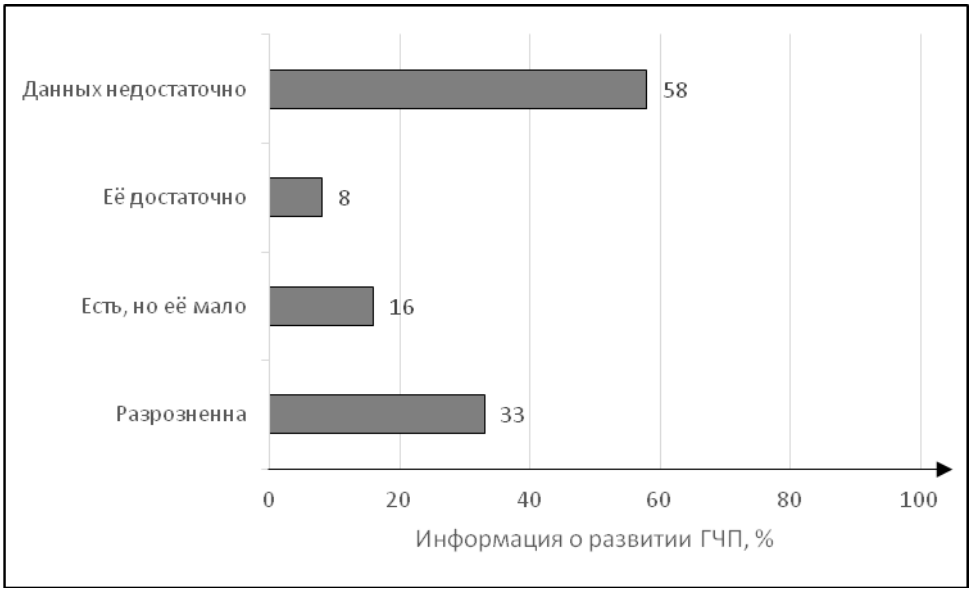

Рисунок 6.1 – **Информация о развитии ГЧП, проценты**
Источник: составлено автором основе информации Центра развития ГЧП

Авторский системный анализ в сочетании с Парето-анализом имеющейся информации о ГЧП, МЧП, множества факторов, препятствующих разработке и реализации дорожных проектов на условиях ГЧП в субъектах РФ и муниципальных образованиях, позволили выявить и обозначить четыре наиболее существенных фактора:

1. Негативное отношение к ГЧП, МЧП со стороны определённого числа руководителей субъектов РФ и муниципальных образований.

2. Сдержанность иностранного и отечественного бизнеса в инвестировании проектов ГЧП и МЧП.

3. Нехватка квалифицированных кадров в сфере ГЧП, МЧП регионов.

4. Финансовые проблемы в регионах, в том числе ограниченность средств для строительства дорог, особенно межмуниципального и местного значения.

Ни в одной из найденных и рассмотренных научных работ (за исключением работы [105]), публикациях в СМИ в числе причин заторможенного развития механизмов ГЧП, МЧП автором диссертации не обнаружено чёткого упоминания

субъективного фактора. Однако, особая настороженность, элементы отторжения, проявляемые к проектам на условиях ГЧП, МЧП некоторыми руководителями регионов, муниципальных образований, их непосредственными подчинёнными – доминирующая причина слабого развития механизмов ГЧП. Чем же не нравятся дорожные проекты на условиях ГЧП, МЧП, что мешает их реализации? Определённая часть руководителей субъектов РФ, муниципальных образований имеет слабое, неполное, порой искажённое представление о сути, институциональных моделях ГЧП, МЧП, их достоинствах и практике применения, долгосрочных социально-экономических эффектах. Есть основания утверждать о своего рода кризисе репрезентативности информации, располагающей органами власти, их руководителями. Учитывая продолжительный период времени – 5-20 лет и более – соглашения между публичным и частным партнёрами, в течение которого объект государственной (муниципальной) собственности переходит в пользование частной компании, нетрудно представить осознание руководителем ответственности, возложенной на него при подписании соглашения. Отсюда неуверенность, дискомфортное состояние, боязнь возникновения неблагоприятных внешних эффектов и, как следствие, отторжение непривычных механизмов взаимодействия с бизнесом. Руководители, имеющие хоть какое-то отношение к строительству автодорог в субъектах РФ, муниципальных образованиях стремятся идти по «проторенной дорожке», то есть решать вопросы подбора строительных организаций, оплаты выполняемых работ годами проверенным способом – финансированием исключительно из бюджета, дорожного фонда. К внедрению механизмов ГЧП или МЧП они относятся как ко всему новому, неизвестному и непроверенному – консервативно, без желания. Боязнь совершить ошибочные действия побуждает их действовать по эвристическому алгоритму и любым способом избегать применения ГЧП, МЧП. Поэтому генезис ГЧП, МЧП в некоторых регионах, муниципальных образованиях находится в зачаточном состоянии. К этому же их подталкивает годами выработанный подход, заключающийся в том, что ГЧП-проекты, а ещё чаще МЧП-проекты рассматриваются на всех стадиях принятия

решения преимущественно с экономической точки зрения. Иначе говоря, при рассмотрении проектов ГЧП, МЧП главной целью является финансовая эффективность, а социально-экономические результаты являются эффектом второго уровня. Возможно, такую позицию изменят требования статьи 9 Федерального закона [3] и Правил [17] о том, что уполномоченный орган, наряду с финансовой эффективностью проекта оценивает и его социально-экономический эффект. В связи с этим субъекты РФ, муниципальные образования зачастую делают всё, чтобы реализация дорожных проектов проводилась за счёт исключительно бюджетных средств в рамках госконтракта (муниципального контракта). Подобный подход к дорожным проектам ГЧП, МЧП автор оценивает, как ошибочный по следующим соображениям. Прежде всего *строительство, реконструкцию автомобильных дорог местного, межмуниципального значения следует рассматривать глобальным фактором влияния на качество всех без исключения УСНН* (согласно классификации автора работы [114] автомобильные дороги следует рассматривать в качестве объектов общественного назначения, общественной инфраструктуры). Поэтому своевременность, качество и постоянство данных услуг в условиях ограниченности средств в дорожных фондах, финансовых субсидий в объёмах значительно ниже потребных может быть обеспечено строительством и эксплуатацией дорог на основе ГЧП, МЧП. *Второе соображение* – финансовые преимущества дорожных проектов в рамках государственного контракта или муниципального контракта часто становятся мифическими из-за разных исполнителей работ на этапах строительства и эксплуатации, более низкого качества строительства, неэффективного контроля за формированием стоимости по госконтракту (или муниципальному контракту) и расходованием средств. Поскольку эксплуатация построенного бюджетного объекта осуществляется по другому договору с иным исполнителем работ (в отличие от проекта ГЧП или МЧП, при котором проектирование, строительство, эксплуатация дороги осуществляется единым частным партнёром), реальные финансовые затраты получаются более высокими по сравнению с проектом на условиях ГЧП, МЧП. *В-третьих*, социально-экономические эффекты при

реализации дорожных проектов на условиях ГЧП, МЧП – более весомые, о чём подробней чуть ниже. К приведенным доводам в пользу проектов на основе ГЧП, МЧП следует добавить *ещё один важный аргумент:* инвестор в лице частного партнёра с целью экономии денежных средств заинтересован в максимально быстром введении дорожного объекта в эксплуатацию и в высоком качестве строительства объекта, поскольку, как уже отмечалось, является не только строителем, каковым он бы являлся в системе только бюджетного финансирования, но и эксплуатантом дорожного объекта в течение длительного периода времени. Разумеется, на характер рассмотрения, отказа от реализации дорожных и других проектов ГЧП, МЧП интегрировано воздействуют все обозначенные ключевые и многие другие факторы, но доминирующую роль играет позиция руководителя. *Изменить ситуацию предлагается следующими действиями.* В сфере дорожной инфраструктуры федеральный центр в лице Федерального дорожного агентства (Росавтодора) должен оказать регионам организационно-финансовую помощь путём создания в каждом регионе России государственной компании по типу Государственной компании «Российские автомобильные дороги» (Автодор). Компания должна подчиняться и финансироваться Росавтодором, но при этом значительная часть средств региональных и муниципальных дорожных фондов подлежит поступлению в эту госкомпанию. Тесное взаимодействие с субъектом РФ и муниципальными образованиями в области строительства, реконструкции и эксплуатации дорог; предпроектная подготовка, организация проектирования дорог регионального или межмуниципального, местного значения на условиях ГЧП и МЧП, строительство и эксплуатация автодорог; решение всех вопросов, связанных с процедурами ГЧП и МЧП – вот основные функции региональной госкомпании. Она же должна осуществлять строительство на условиях ГЧП или МЧП всех платных (наряду с бесплатными) дорог в регионе и муниципальных образованиях, о преимуществах строительства которых указывалось автором в монографии [145], других научных статьях, и будет продолжено ниже по тексту. Наличие такой компании в регионах (возможны филиалы в муниципальных образованиях) позволит более

квалифицированно решать весь комплекс вопросов с инвесторами, государственными и муниципальными органами на всех стадиях создания дорожного объекта и тем самым сократить финансовые издержки. Для того, чтобы избежать изоляции госкомпании от региональных органов власти, кандидатура руководителя компании должна обязательно получить одобрение региона (соответственно, руководители филиалов в муниципальных образованиях – согласие муниципалитета). С целью эффективного решения проблем, связанных с развитием сети автомобильных дорог в регионах и муниципальных образованиях, госкомпании, создаваемые на местах, должны быть обязаны перенимать опыт ГК «Автодор» − как по организационной структуре, так и достижению компетентности кадров. Последнее тем более уместно, учитывая, что ГК «Автодор» − пока единственная в России компания, которая строит (реконструирует) автомобильные дороги федерального значения с платными участками на основе ГЧП. Во-вторых, автор предлагает в порядке оказании помощи регионам со стороны федерального центра принять действенные меры по подготовке кадров, компетентных в сфере ГЧП, МЧП (о важности такой помощи – чуть ниже). Третьим действием по ускорению развития ГЧП, МЧП в различных сферах региональных экономик должно быть повышение реального спроса за недостаточное внимание руководителей регионов и муниципальных образований к вопросам развития ГЧП, МЧП, в том числе в сфере дорожного строительства. Одновременно предлагается стимулировать руководителей субъектов РФ и муниципальных образований к позитивному отношению к дорожным и другим проектам на условиях ГЧП, МЧП – материальным и моральным поощрением руководителей с учётом объёмов работ, заложенных в проектах ГЧП, МЧП и признанных эффективными уполномоченным органом. Помимо объёмов показателем уровня развития механизмов ГЧП, МЧП следует считать и сферы применения проектов (дорожная инфраструктура, оказание медицинской помощи с использованием автотранспорта и другие сферы экономики), а также количество проектов. Реализация предложений автора по ослаблению доминирующего фактора медленного развития ГЧП, МЧП в регионах и муниципальных

образованиях – негативного отношения к ГЧП, МЧП со стороны части руководителей субъектов РФ и муниципальных образований – позволит повысить темпы внедрения дорожных, иных проектов на основе ГЧП, МЧП и, соответственно, ускорить рост протяжённости дорог регионального или межмуниципального, местного значения и тем самым повысить качество всех УСНН с использованием автотранспорта. Теперь о другой существенной причине медленного развития ГЧП, МЧП в регионах – *сдержанности иностранного и отечественного бизнеса в инвестировании проектов ГЧП и МЧП*. Степень воздействия данного фактора на развитие ГЧП, МЧП зависит от ряда других факторов влияния, проявляющихся в тесном взаимодействии друг с другом и по существу являющихся составной частью процесса сдержанного притока иностранных и отечественных инвестиций в проекты ГЧП и МЧП. По результатам кластерного и апостериорного методов анализа в состав наиболее проявляемых факторов автор включила:

■ определённая непредсказуемость развития экономики регионов и страны в целом;

■ высокая степень риска финансовых вложений;

■ ограниченный уровень доверия к регионам и муниципальным образованиям как партнёрам по проектам ГЧП, МЧП;

■ бюрократизация, административные барьеры к участию иностранных инвесторов в проектах ГЧП, МЧП.

Все перечисленные факторы имеют интеграционный характер, часто проявляются совместно и взаимозависимо. Поэтому при характеристике любого из них становятся ясными и понятными причины проявления других. Выводы автора в значительной мере совпадают с результатами оценок иностранного и отечественного бизнеса по проблемам предпринимательской деятельности. Обобщённые автором оценки за 2018 год иностранного агентства Грант Торнтон и Российского союза промышленников и предпринимателей (РСПП) представлены в таблице 6.8.

Таблица 6.8 – **Препятствия развитию бизнеса**

Наименование проблемы для бизнеса	Оценка по России, проценты	Данные по проблеме во всём мире, проценты	Примечание
Экономическая нестабильность	44	42	
Бюрократия	43	36	Ситуация в России более неблагоприятная
Недостаток квалифицированных кадров	41	29	Положение в сфере ГЧП, МЧП разнится гораздо больше
Ограниченность финансирования	37	25	Сравнение не в пользу России
Недостаток заказов	36	34	
Качество транспортной инфраструктуры	23	12	В России положение почти в 2 раза хуже

Источник: составлено автором по данным экспертного агентства Грант Торнтон

Учитывая многоаспектность и вариантность проявления проблем, препятствий для ГЧП, МЧП, предпринимательской деятельности вцелом, *их решение и устранение предлагается проводить последовательными решительными, жёсткими и масштабными мерами.* В регионах, муниципальных образованиях необходима также постоянная работа по созданию привлекательного инвестиционного климата. В настоящее время принимаются меры по улучшению делового климата. Совместно с бизнесом обозначены и периодически могут уточняться проблемные зоны и найдены конкретные решения. В 2019 году в дорожную карту трансформации делового климата (ТДК) вошли 140 мероприятий по 12 направлениям формирования благоприятных условий ведения бизнеса: таможенное администрирование, регистрация прав собственности, подключение к сетям, регистрация юридических лиц, налоговое администрирование, контрольно-надзорная деятельность и др. Ещё одним негативным фактором, приводящим к медленному внедрению механизмов ГЧП, МЧП, служит *нехватка квалифицированных кадров в сфере ГЧМ, МЧП как в регионах так и в муниципальных образованиях.* Проблема проявляется в том, что

пока государственные органы субъектов РФ, муниципальные образования зачастую не являются для частного бизнеса квалифицированным заказчиком. Экономическая интеграция государства и частного бизнеса возможна лишь в условиях, когда чиновники хорошо разбираются в механизмах ГЧП, МЧП. До тех пор пока со стороны регионов, муниципальных образований не будет профессионального управленческого подхода к рассмотрению проектов ГЧП, МЧП, частные инвесторы не смогут достучаться до государства и войти в отрасли экономики, требующие инвестиций. Помимо работников административных органов компетенцией в сфере ГЧП, МЧП должен обладать персонал Корпорации развития региона (КРР), Агентства инвестиционного развития, Инвестиционного агентства и др., то есть структур, тесно задействованных в инвестиционный процесс региона. Объёмы инвестиций в региональные и муниципальные проекты ГЧП, МЧП находятся в прямой зависимости от степени интегрированности указанных структур в инвестиционные процессы региона, а следовательно от компетенции кадрового состава инвестиционных структур. Важность решения кадровой проблемы отмечается в работах [90], [135], [184]. Сложность выхода из сложившегося положения усугубляется в процессе взаимодействия с иностранными инвесторами. Зарубежные партнёры приходят в дорожные и другие проекты на условиях ГЧП, МЧП только при условии наличия надёжного местного партнёра, который строит свою деятельность с учётом западных стандартов корпоративного управления и имеет успешный опыт реализации проектов ГЧП, МЧП в России. Есть немало российских компаний, которые реализуют успешные проекты, в том числе на условиях ГЧП, МЧП, но не в состоянии находить общий язык с иностранными инвесторами. Сказывается недостаток опыта, а порой даже такие принципы работы, которые зарубежные инвесторы не могут воспринять в силу, разного «бизнес-воспитания». Порядок ведения бизнеса не всегда прозрачный, имеют место случаи, когда местные компании несколько искажают отчётность, часто весьма «креативно» трактуют чётко описанные условия с зарубежными партнёрами. Иначе говоря, ещё не научились или просто не хотят вести бизнес в соответствии с общепринятыми

мировыми стандартами корпоративного управления. *Матрица решения проблемы кадров – это создание кадрового ядра в администрации, инвестиционных структурах регионов и муниципальных образований, в уполномоченных органах и бизнес-компаниях, заинтересованных в участии в проектах ГЧП, МЧП и организованном обучении*. В последние годы организована подготовка и дополнительное профессиональное обучение кадров для сферы ГЧП, МЧП на кафедрах государственно-частного партнёрства в Финансовом университете при Правительстве РФ, в МГИМО, Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. Некоторые зарубежные инвесторы организуют подобное обучение кадров на местах по собственным программам. Однако реализация предложений автора возможна лишь при желании руководителей субъектов РФ, муниципальных образований. Свою лепту в подготовку кадров должен внести и федеральный центр в лице Минфина, Минэкономразвития, Центра развития ГЧП. Последующие анабиозные явления применительно к контрактной системе дорожных проектов позволят усилить генезис проектов на условиях ГЧП, МЧП. *Наконец, в генезисе (зарождении и развитии) механизмов ГЧП, МЧП в субъектах РФ и муниципальных образованиях видное место занимают финансовые проблемы регионов*. Экономическое положение регионов определяется долговой нагрузкой – соотношением долга и дохода регионального бюджета. Без увязки с макроэкономическими кризисными явлениями долговые обязательства большинства регионов стали расти, начиная с 2013 года. В структуре долга регионов наибольшие доли составляют бюджетные кредиты. Далее следуют коммерческие займы и государственные ценные бумаги субъекта РФ.

Причин неблагоприятного финансового положения регионов не так много, но все они существенно влияют на сложившуюся тенденцию. В числе основных причин образования дефицита бюджетов следует назвать увеличение расходов, вызванных требованием федерального центра увеличить заработную плату врачей и учителей, необходимость выплат по социальной поддержке населения. Указанные выплаты во многих регионах составляют 50% всех текущих расходов.

В последнее время снизились поступления средств от таких местных налогов как земельный, на имущество физических лиц. Одна из проблем региональных бюджетов – постоянные изменения законодательства: менялись ставка налога на прибыль и порядок перечисления акцизов, вводились вычеты по НДФЛ, в то время как основную долю доходов регионов составляют НДФЛ и налог на прибыль – в среднем более 50% доходов субъектов. Поскольку давление на расходную часть федерального бюджета огромное, на регионы действуют сокращение межбюджетных трансфертов. Своего рода палочкой-выручалочкой могут быть бюджетные кредиты со ставкой 0,1% вместо коммерческих кредитов со ставкой 11-12%. Однако, условия предоставления бюджетных кредитов, утверждённые постановлением Правительства РФ от 27 января 2016 г. № 40 [30, с. 2122-2127] довольно жёсткие и не позволяют до конца погасить накопившиеся долги. Вместе с тем главное – любые меры по оздоровлению финансового положения регионов должны быть ориентированы не на рост федеральной помощи с целью погашения долгов, а на повышение доходов местных бюджетов. Последнее возможно путём ослабления «поборов» со стороны федерального центра и целевого финансирования развития местного бизнеса, включая строительство автомобильных дорог межмуниципального и местного значения. На это же должны быть направлены усилия субъектов РФ, муниципальных образований. Пути восстановления экономического роста в России представлены в уже упоминавшихся работах [133], [134], в монографии [172], в других научных работах. Строительство автомобильных дорог – одно из ключевых направлений развития бизнеса, поскольку решает как социальные задачи региона и муниципального образования, так и финансово-экономические, способствуя развитию всех сфер экономики, поступлению денежных средств в местные бюджеты. Способы решения проблемы финансирования развития дорожной инфраструктуры предложены автором в параграфах 6.2, 6.3. К мерам, позволяющим улучшить финансирование строительства, эксплуатации, технического обслуживания дорог межмуниципального и местного значения на

основе использования механизмов ГЧП, МЧП *автор дополнительно причислила и предлагает к реализации следующие:*

■ развитие сети платных дорог межмуниципального значения, некоторых дорог местного значения на условиях ГЧП, МЧП;

■ применение научно – практического метода одновременной реализации нескольких дорожных проектов на условиях ГЧП или МЧП с разным уровнем инвестиционной привлекательности;

■ организация скоординированных действий регионов, муниципальных образований в деле привлечения частных зарубежных и отечественных инвестиций с целью совместного финансирования строительства дорожных объектов;

■ формирование системы привлечения инвестиций *через региональные* особые экономические зоны (ОЭЗ) и территории опережающего развития (ТОР);

■ организация доступа и участия в Программе поддержки инвестиционных проектов, реализуемых на территории Российской Федерации на основе проектного финансирования (порядок утверждён постановлением Правительства РФ от 11 октября 2014 г. № 1044).

О развитии дорожной сети с использованием участков платных дорог достаточно подробно изложено в монографии автора [145]. В настоящее время платные участки дороги строятся исключительно на федеральных трассах. Субъектам РФ также целесообразно использовать платные участки в процессе строительства (реконструкции) дорог регионального или межмуниципального значения, а также при строительстве таких дорожных объектов, как мосты, эстакады, объекты дорожного сервиса (ОДС). Что касается автодорог местного значения, то платные участки дорог и дорожные объекты целесообразны в местах с достаточно высоким или умеренным трафиком, обеспечивающим в определённой степени окупаемость строительства и эксплуатации. В местах с низким трафиком дороги должны быть бесплатными. Применительно к строительству дорог местного значения, не содержащих платных участков, *автор предлагает использовать научно-практический метод одновременной реализации*

нескольких дорожных проектов на условиях ГЧП или МЧП с разным уровнем инвестиционной привлекательности. Суть метода состоит в том, что с целью обеспечения финансирования проекта ГЧП или МЧП на строительство бесплатной дороги местного значения одновременно реализуется второй дорожный проект – на строительство объектов дорожного сервиса вдоль дороги или строительство платного путепровода (моста через железнодорожные пути). Актуальность развития ОДС подчёркнута в работах [208] и в документе [40], а обязательный состав объектов дорожного сервиса приведен в документе [16]. Оба проекта ГЧП реализуются в рамках одного соглашения (что более предпочтительно) между публичным и частным партнёрами либо по двум одновременно заключаемым соглашениям. Оба проекта должны быть включены в единую программу комплексного развития транспортной инфраструктуры поселения, городского округа и соответствовать Требованиям к программам комплексного развития транспортной инфраструктуры поселений, городских округов, утверждённым постановлением Правительства РФ от 25 декабря 2015 г. № 1440 [36, с. 953-957], и одновременно представляться уполномоченному органу − для совместного рассмотрения их эффективности. Предлагаемый метод для субъектов РФ, муниципальных образований служит эффективным инструментом развития дорожной сети в силу решения проблемы финансирования, дробного характера финансовых затрат в течение многих лет действия соглашения благодаря реализации ГЧП, МЧП-проектов. Кроме того, достигается значительный социальный эффект в виде пользования качественной автомобильной дорогой, ОДС, путепроводом; роста мобильности и занятости населения; круглогодичного обеспечения жителей сельских поселений медицинской помощью, продуктами питания, товарами первой необходимости, почтовой связью. Итак, рассмотрена матрица доминирующих факторов, вызывающая замедленный генезис ГЧП, МЧП в регионах и муниципальных образованиях, представлены предложения автора по ослаблению и даже полному исключению негативного воздействия факторов на процесс внедрения дорожных и других проектов ГЧП, МЧП, улучшению инвестиционного климата в регионах,

муниципальных образованиях. В дополнение к изложенным мерам субъектам РФ, муниципальным образованиям необходимо привести институциональную базу в соответствие с требованиями сравнительно недавно принятого Федерального закона [3], учитывать требования закона при разработке новых нормативных документов. Об актуальности данной задачи подчёркивается во многих исследованиях, например, в научных работах [184] и [148]. В заключение несколько слов о роли дорожных проектов на условиях ГЧП, МЧП в повышении качества услуг социальной направленности населению, в развитии сфер экономики регионов, работающих на местное население. Реализация дорожных ГЧП-проектов позволяет не только увеличить темпы строительства автомобильных дорог, повысить качество ранее построенных дорог, но и улучшить показатели качества услуг социальной направленности населению, предоставляемых с использованием автомобильного транспорта. Улучшение показателей качества услуг населению достигается как благодаря позитивным изменениям состояния дорог, так и в силу их воздействия на факторы влияния, взаимосвязанные с качеством услуг населению. Вследствие интегрированного воздействия всех факторов происходит рост показателей качества услуг социальной направленности с использованием автотранспорта. К числу наиболее существенных показателей качества услуг следует причислить:

- повышенная комфортность и безопасность поездок населения на автотранспорте;
- снижение числа погибших и раненых в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) и, следовательно, сокращение социально-экономических издержек пострадавших, их близких родственников;
- своевременное оказание неотложной медицинской помощи населению, особенно пострадавшим в ДТП и жителям малочисленных, отдалённых посёлков;
- доступность автотранспортных услуг не только по возможности пользоваться, но и по приемлемости тарифов;

■ сдерживание роста цен на продукты питания и товары благодаря снижению транспортной составляющей в цене продукции, поставляемой населению автомобильным транспортом;

■ оснащённость автомобильных дорог объектами дорожного сервиса в соответствии с требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 28 октября 2020 г. № 1753 [16];

■ развитие сфер экономики, работающих на местное население (строительство объектов здравоохранения и образования, спортивных комплексов, культурных центров и др.);

■ рост занятости населения, возможности найти работу и быстро, комфортно приезжать автотранспортом к месту работы и обратно (что особенно актуально для сельского населения и жителей небольших городов);

■ сохранение и развитие малых городов и сельских населённых пунктов;

■ рост инвестиционной привлекательности регионов и муниципальных образований;

■ развитие внутреннего и въездного туризма.

Выводы по главе 6:

1. Выявлены дисперсность систематизации, абрис и недостаточность критериев для полноценного исследования состояния отечественных автомобильных дорог, посредством которых оказывается влияние на качество социальных услуг с использованием автотранспорта. Определены ключевые индикаторы качества, достоверно показывающие реальное состояние дорог. В процессе системного и апостериорного методов анализа в сочетании с методом практического, визуального наблюдения, обобщений доказан невысокий уровень качества дорог федерального, регионального, межмуниципального, местного значения.

2. Глубокое изучение многоаспектных причин невысокого качества всех видов и категорий отечественных автодорог позволило установить и обосновать наиболее весомые факторы отрицательного влияния. Причиной особого воздействия определена – второстепенное внимание со стороны руководителей

субъектов РФ, муниципальных образований общественно значимой услуге населению – строительству и ремонту автомобильных дорог. Подчёркивается эвристический алгоритм решения проблемы роста протяжённости, ремонта дорог местного значения, что вызывает снижение качества оказания услуг социальной направленности жителям малочисленных, отдалённых, труднодоступных сельских населённых пунктов в период снежных заносов, весенней и осенней распутицы. К другим фундаментальным факторам не благодатного воздействия на развитие дорожной инфраструктуры отнесены: недостаточное финансирование строительства (реконструкции) новых, ремонта существующих дорог; недопустимо замедленное внедрение новых технологий строительства и ремонта дорог; не благоприятные климатические условия в значительной части регионов страны; очень большая территория Российской Федерации. Предложены пути устранения субъективных и объективных причин, при этом акцент сделан на научно-практическом мультимодальном решении проблемы финансирования строительства и ремонта дорог в условиях ограниченных поступлений средств в региональные, муниципальные дорожные фонды, скромных субсидий со стороны федерального центра.

3. Выполнена оценка эффективности управления качеством услуг населению посредством своевременного и полноценного ремонта автодорог. Показаны нарушения периодичности и объёма выполняемых ремонтных работ, раскрыты обстоятельства, приводящие к сложившемуся положению. В процессе факторного анализа с оценкой степени влияния, весомости факторов рекомендованы меры повышения результативности ремонта, соблюдения нормативных требований при ремонте и обслуживании дорог, исключения «ямочного ремонта»: выделение потребных денежных средств, применение современных технологий ремонта; привлечение к ремонтным работам и обслуживанию дорог проверенных, положительно зарекомендовавших себя строительных организаций; постоянный контроль процесса ремонта, качества выполняемых работ заказчиком по контракту; повышение ответственности

исполнительных органов субъектов РФ, муниципальных образований за состояние дорог.

4. Установлена недооценка роли объектов дорожного сервиса (ОДС) как услуги социальной направленности населению, крайняя неразвитость отечественного придорожного сервиса даже не трассах федерального значения, не выполнение постановления Правительства РФ от 28 октября 2020 г. № 1753, обязывающего обеспечивать все категории дорог установленными составами ОДС. Излагается авторская концепция о включении в состав дорожных проектов обязательного строительства ОДС, привлечения инвестиций частного бизнеса на оснащение ранее построенных дорог объектами дорожного сервиса, особенно на условиях ГЧП, МЧП.

5. Исследовано и репрезентативно установлено спорадичное развитие дорожных и других проектов на условиях государственно-частного партнёрства (ГЧП) и муниципально-частного партнёрства (МЧП) в регионах и муниципальных образованиях. Выявлена матрица основных причин, вызывающих замедленный генезис ГЧП, МЧП, подчёркнута доминирующая роль неблаготворного отношения к ГЧП, МЧП со стороны некоторых руководителей субъектов РФ и муниципальных образований. Разработаны методологические подходы и предложены способы снижения неблагоприятного проявления препятствий к динамичному развитию ГЧП, МЧП и повышения на этой основе качества услуг социальной направленности населению с использованием автомобильного транспорта. В качестве меры по решению проблемы финансирования проектов ГЧП, МЧП рекомендован научно-практический метод, концептуально предусматривающий совместную реализацию нескольких дорожных проектов – строительство автомобильной дороги местного значения без платных участков и платного путепровода (моста через железнодорожные пути) или объектов дорожного сервиса вдоль дороги.

6. Предложения автора, изложенные в главе 6, гармонируют с задачами, поставленными в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 [10], в Транспортной стратегии Российской Федерации на период до 2030 года [35], в

«Паспорте национального проекта «Безопасные и качественные автомобильные дороги», других законодательно-нормативных документах. Их реализация позволит увеличить протяжённость, существенно улучшить состояние автомобильных дорог и, соответственно, повысить качество всех УСНН, предоставляемых с использованием автомобильного транспорта.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

В результате исследования выработан и представлен к практической реализации комплекс мер, обеспечивающих снижение негативного воздействия или даже элиминацию главных факторов влияния на качество услуг социальной направленности населению, и тем самым достигнута цель исследования. Одновременно в полном объёме решены задачи, обеспечившие достижение поставленной цели. В качестве механизмов достижения цели и решения задач, поставленных в диссертации, использованы теоретическая, методологическая базы, которые описаны выше по тексту. Теоретические и практические результаты исследования раскрыты в выводах по каждой из 6 глав, а также в разделах «Научная новизна исследования», «Теоретическая и практическая значимость исследования», «Апробация результатов исследования» Введения.

К основным выводам и рекомендациям относятся:

1. Разработана Методология повышения качества социальных услуг при автотранспортном обеспечении населения, которая заключается в совокупности подобранных и разработанных в диссертации научных методов, приёмов, способов и принципов, которые применены для получения достоверных и обоснованных результатов в оценке комплекса эффективных мер, позволяющих динамично повышать уровень качества услуг (приведена в п. 1 раздела «Научная новизна» Введения). Выполнена надведомственная классификация социальных услуг, выбранных для исследования.

2. Раскрыта закономерность нестабильного развития службы «Социальное такси», отсутствия службы в некоторых субъектах РФ, муниципальных образованиях, особенно в сельских населённых пунктах, по результатам авторского анализа работы служб в 85 субъектах РФ по перечню вопросов (Приложение 2 к диссертации). На основе анализа разработана Концепция управления качеством услуги «Социальное такси» для льготной категории граждан в субъектах Российской Федерации до 2030 года (изложена в параграфе 2.3 главы 2), реализация которой позволит обеспечить динамичный рост главных

показателей качества услуги службы, предложенных автором и представленных в таблице 2.2 параграфа 2.2, других показателей качества услуги.

Расчётно-экспертным методом для каждого субъекта РФ, организовавшего службу, определено значение главного показателя качества услуги (процент охвата услугой крайне нуждающихся в услуге маломобильных категорий граждан), который составил 16% в среднем по стране. Максимальные и минимальные значения данного важнейшего показателя по субъектам РФ представлены в таблице 2.3 параграфа 2.2.

Выработан и рекомендуется к внедрению единый для всех регионов состав льготной категории граждан, которым в обязательном порядке должна предоставляться услуга.

Доказана целесообразность бесплатного оказания услуги предложенной автором льготной категории граждан, установление предельного размера стоимости поездки туда и обратно для дополнительных категорий граждан, определяемых субъектами РФ (выборочные данные по стоимости услуги представлены в таблице 2.4 параграфа 2.2).

Актуализирована необходимость нормативно-законодательного исключения действующих во многих регионах ограничений: по количеству предоставляемых услуг каждому гражданину льготной категории; недопустимость ограничения времени ожидания пользователя услуги, оплаты времени ожидания; запрет регламентации продолжительности поездки в пределах территории региона, оплаты за продолжительность и расстояния поездки к социально значимому объекту.

3. Предложены новые критерии оценки реального состояния отечественных дорог по верифицированным, адресно внедрённым показателям качества, достоверно и всесторонне характеризующим степень соответствия дорог введённым требованиям (представлены в таблице 6.1), что способствует росту качества дорог и, соответственно, всех социальных услуг, предоставляемых с использованием автотранспорта.

4. Разработан, научно обоснован, предложен к широкому применению научно – практический метод одновременной реализации нескольких дорожных проектов на условиях ГЧП, МЧП с разным уровнем инвестиционной привлекательности применительно к автомобильным дорогам местного и межмуниципального значения. Инвестиционная привлекательность данного метода достигается путём одновременной реализации нескольких дорожных проектов, в которых финансово заинтересованы в конечном счёте и публичный, и частный партнёры. Внедрён на уровне предприятия, более широкое внедрение метода существенно повысит темпы строительства указанных дорог и качество всех без исключения исследуемых услуг.

5. Для туроператоров и турагентов разработана Методология повышения качества перевозки туристов автомобильным транспортом, сущностью которой является изменение сложившейся практики отстранённости туроператоров (турагентов) от процесса обеспечения качества транспортирования клиентов как внутри России (при внутреннем туризме), так и в зарубежных странах (при выездном туризме). Составной частью Методологии предложены научно – практические разработки, внедрённые на уровне туристической организации:

- метод оптимизации алгоритма поиска и выбора автоперевозчика туристов по выработанным критериям;

- авторский принцип предупредительного анализа возможных факторов негативного воздействия на качество конкретного вида перевозки туристов: трансфер, экскурсия с использованием автотранспортного средства, дальняя перевозка, осуществление перевозки в экстремальных погодных условиях;

- Методические рекомендации по повышению качества подготовки турфирмы, автоперевозчика, туристов к дальней поездке;

- Методические рекомендации по обеспечению качества перевозки туристов в экстремальных погодных условиях и сокращению социально – экономических потерь (применимы и при организованной перевозке детей);

- метод «таинственного туриста», предусматривающий выборочный негласный, но предусмотренный контрактом с автоперевозчиком либо с

зарубежной принимающей туристов фирмой, контроль качества перевозки туристов – в объёме и последовательности авторской Методики (изложена в главе 4). Мониторинг часто проводится при комплексной проверке качества обслуживания туристов принимающей турфирмой;

6. Подготовлены предложения по ускоренному формированию легитимного, благопристойного поведения водителей автомобилей, что позволит существенно снизить количество погибших и раненых в ДТП в соответствии с требованиями Указа Президента РФ В.В.Путина от 7 мая 2018 г. № 204, обеспечит повышение качества каждой из исследованных социальных услуг населению (см. главу 4).

7. Теоретически обоснована необходимость внедрения способов упреждающих действий по практической нейтрализации отрицательных последствий базовой некомпетентности начинающих водителей в течение первого года управления автомобилем, выражающихся в неуверенном управлении ТС, частых нарушениях ПДД, провоцирующих ДТП. В состав упреждающих практических мер автор включила двухступенчатую (предварительную и окончательную через 1 год) выдачу водительского удостоверения с обязательным дополнительным обучением практическому вождению в объёме не менее 30 часов вскоре после окончания автошколы; недопустимостью грубых нарушений ПДД и опасного вождения, соблюдением ограничений для водителя-новичка. В перечень ограничений для начинающих водителей предлагается включить: ограничение скорости движения в населённых пунктах (не более 40 км/ч), на магистралях и других дорогах (не более 70 км/ч); запрет совершать управление ТС в ночное время: недопустимость перевозки детей в салоне автомобиля; запрет передачи СМС -сообщений и звонков по мобильному телефону будучи за рулём движущегося автомобиля – даже при наличии системы Bluetooth. Обязательной мерой предлагаются кардинальные изменения в качестве профессиональной подготовки инструкторов по вождению в автошколах, включая обучение по новому профессиональному стандарту «мастер

производственного обучения вождению транспортных средств», утверждённому Минтрансом РФ в октябре 2018 года (см. главу 4).

8. Для повышения качества медицинских услуг, предоставляемых с использованием автотранспорта жителям отдалённых сельских поселений, гражданам работающим, отдыхающим отдалённо от поселений либо попавшим в ДТП на труднодоступных участках дороги, разработан и предлагается к внедрению комплекс мер:

- определён обязательный минимум из пяти ключевых индикаторов позволяющих выполнить объективную оценку качества медицинских услуг (таблица 5.1); по каждому из пяти индикаторов выработаны наиболее значимые соиндикаторы (факторы влияния) – представлены в таблицах 5.2, 5.3, 5.4, 5.5;

- методические рекомендации по укомплектованию и закреплению медицинских кадров в сельской местности;

- Методика периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения проживающего и/или работающего в отдалённых труднодоступных местах (Приложение 1 к диссертации) – верифицирована и внедрена в практическую деятельность двух организаций (см. подраздел «Апробация результатов исследования» Введения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГНКС	−	автоматическая газонаполнительная компрессорная станция
АЗС	−	автозаправочная станция
ВВП	−	внутренний валовой продукт
ГИБДД	−	Государственная инспекция безопасности дорожного движения
ГМТ	−	газомоторное топливо
ГЧП	−	государственно-частное партнёрство
ДПС	−	дорожно-патрульная служба
ДТП	−	дорожно-транспортное происшествие
ДФ	−	дорожный фонд
ЕС	−	Европейский союз
ЖКХ	−	жилищно-коммунальное хозяйство
ЖНВЛП	−	жизненно необходимые важнейшие лекарственные препараты
ИТС	−	интеллектуальная транспортная система
КоАП	−	Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях
КПГ	−	компримированный природный газ
KPI	−	key performance indicators − ключевые индикаторы исполнения (деятельности)
КЦСОН	−	комплексный центр социального обслуживания населения
МВД РФ	−	Министерство внутренних дел Российской Федерации
Минтранс РФ	−	Министерство транспорта Российской Федерации

Минтруд РФ	–	Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации
МСОП	–	медицинская сестра общей практики
МФЗ	–	многофункциональная зона
МЧП	–	муниципально-частное партнёрство
МЧС	–	Министерство по чрезвычайным ситуациям
ОДС	–	объект дорожного сервиса
ОВП/ВОП	–	общая врачебная практика/врач общей практики
ПДД	–	Правила дорожного движения
РАНХ и ГС	–	Российская академия народного хозяйства и государственной службы
РСПП	–	Российский союз промышленников и предпринимателей
СВА	–	сельская врачебная амбулатория
СМИ	–	средства массовой информации
СМП	–	скорая медицинская помощь
СТО	–	станция технического обслуживания
ТС	–	транспортное средство
УДС	–	улично-дорожная сеть
УСНН	–	услуга социальной направленности населению
ФАП	–	фельдшерско-акушерский пункт
ФОМС	–	фонд обязательного медицинского страхования
ХСН	–	хроническая сердечная недостаточность

СПИСОК ТЕРМИНОВ

Абрис	−	описание самых общих черт чего-либо
Аккомодация	−	способность приспосабливаться
Анабиоз	−	временное ослабление
Апостериорный метод анализа	−	анализ на основании опыта, имеющихся данных
Априорный анализ	−	предварительный, не проверенный анализ
Валеологическая грамотность	−	знание общей теории здоровья, претендующей на интегральный подход к физическому, нравственному и духовному здоровью человека
Вариабельный	−	изменчивый
Вариационный	−	переменчивый, переменный
Вербальный	−	словесный, устный
Генезис ГЧП, МЧП, чего-либо другого		зарождение и последующее развитие государственно-частного и муниципально-частного партнёрства в субъектах РФ и муниципальных образованиях, чего-либо другого
Гомогенный	−	однородный
Государственно-частное партнёрство, муниципально-частное партнёрство	−	юридически оформленное на определённый срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнёра, с одной стороны, и частного партнёра с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о ГЧП, соглашения о МЧП,

		заключённым в соответствии с федеральным законом в целях привлечения в экономику частных инвестиций
Дефиниция (определение)	–	формулировка, раскрывающая содержание, сущность, основные черты используемого понятия
Доминантный	–	основной (господствующий, главенствующий)
Изохорический, изохорный процесс	–	процесс, протекающий с постоянными значениями исследуемых показателей
Инвазия	–	внедрение, проникновение
Индуцировать изменения	–	возбуждать изменения
Институциональный	–	официально утверждённый, установленный, закреплённый
Инструктор-проводник	–	профессионально подготовленное лицо, сопровождающее туристов и обеспечивающее их безопасность в процессе реализации туристского продукта
Канонизация	–	утверждение в качестве канона (образца)
Каузальный	–	причинный
Кластерный анализ	–	многомерная процедура, выполняющая сбор данных, содержащих информацию о выборке объектов, и затем упорядочивающая объекты сравнительно однородной группы. Предназначен для разбивки совокупности объектов на однородные

		группы
Комплексный анализ	–	анализ, охватывающий целую группу процессов, явлений
Компликация	–	запутанность
Константа	–	постоянная величина
Концедент	–	одна из сторон (государственное, муниципальное образование) концессионного соглашения
Концессионер	–	частный партнёр по концессионному соглашению
Лапидарный	–	краткий
Матрица	–	общая основа, схема чего-либо
Мегаполис	–	город с численностью населения 1 млн. человек и выше
Метахронно	–	последовательно
Методика	–	совокупность методов, приёмов практического выполнения решаемой задачи
Мультимодальный	–	предусматривающий несколько способов решения вопроса
Мультипликативный эффект в экономике	–	увеличение финансовых поступлений в гораздо большем размере, чем первоначальные денежные инвестиции
Недостаточная видимость	–	видимость дороги менее 300 метров в условиях тумана, дождя, снегопада и тому подобного, а также в сумерки
Парадигма	–	пример, образец
Парето-анализ	–	анализ множества факторов, характеризующих исследуемый объект,

		процесс, с выделением факторов, проблем или причин, имеющих наибольшее значение
Парциальный, парциально	–	частичный, частично
Перестроение	–	выезд из занимаемой полосы движения ТС на другую полосу с сохранением направления движения
Прелиминарный	–	предварительный
Продуцирование	–	выработка
Публичный партнёр	–	Российская Федерация, от имени которой выступает Правительство РФ или уполномоченный им федеральный орган исполнительной власти, либо субъект РФ, от имени которого выступает высший исполнительный орган власти субъекта РФ, либо муниципальное образование, от имени которого выступает глава муниципального образования или иной уполномоченный орган местного самоуправления в соответствии с уставом муниципального образования – при заключении соглашения в рамках ГЧП, МЧП
Путепровод	–	мост через железнодорожные пути
Резистентный	–	устойчивый, постоянный
Релятивный	–	относительный
Репрезентативный	–	достойный внимания, показательный, объективный
Рытвина	–	углубление на дороге, выбитое колёсами

		или вымытое дождём
Сегментарный	–	частичный, неполный
Симультанный	–	одновременный
Система KPI (Key performance indicators)	–	система ключевых индикаторов исполнения (деятельности), предусматривающая количественное и (или) качественное выражение оценки процесса (проблемы)
Сочетанная шокогенная травма	–	повреждение двух и более областей тела в различном сочетании, вызывающая травматический шок
Спорадическое развитие	–	процесс непостоянного, рассеянного развития
Стохастический	–	случайный
Торпидный, толерантный	–	устойчивый
Трансфер	–	перевозки типа аэропорт-отель, железнодорожный вокзал-отель, порт-отель, город-аэропорт и т.д.
Трафик	–	интенсивность движения транспортных средств на выбранном участке дороги, улично-дорожной сети
Туристский продукт	–	комплекс услуг по перевозке и размещению, оказываемых за общую цену (независимо от включения в общую цену стоимости экскурсионного обслуживания и (или) других услуг) по договору о реализации туристского продукта
Убиквитарный	–	повсеместный

Уполномоченные органы в рамках ГЧП, МЧП	–	федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный Правительством РФ на осуществление полномочий, орган исполнительной власти субъекта РФ, орган местного самоуправления, уполномоченный в соответствии с уставом муниципального образования
Уровень автомобилизации	–	количество автомобилей на 1000 жителей
Ухаб	–	большая выбоина, яма на дороге
Участники дорожного движения	–	водители за рулём, пешеходы, пассажиры транспортных средств, сотрудники ГИБДД, строительно-ремонтные бригады
Факторный анализ	–	анализ влияния факторов на деятельность с оценкой степени воздействия, весомости каждого фактора
Частный партнёр	–	российское юридическое лицо, с которым заключено соглашение
Эвристический метод принятия решения (эвристический алгоритм управления)	–	принятие решения только на один текущий шаг управления
Экскреция	–	выделение, вычленение
Элиминация	–	устранение
Эмпирический	–	практический, отражающийся на факты, опыт

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации (с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 1 июля 2020 года).URL: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007040001 (дата обращения: 07.09.2020).

2. Федеральный закон Российской Федерации от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2013. –№ 52 (Часть I). – ст. 7007. – С. 19410–19427.

3. Федеральный закон от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ «О государственно-частном партнёрстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2015. – № 29 (Часть I). – ст. 4350. – С. 11195–11239.

4. Федеральный закон от 21 июля 2005 года № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2005. – № 30. – ст. 3126.

5. Федеральный закон Российской Федерации от 10 декабря 1995 г. № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения». URL: https://base.garant.ru/10105643/ (дата обращения: 16.08.2021).

6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – ст. 6724. – С.15171–15237.

7. Федеральный закон от 24.11.1996 N 132-ФЗ (ред. от 09.03.2021) «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации». URL: https://base.garant.ru/136248/ (дата обращения: 08.06.2021).

8. Федеральный закон Российской Федерации от 2 марта 2016 г. № 49-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях совершенствования законодательства регулирующего

туристскую деятельность» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 10. – ст. 1323. – С.3176–3202.

9. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 437-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О безопасности дорожного движения» и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях по вопросам медицинского обеспечения безопасности дорожного движения» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2013. – № 52 (Часть I). – ст. 7002. – С.19395–19399.

10. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». URL: https://base.garant.ru/71937200/ (дата обращения: 11.05.2018).

11. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» // Собрание законодательства Российской Федерации. –2012. – № 19. – ст. 2335. – С. 5861–5862.

12. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 июля 2015 г. № 704 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 23 августа 2007 г. № 539» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2015. – № 29 (Часть II). – ст. 4502. – С. 11538–11539.

13. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 мая 2016 г. № 477 «О внесении изменений в Правила дорожного движения Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 23. – ст. 3325. – С. 7073.

14. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 января 2015 г. № 17 «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2015. – № 4. – ст. 659. – С.2350–2399.

15. Постановление Правительства РФ от 14 июля 2012 № 717 (ред. от 06.04.2021) «О Государственной программе развития сельского хозяйства и регулирования рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия на 2013–2020 годы». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70110644/ (дата обращения: 03.07.2018).

16. Постановление Правительства РФ от 28 октября 2020 г. № 1753 «О минимально необходимых для обслуживания участников дорожного движения требованиях к обеспеченности автомобильных дорог общего пользования федерального, регионального или межмуниципального, местного значения объектами дорожного сервиса, размещаемыми в границах полос отвода автомобильных дорог, а также требованиях к перечню минимально необходимых услуг, оказываемых на таких объектах дорожного сервиса». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74739259/ (дата обращения: 17.10.2020).

17. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2015 г. № 1514 «О порядке проведения уполномоченным органом оценки эффективности проекта государственно-частного партнёрства, проекта муниципально-частного партнёрства и определения их сравнительного преимущества» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 2 (Часть I). – ст. 388. – С. 1215–1218.

18. Постановление Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2017. – № 51. – Ст. 7806. – С. 23002–232.

19. Постановление Правительства РФ от 26 января 2017 г. № 89 «О реестре некоммерческих организаций – исполнителей общественно-полезных услуг». URL: https://base.garant.ru/71598866/ (дата обращения: 14.06.2018).

20. Постановление Правительства РФ от 03.10.2013 N 864 (ред. от 16.05.2020) «О федеральной целевой программе «Повышение безопасности

дорожного движения в 2013–2020 годах». URL: https://base.garant.ru/70467076/ (дата обращения: 08.06.2021).

21. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 2013 г. № 598 «О федеральной целевой программе «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2013. – № 30. – ст. 4110. – С. 8343–8410.

22. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 апреля 2018 г. № 472 «Об осуществлении мер по реализации государственной политики в сфере оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. –№ 18. – ст. 2625. – С.9680–9697.

23. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 363. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72116666/ (дата обращения: 07.06.2021).

24. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 1 (Часть II). – ст. 373. –С. 951–998.

25. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 296 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан». https://base.garant.ru/70644062/ (дата обращения: 02.06. 2021).

26. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 февраля 2013 г. № 267-р «Об утверждении комплекса мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

// Собрание законодательства Российской федерации. – 2013. – № 9. – ст. 1014. – С. 2276 – 2278.

27. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 мая 2019 г. № 696 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Комплексное развитие сельских территорий» и о внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации». URL: https://base.garant.ru/72260516/ (дата обращения: 08.06.2021).

28. Постановление Правительства РФ от 18.11.2020 N 1852 «Об утверждении Правил оказания услуг по реализации туристского продукта». URL: https://base.garant.ru/74929196/ (дата обращения: 08.06.2021).

29. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.09.2020 N 1527 «Об утверждении Правил организованной перевозки группы детей автобусами». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74591848/ (дата обращения: 08.06.2021).

30. Постановление Правительства РФ от 27.01.2016 N 40 (ред. от 17.03.2018) «Об утверждении Правил предоставления (использования, возврата) из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации бюджетных кредитов на 2016 год // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 5. – ст. 708. – С. 2122–2127.

31. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 1164 «Об утверждении Правил расчёта суммы страхового возмещения при причинении вреда здоровью потерпевшего» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – № 47. – ст. 6512. – С. 13287–13299.

32. Постановление Правительства РФ от 26.10.2020 N 1737 «Об утверждении Правил ремонта и содержания автомобильных дорог общего пользования федерального значения». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74718307/ (дата обращения: 80.06.2021).

33. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 8 января 2018 г. № 1-р «Об утверждении Стратегии безопасности дорожного движения в

Российской Федерации на 2018–2024 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 5. – ст. 774. – С. 2573–2583.

34. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 сентября 2009 г. № 720 «Об утверждении Технического регламента о безопасности колёсных транспортных средств» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2009. – № 38. – ст. 4475. – С. 10700–10963.

35. Постановление Правительства Российской Федерации от 11 июня 2014 г. № 1032-р «Об утверждении Транспортной стратегии Российской Федерации на период до 2030 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2014. – ст. 3349. – С. 8740–8981.

36. Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2015 г. № 1440 «Об утверждении Требований к программам комплексного развития транспортной инфраструктуры поселений, городских округов» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 2 (Часть 1). – ст. 326. –С. 953–957.

37. Распоряжение Правительства РФ от 13 мая 2013 г. № 767-р. «О регулировании отношений в сфере использования газового моторного топлива» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2013. – № 20. – ст. 2551. – С. 5135–5136.

38. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р «Об утверждении комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2013. – № 16. – ст. 2017. – С. 3911–3913.

39. Распоряжение Правительства РФ от 2 июня 2016 г. № 1083-р. «Об утверждении Стратегии развития малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации на период до 2030 года». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71318202/ (дата обращения: 02.06. 2021).

40. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 мая 2014 г. № 876-р. Программа деятельности Государственной компании «Российские

автомобильные дороги» на долгосрочный период (2010–2020 годы). Утверждена в измененной редакции // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2014. – № 22. – ст. 2905. – С. 8025–8071.

41. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров» // Российская газета от 28 апреля 2015 г. – № 90. – С. 23.

42. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 августа 2013 г. № 549 н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_151873/ (дата обращения: 26.05.2021).

43. Приказ Министерства культуры Российской Федерации от 27 июня 2012 г. № 666 «Об утверждении Административного регламента по предоставлению Федеральным агентством по туризму государственной услуги по информированию в установленном порядке туроператоров, турагентов и туристов (экскурсантов) об угрозе безопасности туристов (экскурсантов) в стране (месте) временного пребывания» // Российская газета от 8 августа 2012 г. – № 180. – С. 21.

44. Приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 16 октября 2020 г. № 424 «Об утверждении Особенностей режима рабочего времени и времени отдыха, условий труда водителей автомобилей». (Зарегистрировано в Минюсте России 09.12.2020 N 61352). URL.: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74924227/ (дата обращения: 30.05.2021).

45. Приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 30.04.2021 N 145 «Об утверждении Правил обеспечения безопасности перевозок автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 N 63707). URL:

https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400735637/ (дата обращения: 08.06.2021).

46. Приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 15 января 2021 г. № 9 «Об утверждении Порядка организации и проведения предрейсового или предсменного контроля технического состояния транспортных средств». URL: http://ivo.garant.ru/#/document/400818357/paragraph/1:1 (дата обращения: 07.06.2021).

47. Приказ Федерального дорожного агентства (Росавтодор) от 9 апреля 2013 г. № 85 «О внесении изменений в сводной перечень объектов, направленных на прирост количества населённых пунктов, обеспеченных постоянной круглогодичной связью с сетью автомобильных дорог общего пользования по дорогам с твёрдым покрытием на 2013 год». URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70273124/ (дата обращения: 29.06.2017).

48. Паспорт национального проекта «Безопасные и качественные автомобильные дороги» (утверждён президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16). URL: http: http://government.ru/info/35558/ (дата обращения: 15.04.2019)

49. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12 2018 № 16). URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/ (дата обращения: 07.06.2021).

50. Решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 N 877 (ред. от 28.05.2015) «О принятии технического регламента Таможенного союза «О безопасности колесных транспортных средств». URL: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12091137/ (дата обращения: 10.02.2017).

51. Абалкин Л.И. Политическая экономия и экономическая политика / Л.И. Абалкин. – Москва: Мысль. – 1970. – 231 с.

52. Аверин А.Н., Волгин Н.А., Храпылина Л.П. Социальная политика в муниципальных образованиях. Монография. – М.: Альфа-Пресс, 2006.

53. Аганбегян А.Г. Как возобновить социально-экономический рост в Россию? Научные труды Вольного экономического общества России. – 2020. – Т. 222. – № 2. С. 164–182.

54. Аганбегян А.Г. О приоритетах социальной политики / А.Г. Аганбегян. – М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2020. – 512 с.

55. Аганбегян А.Г. О целевой направленности региональной стратегии социально-экономического развития // Экономические стратегии. – 2020. – Т. 22. № 1 (167). – С. 6–17.

56. Аганбегян А.Г. Постпандемическое восстановление российской экономики и переход к устойчивому социально-экономическому развитию / А.Г. Аганбегян, А.Н. Клепач, Б.Н. Порфирьев, М.Н. Узяков, А.А. Широв // Проблемы прогнозирования. – 2020. – № 6 (183). – С. 18–26.

57. Арманшина Г.Р., Голоктионова Ю.Г. Диспропорции социально-экономического развития регионов России: монография / Арманшина Г.Р., Голоктионова Ю.Г., Ильминская С.А. и др.; Министерство высшего образования и науки Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет экономики и торговли». – Орел: ОрелГУЭТ, 2018. – 159 с.

58. Аронов Никита, Лоссан Андрей. Дорогой инновации // Коммерсант. Дорожное строительство. – 2013. – № 224. – С.23.

59. Артамонова Г.В., Гебель В.А. Повышение качества медицинской помощи на основе управления ресурсным обеспечением учреждений здравоохранения. Научные труды ежегодной научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения». 28–30 мая 2002 г. – М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 2002. – С. 32–35.

60. Афанасьев В.С., Афанасьева Л.В. Некоторые проблемы теории социального государства. В кн.: Социальное государство: мировой опыт и реалии России. – М.: АТиСО, 2001.

61. Ахинов Г.А. Социальная политика [Текст]: учебное пособие / Г.А. Ахинов, С.В. Калашников. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 270 с.

62. Ахинов Г.А. Социальная функция государства в условиях рыночной экономики: вопросы теории и практики / Г.А. Ахинов, Д.А. Камилов. – М.: ИНФРА-М, 2006. – 278 с.

63. Ахинов Г.А., Мысляева И.Н. Экономика общественного сектора. – Москва: ИНФРА-М, 2019. – 374 с.

64. Ахунова И.Б., Гук Г.А. Формирование социально-адаптированной транспортной инфраструктуры для инвалидов в Республике Адыгея // Бюллетень транспортной информации. – 2017. – № 4 (262). – С. 3–6.

65. Бабич А. М. Социальная сфера в условиях перехода к рынку / А.М. Бабич, Е.Н. Жильцов, Е.В. Егоров; Под ред. Е.Н. Жильцова; Рос. акад. управления, Центр пробл. рыноч. экономики. – М.: РАУ, 1993. – 170 с.

66. Баглай М.В. Социальное государство: понятие функции. Материалы конгресса «Человек: социальная политика в период осуществления экономических реформ». – М.: 1994. – С. 15–20.

67. Бакли Брюс, Хопкинс Эдвард Дж., Уайтекер Ричард. Погода (энциклопедический путеводитель). – М.: Махаон, 2007. – 304с., ил.

68. Балабаева И. Обсуждение социально-экономических проблем транспортной отрасли. Автомобильный транспорт. – 2014. – № 7. – С.8–13.

69. Бальзанников М.И., Галицков К.С., Дормидонтова Т.В. Пути улучшения качества автомобильных дорог: Сборник статей. – Самара. Самарский государственный архитектурно-строительный университет, 2015.

70. Баумгартен Л.В. Управление качеством в туризме: учебник для «Академия». 2010. – 304 с.

71. Бгатов А.П. Безопасность в туризме: учебное пособие. – М.: Форум, 2007. – 176 с. – (Высшее образование).

72. Берри Л. практика управления Mayo Clinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации / Л. Берри, К. Селтман; пер. с англ. А. Козлова. – М.: Манн, Иванов и Фербер; Эксмо, 2013. – 384 с.

73. Биржаков М.Б., Казаков Н.П. Безопасность в туризме. – СПб.: «Издательский дом Герда», 2008. – 208 с.

74. Блинкин М.Я., Решетова Е.М. Безопасность дорожного движения: история вопроса, международный опыт, базовые институции [Текст] / М.Я. Блинкин, Е.М. Решетова; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом высшей школы экономики, 2013. – 240 с.

75. Блинкин М.Я. Качество планирования городских транспортных систем в зеркале классических моделей теории транспортного потока // Городские исследования и практики. – 2015. – № 6 – С. 55 – 66.

76. Браймер Р.А. Основы управления в индустрии гостеприимства: [пер. с англ.] / Р.А. Браймер. – М.: Аспект Пресс, 1995. – 150 с.

77. Бровкина Марина. Спешит помочь // Российская газета. – 2019. – № 63. – С. 3.

78. Бродский Г.С., Сухоченков А.С., Бродская Е.С., Hale D. Расчёт оптимальных режимов работы светофорных объектов при управлении дорожным движением в городских условиях. – М.: АГА Group, 2007.

79. Васильева Анна. Хорошие дороги – залог роста экономики // Коммерсант. Business Guide. – 2012. – № 52. – С. 4.

80. Вишнякова Марина. Как внедрить в компании систему KPI // Генеральный директор. Персональный журнал руководителя. – 2012. – № 2. – С. 22–28.

81. Вишнякова Марина. Революция в системе мотивирования: от управления людьми к генерации смысла // Генеральный директор. Персональный журнал руководителя. – 2012. – № 12. – С. 30–35.

82. Владимиров С. Обновление автобусного парка РФ – одна из ключевых задач на современном этапе развития пассажирского транспорта // Автомобильный транспорт. – 2017. – № 9. – С. 26–27.

83. Восколович Н.А., Молчанов И.Н., Волкова А.А. и др. Туризм в меняющемся мире: / [монография] / под ред. Восколович Н.А. – М.: МГУ ТЕИС, 2010. – 141 с.

84. Габуева Л.А., Зимина Э.В. Оплата труда и мотивация в здравоохранении: эффективный контракт. М.: Изд-во «Проспект», 2015.

85. Габуева Л.А., Павлова Н.Ф. Демографическая ситуация и организация медицинской помощи в субъектах со значительной долей сельского населения. // Риск: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. – 2019. – № 3. – С. 96 – 103 с.

86. Габуева Л.А., Павлова Н.Ф. Реализация государственных полномочий в здравоохранении и их влияние на доступность стационарной помощи населению России. // Риск: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. – 2018. – № 2. – С. 106 – 111.

87. Габуева Л.А., Щербакова А.Д. и др. Формирование новых принципов экономики государственных полномочий для обеспечения качества услуг здравоохранения. // Профилактическая и клиническая медицина. – 2021. – № 1 (78). – С. 20 – 29.

88. Галанова Г.И., Стародубов В.И. Методологические технологии и руководство по управлению качеством медицинской помощи: монография. – Москва: Менеджер здравоохранения, 2011. – 207 с.

89. Галанова Г.И. Провозглашать принципы качества, не изменив принцип организации – ставить повозку впереди лошади. // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 5. – С. 62 – 65.

90. Глухов В.В. Государственно-частное партнёрство: теоретические основы, базовые принципы и практика реализации/под ред. д-ра экон. наук проф. В.В. Глухова – СПб.: Изд-во Политехнического университета, 2014. – 572 с.

91. Годунова Галина. Медицина на экспорт // Коммерсантъ. Guide. Здравоохранение. – 2014. – № 42. – С. 14.

92. Голубев С.В., Славгородская М.Ю., Хрусталёв А.А. Система государственной поддержки СО НКО как инструмент развития рынка социальных услуг. – М.: Грифон, 2017. – С. 15–27.

93. Гранник В. Пёстрая картина придорожного сервиса // Автомобильный транспорт. – 2017. – № 5. – С. 36–41.

94. Гринберг Р. Г., Егоров Е.В., Абрамова М.А., Ахапкин Н.Ю. и др. Российская социально-экономическая система: реалии и векторы развития: монография. – М.: ООО «Научно-издательский центр ИНФРА – М», 2021. – С. 596 с.

95. Гриценко Н.Н. Российская модель социального государства. В кн.: Социальное государство: мировой опыт и реалии России. – М.: АТиСО, 2001. – С. 3–8.

96. Губин Б.В., Воронов В.П., Ременцов А.Н. Состояние и перспективы развития транспорта для маломобильных групп населения. Вестник Московского автомобильно-дорожного государственного технического университета (МАДИ). – 2015. – № 2 (41). – С. 128–135.

97. Гусенко Марина. Острая ремонтная недостаточность // Российская газета. – 2018. – № 283 (7746). – С. 48.

98. Девятов М.М., Вилкова И.М. О критериях оценки потребительских качеств автомобильных дорог. Вестник Волгоградского государственного архитектурно-строительного университета. Серия: Строительство и архитектура. – 2006. – № 6. – С. 91–98.

99. Делмон, Джеффри. Государственно-частное партнёрство в инфраструктуре: практическое руководство для органов государственной власти / Джеффри Делмон. – Красноармейск: ГЕО-ТЭК, 2010. – 154 с.

100. Джек Митчелл. Обнимите своих сотрудников. Прививка от жёсткого менеджмента. Пер. с англ. А. Андреева. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 288 с.: прил.

101. Дмитриев Владимир. Не сбавляя скорости. // Дыхание Китая – Спецприложение к РГ. – 2014. – № 2. – С. А2.

102. Друкер П. Эффективный руководитель / Пер. с англ. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2007. – С. 73.

103. Дэниел Пинк. Драйв. Что на самом деле нас мотивирует. Пер. с англ. [И. Трифонова]. – Лон.: Альпина Паблишер, 2013. – 280с.: илл., табл.

104. Евстратов А. Э. Теория социального государства (основная идея) // Вестник Омского университета. Серия: Право. – 2015. – № 2. – С. 22–35.

105. Еганян Альберт. Инвестиции в инфраструктуру: Деньги, проекты, интересы. ГЧП, концессии, проектное финансирование. – М.: Альпина Паблишер, 2015. – 715 с.

106. Егоров Е.В., Арустамян Г.Н., Коваленко В.В. и др. Основы экономики здоровья населения России. Монография. – М.: Издательство «Креативная экономика», 2015. – 464 с.

107. Егоров Е.В., Жильцов Е.Н. Экономика и управление социальной сферой: учебник для бакалавров / под ред. д.э.н., проф. Е.Н. Жильцова, д.э.н., проф. Е.В. Егорова. – 2-е изд., стер. – Москва: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2020. – 496 с.

108. Жильцов Е.Н. Экономика общественного сектора и некоммерческих организаций / Е.Н. Жильцов. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1995. – 182 с.

109. Жильцов Е.Н. Основы формирования хозяйственного механизма в сфере услуг / Е.Н. Жильцов. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 191 с.

110. Жихарев А. Не хочу учиться! // За рулём. – 2018. – № 7. – С. 85.

111. Злотникова Е.В., Ладенко П.А., Лябах А.Ю., Мельков С.А. Анализ реализации программы «Доступная среда» в гор. Химки Московской области: проблемы и пути их минимизации // Государственное регулирование общественных отношений. – 2017. – Т. 20. – № 2 (20). – С. 42.

112. Зырянов С.Г., Шепелев В.А., Москвичёва М.Г., Саевец А.И., Соколова Г.В., Терещук Е.А., Удовлетворённость населения Челябинской области организацией и качеством медицинского обслуживания. (По результатам

социологического мониторинга). Монография. – Челябинск: Изд-во Челябинский институт (филиал) ФГОУВПО «Уральская академия государственной службы», 2009. – 240 с.

113. Ингатушин В.К. Качество дорог как фактор эффективного повышения качества услуг на автомобильном транспорте // Вестник тамбовского государственного технического университета. – 2011. – № 1. – С. 147–152.

114. Йескомб Э.Р. Государственно-частное партнёрство: основные принципы финансирования, перевод с английского под ред. Р.Ф. Яббарова. – М.: Альпина Паблишер, 2015. – 457с.

115. Калашников С.В., Ахинов Г.А. Социальная политика. – Москва: ТЭИС, 2015. – 326 с.

116. Калашников С.В. Функциональная теория социального государства / С.В. Калашников. – М.: ЗАО «Издательство «Экономика», 2002. – 190 с.

117. Каменева З.В. Проблема реализации и защиты права граждан медицинскую помощь: монография / З.В. Каменева; РПА Минюста России. – М.: РПА Минюста России, 2012. – 140 с.

118. Карелова Г.Н. Регионы должны поддерживать социальных предпринимателей / Г.Н. Карелова, С. Михайлова // Парламентская газета. – 2017. – № 21. – 2 июня. – С. 19.

119. Кейнс Дж.М. Общая теория занятости, процента и денег / Дж. М. Кейнс; [пер. с англ. Гребенников и др.]. – Москва: ЗАО «Бизнеском», 2013. – 402 с.

120. Кичеджи В.Н., Хатояма К. Москва: транспортные проблемы мегаполиса. – М.: ДПК Пресс, 2010. – 284 с.

121. Кларк, Джон Бейтс. Распределение богатства = The Distribution of wealth / Дж.Б. Кларк; Пер. с англ. Д. Страшунского и А. Бесчинского; под ред. Л.П. Куракова. – М.: Гелиос АРВ, 2000. – 367 с.

122. Ковалёв Валерий Анатольевич. Анализ удовлетворённости населения качеством медицинской помощи. Монография. – Москва: [б.и.], 2008. – 20 с.

123. Кондратьев В.Д. Модели и методы управления безопасностью дорожного движения. Диссертация на соискание учёной степени д.э.н. – М.: 2008. – 226 с.

124. Кораблёва Д.А., Полевая Н.М., Транспортная услуга «Социальное такси» как мера социальной поддержки лиц с ограниченными возможностями здоровья. Сборник: Основные парадигмы современного социально-гуманитарного знания. Материалы заочной межрегиональной научно-практической конференции. – 2013. – С. 192–196.

125. Круглов М.Г., Шишков Г.М. Менеджмент качества как он есть / М.Г. Круглов, Г.М. Шишков. – Москва: Eksmo education: Эксмо, 2006. – 539 с.

126. Кушлин В.И., Волгин Н.А. Экономическая и социальная политика: учебно-методический комплекс для подготовки магистров. Часть II. Социальная политика: учебник под общ. ред. Н.А. Волгина, В.И. Кушлина. – М.: Изд-во РАГС, 2010. – 560 с.

127. Лавлок Кристофер. Маркетинг услуг: персонал, технологии, стратегии / Пер. с англ. – 4-е изд. – М.: Вильямс, 2005. – 997 с.

128. Лапидус Л.В. Повышение качества услуг социальной сферы в современных условиях // Современные проблемы сервиса и туризма. – 2014. – Том 8. – № 2. – С. 34–41.

129. Лёш Август. Пространственная организация хозяйства / Август Лёш; под ред. А. Г. Гранберга; [пер. с нем. В. Н. Стрелецкого]; Российская акад. наук, Гос. науч.-исслед. учреждение «Совет по изучению производительных сил». – Москва: Наука, 2007. – 662 с.

130. Лист, Фридрих. Национальная система политической экономии / Соч. д-ра Фридриха Листа; Пер. с нем. под ред. К.В. Трубникова с его вступлением, примеч. и биогр. очерком Фр. Листа. – Санкт-Петербург: А.Э. Мертенс, 1891. – 452 с.

131. Лоссан Алексей. Назад в фонды. // Коммерсантъ. Дорожное строительство – тематический выпуск. – 2013. – № 224.

132. Мануйлова Анастасия. Смертный час // Коммерсантъ. Здравоохранение – тематический выпуск. – 2015. – № 101. – С. 13.

133. Марголин А.М. Методические подходы к оценке перспектив социальных инвестиций // Государственная служба. – 2014. – № 6 (92). – С. 44–48.

134. Марголин А.М. Экономическая оценка инвестиционных проектов. / Марголин А.М., Марголина Е.В., Спицына Т.А. – М.: Издательство «Экономика», 2018. – 334 с.

135. Маринин М.М. Туристские формальности и безопасность в туризме – М.: Финансы и статистика, 2004. – 144 с.: ил.

136. Маркс, К. Сочинения: в 30 т. / К. Маркс, Ф. Энгельс. – 2-е изд. – М.: Госполитиздат, 1960. – Том. 23. – VI. – 907 с.

137. Маркс, К. Сочинения: в 30 т. / К. Маркс, Ф. Энгельс. – 2-е изд. – М.: Госполитиздат, 1961. – Том 25 (Часть 1) – VI. – 545 с.

138. Маркс, К. Сочинения: в 30 т. / К. Маркс, Ф. Энгельс. – 2-е изд. – М.: Госполитиздат, 1962. – Том 25 (Часть 2) – VI. – 551 с.

139. Мау В.А. Кризисы и уроки. Экономика России в эпоху турбулентности. Москва: Изд-во Института Гайдара, 2016. – 485 с.

140. Мау В.А. Глобальный кризис и вызовы экономической политики современной России. – Москва: Дело, 2016. – 60 с.

141. Маховикова Г.А., Ефимова И.Ф. Государственно-частное партнёрство: зарубежный опыт и российские реалии – СПб.: Изд-во СПбГЭУ, 2013. – 251с.

142. Методические рекомендации по развитию институциональной среды в сфере государственно-частного партнёрства в субъектах РФ «Региональный ГЧП – стандарт». Авторский коллектив: М.В. Ткаченко, Н.А. Долгов, Г.А. Борщевский, Р.Э. Шабаев. Под ред. П.Л. Селезнёва – доцента кафедры экономической политики и ГЧП МГИМО. – М.: Центр развития государственно-частного партнёрства, 2014 – 52 с.

143. Милецкий В.П. Конституционные основы социального государства. В кн. Социальное государство: мировой опыт и реалии России: Метериалы

ежегодной научной конференции юридического факультета 19–20 декабря 2000 г. / Под общ. ред. Г. А. Николаева. – М.: Академия труда и социальных отношений, 2001. – 142 с.

144. Милецкий В.П. Социальное государство: Эволюция теории и практика, полит.-социол. анализ: диссертация ... доктора политических наук: 22.00.05. – Санкт-Петербург: 1998. – 350 с.

145. Милецкий В.П. Социальное государство: эволюция идей, сущность и перспективы становления в современной России. В кн. Политические процессы в России в сравнительном измерении. Вып. 1. – СПб., 1997.

146. Михалкина Е.В. Экономика общественного сектора: Учебник для бакалавров, Е.В. Михалкина. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К». – Ростов-на-Дону: Наука – Спектр, 2015. – 336 с.

147. Мокина А. Человек ездит как живёт. // Автомобильный транспорт. – 2015. – № 5. – С. 50–54.

148. Морошкина Марина Валерьевна. Региональные различия в темпах социально-экономического развития: причины и формы воздействия: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.05 / Морошкина Марина Валерьевна; [Место защиты: Ин-т проблем регион. Экономики РАН]. – Петрозаводк, 2008.

149. Москалева Н.Б. Управление качеством медицинской помощи населению, оказываемой с использованием автомобильного транспорта. Монография. – М.: МАКС Пресс, 2015. – 112 с.

150. Москалева Н.Б. Экономические и организационно-технические методы обеспечения безопасной перевозки туристов автомобильным транспортом. Монография. – М.: ДПК Пресс. 2012. – 448 с., ил.

151. Москалева Н.Б. О необходимости и эффективности увеличения финансовых вложений в строительство российских дорог. // Экономический анализ: теория и практика. – 2013. – № 37. – С. 46–50.

152. Москалева Н.Б. Доступность медицинской помощи населению, оказываемой с использованием автомобильного транспорта – ключевой

показатель качества медицинских услуг. // Инновации и инвестиции. – 2014. – № 7. – С. 188–193.

153. Назаров Андрей. Административные барьеры мешают инвесторам. Бизнес и власть – экономическое приложение к РГ Бизнес. – 2014. – № 25. – С. 9.

154. Носов В.П. Основные тенденции в строительстве цементо-бетонных покрытий на автомобильных дорогах. Наука и техника в дорожной отрасли. – 2011. – № 4. – С. 1–3.

155. Овсянко Д. В. Управление качеством: учебное пособие / Д.В. Овсянко; Санкт-Петербургский гос. ун-т, Высш. шк. менеджмента. – Санкт-Петербург: Высшая школа менеджмента. 2011. – 203 с.

156. Основы организации и оказания скорой медицинской помощи при тяжёлых сочетанных повреждениях пострадавшим вследствие ДТП/ГУ. Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелизде. 2-е изд. с изм. и доп. – СПб., 2011. – 112 с.

157. Отчёт Минтранса РФ за 2018 // Автомобильный транспорт. – 2019. – № 3. – С. 24–33.

158. Панова С.А., Биглов Р.Р., Науменко Э.В. Анализ состояния мирового природного рынка газа // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2019. – № 9. – С. 18–27.

159. Парето Вильфредо. Учебник политической экономии: Вильфредо Парето; предисловие чл.-корр. РАН В.С. Автономова; перевод с французского: [А. А. Зотов, В. Л. Силаева]. – 2-е изд. – Москва: РИОР: ИНФРА-М, 2018. – 591 с.

160. Петрова Арина. Мишень спасения // Коммерсантъ. Здравоохранение – тематический выпуск. – 2014. – № 205. – С. 21, 25.

161. Перепелица Оксана. Перепутали газ с тормозом. Экономика. Коммерческий транспорт – Спецвыпуск редакции «Российская газета». – 2015. – № 66. – С. А8.

162. Пеньшин Н.В. Поддержание оптимального уровня качества и оценки состояния автомобильных дорог // Вопросы современной науки и практики. Университет им. В.И. Вернадского. – 2009. – № 1 (15). – С. 134–140.

163. Перепелица Оксана. Перепутали газ с тормозом. // Экономика. Коммерческий транспорт – Спецвыпуск редакции «Российская газета». – 2015. – № 66. – С. А8.

164. Пигу Артур Сесил. Экономическая теория благосостояния: перевод с английского / вступ. ст. д-ра эконом. наук Г.Б. Хромушина; общ. ред. канд. эконом. наук С.П. Аукуционека. – Москва: Прогресс, 1985. – Т. 1. –1985. – 512 с.

165. Пигу Артур Сесил. Экономическая теория благосостояния: перевод с английского / вступ. ст. д-ра эконом. наук Г.Б. Хромушина; общ. ред. канд. эконом. наук С.П. Аукуционека. – Москва: Прогресс, 1985. – Т. 2. –1985. – 454 с.

166. Пиддэ А.Л., Саркисян А.Г., Злодеева Е.Б. Ситуация в здравоохранении России: оценка врачей. Социальная политика и социальное партнёрство. – 2016. – № 6. – С. 8–20.

167. Пикетти Томас. Капитал в XXI веке / Томас Пикетти. – Москва: АД Маргинем Пресс, 2016. – 592 с.

168. Попович Лариса. Не страхом, а мотивацией // Фармацевтика. – Спецвыпуск редакции «Российская газета». – 2014. – № 247. – С. А1, А3.

169. Проект «Безопасные дороги» партии «Единая Россия» при участии Инициативного фонда «Зебра» (За Европейскую безопасность Российских дорог). Программа «Цель-ноль». – Москва 2009. – 46 с.

170. Прощаев К.И. Качество медицинской помощи и его оценка: Метод. рек. – Белгород, 2008. – 22 с.

171. Проблемы здравоохранения села: коллективная монография. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2012. – 208 с.

172. Порфирьев Б.Н., Ивантер В.В., Белкина Т.Д. и др. Восстановление экономического роста в России. Монография/Научный доклад. – М.: Издательство: Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт народнохозяйственного прогнозирования Российской академии наук, 2016. – 32 с.

173. Плохова И.А. Развитие гражданского общества как фактор доступности предоставления социальных услуг людям с ограниченными

возможностями (на примере г. Ульяновска) // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 987.

174. Решетников А.В., Шамшурина Н.Г., Шамшурин В.И. Экономика и управление в здравоохранении: учебное пособие / Решетников А.В., Шамшурина Н.Г. и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство «Юрайт», 2020. – 328 с.

175. Розанваллон П. Новый социальный вопрос. – М.: Издательство «AD Marginet», 1998.

176. Российский статистический ежегодник. 2014: Стат. сб. / Росстат. – М.: 2014. – 693 с.

177. Российская социально-экономическая система. Реалии и векторы развития: монография / Гринберг Р.С., Абрамова М.А., Андрианов В.Д. и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ИНФРА-М, 2019. – 596 с.

178. Рубинштейн А.Я. Экономика общественных преференций. Структура и эволюция социального интереса. – СПб.: Алетейя, 2008. – 559 с.

179. Сабанов В.И., Грибина Л.Н., Багмегов И.П. Качество медицинской помощи на современном этапе: мнение медиков и пациентов. Научные труды ежегодной научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения». 28–30 мая 2012 г. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2002.

180. Самуэльсон, Пол А. Экономика. / П. Самуэльсон. – М.: НПО «Алгон», 1997. – 331 с.

181. Сапронов Ю.Г. Безопасность жизнедеятельности: обеспечение безопасности в туризме и туристской индустрии: учебное пособие / Ю.Г. Сапронов, И.А. Занина, О.В. Соколовская. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 277 с: ил. – (Высшее образование).

182. Самуэльсон, Пол А. Экономика: [перевод с английского] / Пол Э. Самуэльсон, Вильям Д. Нордхаус. – Москва: Вильямс, 2015. – 1358 с.

183. Селезнёв П.Л. Развитие государственно-частного партнёрства в субъектах РФ. // БСТ: Бюллетень строительной техники. – 2014. – № 5 (957). – С. 46–49.

184. Селезнёв П.Л. Государственно-частное партнёрство и его эффективность в институциональных преобразованиях экономики. Диссертация на соискание учёной степени к.э.н. / Московский государственный индустриальный университет. – Москва: 2009. – 157 с.

185. Смит, Адам. Исследование о природе и причинах богатства народов: перевод с английского. / Адам Смит. – Москва: АСТ, 2021. – 958.

186. Смирнов Олег. Эта служба неопасна, но трудна. URL:http://www.AIF.ru (дата обращения: 15.05.2018).

187. Социальная политика России / Храпылина Л.П., Волгин Н.А., Бабич А.М., Щербаков А.И. и др. – Москва: КНОРУС, 2011. – 362 с.

188. Солонин А.В. Повышение эффективности деятельности медицинской организации за счет применения современных технологий управления и внедрения систем менеджмента качества. // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 1. – С. 96–99.

189. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2017: Стат.сб./Росстат – М., 2017. – 332 с. Источник: Электронный ресурс: URL:http://www.fedstat.ru/indicator/3318# (дата обращения: 19.03.2018).

190. Сочнева Е.Н. Основные формы и направления совершенствования социальной политики государства: монография / Е.Н. Сочнева; Академия труда и социальных отношений. – Москва: АТиСО, 2008. – 194 с.

191. Сохроков Тембот Хаутиевич. Развитие социальной сферы услуг посредством государственно-частного партнерства: Монография. – Краснодар: Южный институт менеджмента, 2011. – 183 с.

192. Справка Экспертно-аналитического центра при Общественной палате РФ от 10 октября 2017 г. URL:http://www.oprf.ru/press/ news/2017/newsitem /42480 (дата обращения: 18.03.2018).

193. Стародубов В.И., Галанова Г.И. Управление качеством медицинской помощи теория и практика. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2015. – 322 с.

194. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В. и др. Влияние короновируса Covid-19 на ситуацию в российском здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 58 – 71.

195. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина, Г.Э. Улумбековой и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 624 с. (Серия «Национальные руководства»).

196. Стиглиц Дж.Ю. Экономика государственного сектора: пер. с англ. Г.М. Куманин. / Дж.Ю. Стиглиц. – М.: Изд-во Моск. ун-та: ИНФРА-М, 1997. – 718 с.

197. Строительство дорог. Сравнительный анализ // Коммерсант Business Guide. – 2012. – № 52. – С. 8–9.

198. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2017: Стат. сб. / Росстат – М.: 2017. – 332 с.

199. Татарников М.А. Руководство по управлению качеством медицинской помощи. // Приложение к журналу «Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи», 2012. – 383 с.

200. Ткаченко Максим. Ситуация. // Государственно-частное партнёрство – экономическое приложение к РГ Бизнес. – 2014. – № 22. – С. 9.

201. Ткаченко Максим. Правила игры. // Государственно-частное партнёрство–экономическое приложение к РГ Бизнес. – 2014. – № 43. – С. 9.

202. Тойн П., Ньюби П. Методы географических исследований [Текст]; Перевод с англ. Ю.Г. Липеца и Н.Н. Чижова; Ред. и предисл. Ю.В. Медведкова. – Москва: Прогресс, 1977.

203. Торлопов В.А. Социальное государство в России: идеалы, реалии, перспективы. – Спб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1999. – 361 с.

204. Транспортная политика индустриально развитых стран. Транспортная политика Нидерландов на период до 2020 года.

URL:http:/www.mintrans.ru/presse/Trans Strat_Foreign_Experiens_3_3 htm (дата обращения: 21.12.2009).

205. Транспорт – 2050 // Коммерческий транспорт – Спецвыпуск редакции «Российская газета». – 2013. – № 66. – С. А6.

206. Улумбекова Гузель, Белостоцкая Светлана. Это приведёт к 380 тыс. дополнительных смертей. // Коммерсантъ. Здравоохранение–тематический выпуск. – 2014. – № 223. – С. 17, 22.

207. Филиппов В.М., Савчин В.М., Будочкина С.А. О существовании вариационных принципов для эволюционных дифференциально-разностных уравнений / Труды математического института им. В.А. Стеклова РАН. – 2013. – Т. 283. – С. 25.

208. Фурсова Ирина. Доход с обочин. Бизнесу предстоит наладить придорожный сервис. URL:http://business.rg.ru (дата обращения: 25.04.2014).

209. Хацева, А.Д. Повышение качества услуг на предприятиях туризма // Индустрия туризма: возможности, приоритеты, проблемы и перспективы. – 2018. – № 1. – С. 101–105.

210. Холловей Дж. Кристофер, Тейлор Н. Туристический бизнес. Перевод с 7-го англ. изд. – Киев: Знання, 2007. – 798 с.

211. Храпылина Л.П. Реабилитация инвалидов. Монография. – М.: Экзамен, 2006. – 415 с.

212. Храпылина Л.П., Пузин С.Н., Меметов С.С. и др. Исследование факторов, определяющих реабилитационный потенциал инвалида в практике медико-социальной экспертизы. // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 1. – С. 81 – 87.

213. Храпылина Л.П. Управление деятельностью в здравоохранении: учебное пособие / Под общ. ред. Л.П. Храпылиной. – М.: Юстицинформ, 2019. – 160 с.

214. Чемеринская Юлия. Как заинтересовать сотрудников, которые скептически относятся к любым видам мотивации. // Генеральный директор, персональный журнал руководителя. – 2012. – № 4. – С. 26–29.

215. Шамшурина Н.Г. Зарплату руководителя привязали к окладам подчинённых. Как сохранить доход. // Здравоохранение. – 2017. – № 3. – С. 36 – 41.

216. Шамшурина Н.Г., Воропаева Л.А., Жукова М.В. Формирование перечня видов выплат стимулирующего характера и разработка индикаторов интенсивности, результативности и качества выполняемых работ персоналом медицинского учреждения // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. – 2011. – № 2 – 1. – С. 485 – 494.

217. Шамшурина Н.Г., Жилина Т.Н. К вопросу о совершенствовании качества организации и оказания медицинской помощи. // Социология медицины. – 2018. – Том 17. – № 2. – С. 114 – 121.

218. Шигарева Юлия, Борта Юлия, Истомина Светлана и др. Хватит ли земских докторов? Главные проблемы медицины на селе // Еженедельник Аргументы и факты. – 2018. – № 49. – С. 20–21. URL: https://aif.ru/society/healthcare/hvatit_li_zemskih_doktorov_glavnye_problemy_mediciny_na_sele (дата обращения: 11.12.2018).

219. Шмелёва Елена. Большинство проектов умирает на ранних стадиях. // Государственно-частное партнёрство – экономическое приложение к РГ Бизнес. – 2014. – № 10. – С. 7.

220. Щепетова С. Е. Менеджмент и экономика качества: от естественного к формальному, от формального к естественному / С.Е. Щепетова. – Москва: URSS, 2004. – 508 с.

221. Эванс, Джеймс. Управление качеством : учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Менеджмент организации» / Джеймс Эванс; перевод Э.М. Короткова; под редакцией Э.М. Короткова. – Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. – 672 с.

222. Эволюция теории и практики «Государства благосостояния» в 80-е годы: [Сб. обзоров / Ред.-сост. В. С. Ажаева]. – М.: ИНИОН, 1991. – 190 с.

223. Янковский Л.В., Рапопорт П.Б., Кочетков А.В. Мониторинг состояния цементных дорожных конструкций: монография. – Пермь: Изд-во Пермского научно-исследовательского политехнического университета, 2012. – 235 с.

224. Adendorf W., Lenk K. Einführung in die Politische Wissenschaft. – München, 1971. – P. 86.

225. Albalate D., Bel. G. Tourism and urban public transport: holding demand pressure under supply constraints // Tourism Management. – 2010. – Vol. 31. – № 3. – P. 425–433.

226. Amitai Etzioni. Essays in Socio-Economics. – N.Y.: Springer, 1999. – 181 p.

227. Andersen, Jørgen Goul.Welfare States and Welfare State Theory. – Aalborg: Centre for Comparative Welfare Studies, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet, 2012. – 215 p.

228. Aranha Vevita Priya, Venkateswaran C. The impact of human resource and quality management in health care: A Review //International Journal of Pharmaceutical Research. 2020. – Vol. 12. – № 4. – P. 74–78.

229. Assessment of problems and ways to ensure transport accessibility of low-mobility population groups (for example, the «social taxi» service). Оценка проблем и способов обеспечения транспортной доступности маломобильных групп населения (на примере услуги «Социальное такси»). Moskaleva N.B., Zaitseva N.A., Larionova A.A., Kurkina N.R., Novikov A.I., Povorina E.V. // ESPACIOS. (Sociacion de Profesionales y Tecnicos del Conicin). – 2018. – Т. 39. – № 1. – С.14–23.

230. Atkinson A.B. Incomes and the welfare states: Essays on Britain and Europe. – Cambridge: Cambridge University press, 1995. – 368 p.

231. Atkinson A.B., Martin Rein. Age, work and social security. – New York: St. Martin's Press, 1993. – 324 p.

232. Bair H. Ehrlichkeit im Sozialstaat. – Zurich: 1988. – 152 p.

233. Begicheva S.V. Fuzzy Model for Evaluating the Quality of Medical Care. IEEE 21st Conference on Business Informatics (CBI). – 2019. – Vol. 02 – P. 5–8. URL: https://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=8808016 (дата обращения: 08.05.2021)

234. Bergh, Andreas. The Universal Welfare State**:** Theory and the Case of Sweden // Political Studies. – 2004. – Vol. 52. – № 4. – P. 745–766.

235. Berg-Schlosser Dirk, Quenter Sven. Macro-Quantitative vs Macro-Qualitative Methods in Political Science – Advantages and Disadvantages of Comparative Procedures using the Welfare-State Theory as an Example // *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*. – 1996. – Vol. 21 (1). – № 77. – P. 3–25.

236. Beveridge W. Full Employment in Free Society. – London: Allen & Unwin, 1944. – 440 p. URL: https://archive.org/details/ in.ernet.dli.2015. 228995/page/n3/mode/2up (дата обращения: 10.02.2018).

237. Berwick D.M. Continuous improvement as a ideal in health care. – N.England: S.Med, 1989. – P. 53–56.

238. Braun H., Niehaus M. Sozialstaat. Bundesrepublik Deutschland auf dem Weg nach Europa: Beiträge zum dritten Sozialpolitischen Symposion Trier (Trierer Schriften zu Sozialpolitik und Sozialverwaltung). – Frankfurt am Main, 1990. – 194 p.

239. Brown C.V. Public Sector Economics / C.V. Brown, P.M. Jackson. – 4-th edition. – Oxford UK & Cambridge, 1990. – 622 p.

240. Bryson L. Welfare and the State. – New York: St. Martin's Press, Inc., 1992. – 253 p.

241. Castles Francis. G. The Social Democratic Image of Society: A study of the achievements and origins of Scandinavian Social democracy in comparative perspective. – London: Routledge & Kedan Paul Ltd, 1978. – 184 p.

242. Churchman with R.L. Ackoff and E.L. Arnoff. Introduction to Operations Research. – N.Y.: John Willy and Sons, Inc., 1957.

243. Cononey M., Gannon S., Wolsh D. An evolution of the taxi service available to wheelchair users // Irish Medical Journal. – 2007. – Vol. 6. – № 100. – P. 7–12.

244. DCunha Sweta, Suresh Sucharitha, Kumar Vijaya. Service quality in healthcare: Exploring servicescape and patients' perceptions // International Journal of Healthcare Management. – 2021. – Vol. 14. – № 1. – P. 35–41.

245. De Oña J. Understanding the mediator role of satisfaction in public transport: a cross-country analysis // Transport Policy. – 2020. – Vol. 100. – P. 129–149.

246. Dell'Olio L., Ibeas A., Cecin P. The quality of service desired by public transport users // Transport Policy. – 2011. – Vol. 18. – № 1. – P. 217–227.

247. Diana M., Duarte A., Pirra M.. Transport quality profiles of European cities based on a multidimensional set of satisfaction ratings indicators // Transportation Research Record. – 2017. – Vol. 2643. – № 1. – P. 84–92.

248. Eboli L., Mazzulla G. Service quality attributes affecting customer satisfaction for bus transit // Journal of Public Transportation. – 2007. – Vol. 10. – № 3. – P. 21–34.

249. Edwards D., Cheng M., Wong I.A., Zhang J., Wu Q. Ambassadors of knowledge sharing: co-produced travel information through tourist-local social media exchange // International Journal of Contemporary Hospitality Management. – 2017. – Vol. 29. – № 2. – P. 690–708.

250. Esping – Andersen G. The three worlds of welfare capitalism/ Gøsta Esping-Andersen. – Princeton (N.J.): Princeton univ. press., 1990. – 248 c.

251. Faisal Babu, Sam Thomas. Quality management practices as a driver of employee satisfaction: exploring the mediating role of organizational image // International Journal of Quality and Service Sciences. – 2021. – Vol. 13. – № 1. – P. 157–174.

252. Feduzi, A., Runde, J. The uncertain foundations of the welfare state // Journal of Economic Behavior and Organization. – 2011. – Vol. 80. – № 3. – P. 613–627.

253. Forshoff E. Rechtsstaat im Walder. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 1964. – 227c.

254. Fujita Nanako. Welfare society and welfare state in the Japanese-type discourse on civil society // Evolutionary and Institutional Economics Review. – 2019. – Vol. 16. – № 2. – P. 503–521.

255. Furniss N., Tilton T. The Case for the Welfare State. From Social Security to Social Equality. – Bloomington – London: Indiana University Press, 1977. – 249 p. URL.:https://archive.org/details/caseforwelfarest0000furn/page/n9/mode/2up (дата обращения: 05.07.2019).

256. Gal-Tzur A., Bar-Lev S., Shiftan Y. Using Question & Answer forums as a platform for improving transport-related information for tourists // J. Travel Res. – 2019. – Vol. 59. – № 7. – P. 1221–1237.

257. Gremers M.L.A.G., Klein Haneveld W.K., Van der Vlerk M.N. A Two – stage Model for a Day – ahead Paratransit Planning Problem // Elektronic Notes in Discrete Mathematics. – 2006. – № 25. – P. 35.

258. Gronau W., Kagermeier A. Key factors for successful leisure and tourism public transport provision // Journal of Transport Geography. – 2019 – Vol. 15. – № 2. – P. 127–135.

259. Halkias John and Schauer Michael. Red Light, Green Light. Public Roads Journal. U.S. DOT. November/December 2004.

260. Health at a Glance 2011: OECD Indicators.− OECD Publishing. 2011-200p.

261. Holden C. Global social policy: an application of welfare state theory // Journal of International and Comparative Social Policy. – 2018. – Vol. 34. – № 1. – P. 40–57.

262. Inman Robert P. Managing the Service Economy: Prospects and Problems. – New York: Cambridge University Press, 1989.

263. Jensen Carsten. Policy Punctuations in Mature Welfare States // Journal of Public Policy. Cambridge University Press. – 2009. – Vol. 29 (3). – P. 287–303.

264. Kenen P.B. The international economy / P.B. Kenen. – Cambridge: Cambridge University Press, 1994. – 621 p.

265. Kirshfink H., Hernandez J., Boero M. Intelligent traffic management models, 2000, Aachen, Germany.

266. Lampman, Robert J. The share of top wealth-holders in national wealth, 1922–1956. – Princeton: Princeton University Press, 1962. – 286 p.

267. Magdalena Petronella (Nellie) Swart. Providing Service Quality and Customer Care in Tourism Businesses. The Emerald Handbook of Entrepreneurship in Tourism, Travel and Hospitality. – Bingley: Emerald Publishing Limited. – 2018. – № 11. – P. 191–206.

268. María del Carmen Valls Martínez, Alicia Ramírez-Orellana, Mayra Soledad Grasso. Health Investment Management and Healthcare Quality in the Public System: A Gender Perspective // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2021. – Vol. 18. – 230 p.

269. Marschall T.H. Citisenship and social class and other essays – Cambridge: Cambridge University Press – 1950. – 176 p.

270. Marschall T.H. Values problems of Welfare Capitalism. N.Y., 1981, – P. 104–122.

271. Mizrahi, S., Yuval, F. Cohen, N. Alternative politics and attitudes toward the welfare state: Theory and empirical findings from Israel // Politics and Policy. – 2014. – Vol. 42. – № 6. – P. 850–888.

272. Mazelis L., Mazelis A., Yakovleva D., Shamshurina N. and others. Api – sociology and google global society: confluence of factors for political and economic awareness. В сборнике: 2018 IEEE 12th International Conference on Application of Information and Communication Technologies (AICT). AICT 2018. Institute of Electrical and Electronics Engineers Inc., – 2018. – С. 8747036.

273. Morse with G.E. Kimball. Methods of Operations Research. – N.Y.: The Technology Press and John Wiley & Sons Inc., 1951. – 158 p.

274. Murray J. A sistem analysis of Access-A-Ride, New York Citys paratransit servis // Journal of Transport and Health. – 2009. – № 6. – P. 177–186.

275. National Healthcare Quality Report.−U.S. Department of Health and Human Services.− AHRQ Publication. NO.12–0005.−March, 2012. – 230 p.

276. Neumann F. Sozialer Rechtsstaat. 1932.

277. Ofner J. Studien sozialer jurisprudens. Wein, 1894.

278. Pape, R.H. Touristry: A Type of Occupational Mobility. // Social Problems. −1965. − № 11. – P. 336 – 344.

279. Patrycja Ręba. Quality management in health care // Journal of Education, Health and Sport. – 2021. – Vol. 11. – № 3. – P. 11–15.

280. Patricia Frericks. «Machinery» or «spirit» of the welfare state: institutional change as institutional inertia // International Journal of Sociology and Social Policy. – 2017. – Vol. 37. – № 5/6. – P. 341–352.

281. Peter Koslowski, Andreas Follesdal. Restructuring the Welfare State**:** Theory and Reform of Social Policy. – Berlin, Heidelberg: Springer, 1997. – 2012.

282. Perret B., Roustang F. L'Economie centre la societe. Paris: Gllimard, 1976. – 315 p.

283. Porter, M. E. Competitive Advantage of Nations / M. E. Porter. – New York: Free Press, 1990. – 855 p.

284. Pureto V. The Mind and Society: A Treatise on General Sociology. – N.Y.: Dover Publications, Inc., 1935. – 1155 p. URL: https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.118834/mode/2up (дата обращения: 20.09. 2019).

285. Ram Yael, Gal-Tzur Ayelet, Rechavi Amit. Identifying attributes of public transport services for urban tourists: A data-mining method // Journal of Transport Geography. – 2021. – Vol. 93. – P. 14–21.

286. Robert M., Solow. A. Contribution to the Theory of Economic Growth // Quarterly Journal of Economics. – 1956. – Vol. 70. – № 1. – P. 65–94.

287. Simon Kuznets. Economic Growth and Income Inequality // American Economic Review. – 1955. – Vol. 45. № 1. – P. 1–28. URL: https://www.jstor.org/stable/1811581?seq=1 (дата обращения: 05.05.2017).

288. Stein L. von. Gegenwart und Zukunft des Rechts – und Staatswissenschaft Deutschlands. – Stuttgart: J.G. Cotta, 1876. – 339 p. URL: https://archive.org/details/gegenwartundzuk00steigoog/page/n357/mode/2up (дата обращения: 24.10.2018).

289. Stiglitz J.E. Economics of the Public Sectors / J.E.Stiglitz. – New York: W.W. Norton, 1986. – 599 p.

290. Software could improve transport for rural dwellers // Engineer. – 2010 – № 10. – P. 15–23.

291. Swart Magdalena Petronella, Roodt, Gerhard. Mapping the constructs of a business tourist service quality scorecard model // Journal of Convention & Event Tourism. – 2020. – Vol. 21. – № 1. – P. 26–56.

292. Takayama M. Future eco-friendly transport system – where the car–sharing business is and where it is going // Traffic Engineering. – 2009. – Vol. 44. – № 5. – P. 14–19.

293. The Use Of Digital Technologies To Improve The Quality Of The «Social Taxi» Services. Moskaleva Natalia B., Zaitseva Natalia A., Vinogradova Marina V., Larionova Anna A., Kuljamina Olga S., Dashkova Elena V., Popovich Alexey E. // Modern Journal Of Language Teaching Methods. – 2018. – Vol. 8. – Issue 5. – P. 43–55.

294. Thomas Piketty, Gilles Postel-Vinay, Jean-Laurent Rosenthal. Wealth Concentration in a Developing Economy: Paris and France, 1807–1994 // American Economic Review. – 2006. – Vol. 96. – № 1. – P. 236–256.

295. Thomas Piketty. Capital in the twenty-first century. (Translated by Arthur Goldhammer) – Cambridge Massachusetts London, England: The Belknap Press of Harvard University Press, 2014. – 452 p.

296. Tripathi Shalini Nath, Siddiqui Masood H. // International Journal of Healthcare Management. – 2020. – Vol. 13. – P. 133–144.

297. Wajahat Hussain. Healthcare Quality Management System in Pakistan. // The International Journal of Frontier Sciences. – 2019. – Vol. 3. – № 2. – P. 74–77.

298. Wehner B. Der neue Sozialstaat: Vollbeschäftigung, Einkommensgerechtigkeit und Staatsentschuldung. – Oplagen: Springer Nature Customer Service Center LLC, 1992. – 248 p.

299. Werner F. Wandelt sich die Funktion des Rechts im sozialen Rechstaat, 1966.

300. Yasunori Tanabu. 田名康範. Several Currents of Welfare State Theory Among Japanese Conservatives: Especially in the 1950 / 日本の保守勢力における福祉国家論の諸潮流 // 社会政策 // Social Policy and Labor Studies. – 2011. – Vol. 2. – № 3. – P. 67.

301. Zhang Chi, Qiao Xiangjie, Chen Xianfeng. A Big Data based Decision Framework for Public Management and Service in Tourism. 2020 IEEE 20-th International Conference on Software Quality, Reliability and Security Companion (QRS-C) QRS-C Software Quality, Reliability and Security Companion (QRS-C), 2020 IEEE 20th International Conference. December. – 2020. – P. 550–555.

302. Zhong-Ren Peng, Edward Beimborn. A breakeven analysis for statewide ITS project identification and assessment. Center for Urban Transportation Studies/University of Wisconsin-Milwaukee, 2000.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Порядок применения Методики периодической оценки социально-экономической эффективности программ (мероприятий) по повышению качества медицинской помощи с использованием автотранспорта для населения, проживающего и/или работающего в отдалённых труднодоступных местах

Оценка изначальных и последующих значений качества медицинской помощи, ключевых показателей качества

Применение Методики следует начинать с коллегиального определения изначального (базового) значения в баллах каждого из пяти ключевых показателей качества, базового значения качества медицинской помощи с использованием автотранспорта. Оценку рекомендуется проводить в баллах в диапазоне от «1» (одного) балла до «5» (пяти) баллов. При этом неизменность изначальных (базовых) данных за время от предыдущей оценки (через год или другой плановый период времени) означает, что никаких позитивных изменений за период от предыдущей оценки качества не произошло, а «5» баллов – достижение максимально возможного уровня качества. Изначальную и последующие периодические оценки показателей качества и медицинской помощи в целом следует проводить силами администрации соответствующего органа здравоохранения, администрации медицинской организации (в том числе

станции скорой помощи) или путём привлечения независимых экспертов. Для объективности оценки качества медицинской помощи и отдельных ключевых индикаторов процессы анализа и подведения итогов комиссии от администрации целесообразно осуществлять совместно (либо параллельно с последующим сравнением данных) с общественным советом, осуществляющим независимую оценку качества медицинских услуг в соответствии с введённой в июле 2014 года статьей 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Оптимальным вариантом является совместная (комиссии от администрации и общественного совета) и взаимоприемлемая оценка качества медицинской помощи, отдельных индикаторов по Методике. Особенно важна совместная оценка изначальных (базовых) значений показателей качества медицинских услуг и уровня медицинской помощи в целом. Их оценивать необходимо в процессе разработки и утверждения программы повышения качества медицинской помощи (комплекса мероприятий).

Базовый показатель качества медицинской помощи $М_{баз.}$ в баллах определяется по формуле:

$$М_{баз.} = \frac{Т_{дос.баз.} + Т_{св.баз.} + Т_{пол.баз.} + Т_{рез.баз.} + Т_{уд.баз.}}{5}$$

где:

$М_{баз.}$ − базовое (изначальное) значение качества медицинской помощи, баллов;

$Т_{дос.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя доступности медицинской помощи, баллов;

$Т_{св.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя своевременности медицинской помощи, баллов;

$Т_{пол.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя полноценности медицинской помощи, баллов;

$Т_{рез.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя результативности медицинской помощи, баллов;

$Т_{уд.баз.}$ − базовое (изначальное) значение показателя удовлетворённости населения качеством медицинской помощи, баллов.

Оценка эффективности реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) по отдельному i-му ключевому показателю качества медицинской помощи следует определять на основе расчёта по формуле:

$$Ei = \frac{Ti_{фак.}}{Ti_{пл.}} \times 100\%,$$

где:

Ei – эффективность реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) по i-му ключевому показателю качества медицинской помощи за прошедший год или плановый период времени, процентов;

$Ti_{фак.}$ – фактическое значение i-го ключевого показателя качества медицинской помощи за прошедший год или другой плановый период времени, баллов;

$Ti_{пл.}$ – плановое (нормативное) значение i-го ключевого показателя качества медицинской помощи на прошедший год или на другой плановый период времени, баллов.

Эффективность реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) по всем ключевым показателям качества, то есть достижение по качеству медицинской помощи в целом определяется по формуле:

$$Е_м = \frac{Т_{дос.фак.}}{Т_{дос.пл.}} + \frac{Т_{св.фак.}}{Т_{св.пл.}} + \frac{Т_{пол.фак.}}{Т_{пол.пл.}} + \frac{Т_{рез.фак.}}{Т_{рез.пл.}} + \frac{Т_{уд.фак.}}{Т_{уд.пл.}} \times 100\%,$$

где:

$Е_м$ − эффективность реализации программы (комплекса запланированных мероприятий) по повышению качества медицинской помощи за прошедший год или другой плановый период времени, процентов;

$Т_{дос.фак.}$, $Т_{св.фак.}$, $Т_{пол.фак.}$, $Т_{рез.фак.}$, $Т_{уд.фак.}$ – фактические значения ключевых показателей качества медицинской помощи, достигнутые в ходе реализации

программы (комплекса запланированных мероприятий) за прошедший год или другой плановый период времени, баллов;

$T_{дос.пл.}$, $T_{св.пл.}$, $T_{пол.пл.}$, $T_{рез.пл.}$, $T_{уд.пл.}$ − плановые (нормативные) значения ключевых показателей качества медицинской помощи, установленные программой на год или другой плановый период времени, баллов.

При оценке величины соиндикаторов ключевых показателей качества, следует применять диапазон от «1» до «5» баллов. Значение i-го ключевого показателя качества в изначальный момент или по прошествии одного года, иного планового периода времени необходимо определять с использованием соиндикаторов по формуле:

$$Ti = \frac{\sum_1^n Si}{n},$$

где:

Ti – базовое (изначальное) значение i-го ключевого показателя качества медицинской помощи либо значение данного особо значимого показателя качества по прошествии одного года, иного планового периода времени, баллов;

Si − базовое (изначальное) значение i-го соиндикатора из соответствующих соиндикаторов либо значение данного соиндикатора по прошествии одного года, иного планового периода времени, баллов;

n – количество соиндикаторов, применённых в процессе оценки из соответствующих соиндикаторов.

Оценку базовых (изначальных) значений соиндикаторов и значений соиндикаторов по прошествии определённого периода временени Si, а также выбор количества соиндикаторов применительно к конкретному ключевому показателю следует проводить коллегиально соответствующими комиссиями и общественными советами. В представленной формуле учтено, что в каждом конкретном случае используются и определяются лишь те соиндикаторы из таблиц, применение которых уместно для проводимой оценки качества.

Методика оценки численного значения ключевого показателя качества медицинской помощи – *удовлетворённости населения качеством оказания медицинских услуг* имеет отличительную особенность, обусловленную отсутствием соиндикаторов удовлетворённости в виде таблицы и особым статусом данного значимого индикатора качества. Базовое (изначальное) значение ключевого показателя качества – удовлетворённости населения $\mathbf{Т_{уд.баз.}}$ и фактическое значение удовлетворённости $\mathbf{Т_{уд.фак.}}$ за прошедший год или другой плановый период времени определяется по формуле:

$$\mathbf{Т_{уд.}} = \frac{N_{п}}{N_{оп}},$$

где:

$\mathbf{Т_{уд.}}$ – базовое (изначальное) значение ключевого показателя качества – удовлетворённости населения качеством медицинской помощи – или фактическое значение данного показателя через определённый плановый период времени;

$N_{п}$ – количество лиц, положительно оценивающих качество медицинской помощи, оказываемой в регионе, муниципальном образовании, медицинской организации (в том числе станции скорой помощи) в данный момент времени;

$N_{оп}$ – количество опрошенных лиц

Опрос должен проводиться компетентной комиссией администрации, проводящей оценку качества медицинской помощи, общественным советом или специализированным социологическим центром.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Перечень
вопросов по развитию службы «Социальное такси»,
адресованных руководителям Департаментов социальной
защиты населения субъектов Российской Федерации

1. Категории граждан, имеющих право воспользоваться услугами «Социального такси».

2. Количество автотранспорта, используемого для предоставления услуг «Социального такси», в том числе автомобилей, оборудованных для погрузки и перевозки инвалидов-колясочников.

3. Число получателей услуг «Социального такси» за конкретный год.

4. Процент охвата граждан, испытывающих значительные трудности в самостоятельном передвижении на транспорте и остро нуждающиеся в получении услуг «Социального такси».

5. Стоимость услуг «Социального такси» для разных категорий граждан.

6. Планы развития службы «Социальное такси» на последующие годы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Результаты эмпирического анализа внедрения и развития услуги службы «Социальное такси» в субъектах Российской Федерации

Наименование субъекта		Наличие службы "Социальное такси", структурное подразделение, курирующее работу	Парк службы «Социальное такси» (количество автомашин)	Дополнительная потребность в спецавтотранспорте для службы «Социальное такси» (количество, марка)	Категории граждан, с указанием формы инвалидности, обслуживаемые службой «Социальное такси»	Количество граждан, которым оказаны услуги за год	Порядок оказания услуг (организации, через которые осуществляется заказ автотранспорта, график приема, формы заказа, контроль выполнения заказа, работа диспетчерских служб и т.д.)	Стоимость (1 км, 1 час, прочие разновидности тарифов; в руб.)	Наличие жалоб (количество) по вопросам работы службы «Социальное такси», поступивших в органы социальной защиты субъекта Российской Федерации за год
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Министерство труда и социального развития Республики Адыгея	нет							
2	Функции кадровых служб федеральных	9 служб при Бюджетных учреждениях,	9	4	инвалиды I, II гр., дети-инвалиды, ветераны,	532	Заявление, предоставление документов,	2 руб./км., 1 час - 115 руб.	0

	органов государственной власти	курирует - Министерство			участники ВОВ, вдовы участников ВОВ, труженики тыла, ветераны труда старше 70 лет, граждане пожилого возраста старше 80 лет		оплата наличными, по бланку и подписанием акта		
3	Министерство труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан	на базе комплексных центров социального обслуживания	5	4	инвалиды I, II, III группы, дети-инвалиды, инвалиды, использующие кресла – коляски, граждане пожилого возраста, а также иные категории граждан, полностью или частично утратившие способность к самообслуживанию в связи с болезнью, многодетные и малоимущие семьи. Право на первоочередное получение транспортной услуги имеют граждане с нарушением статодинамических функций.	366		11-50 руб./поездка по городу, 6-15 руб./км. За чертой города	0
4	Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия	На базе центра социального обслуживания населения, ИП со скидкой 20-30%	4	1	инвалиды I, II групп по зрению и с нарушениями опорно-двигательного аппарата, инвалиды, участники ВОВ, граждане пожилого возраста и	3769	Диспетчерская служба, учет заявок, статистика перевозок	3,74 руб./км., 6,19 руб./км - автобус	0

					инвалиды, обслуживаемые на дому				
5	Министерство труда и социального развития Республики Дагестан	нет							
6	Министерство труда, занятости и социального развития Республики Ингушетия	нет							
7	Министерство труда и социального развития Кабардино-Балкарской Республики	нет							
8	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Калмыкия	нет							
9	Министерство труда и социального развития Карачаево-Черкесской Республики	нет							
10	Министерство здравоохранения и социального развития Республики Карелия	Учреждения социального обслуживания	14	17	инвалиды I, II гр. с нарушением опорно-двигательного аппарата, дети-инвалиды опорники, с нарушением ЦНС	1270	по заявкам	бесплатно и 36 руб./час 7,20 - 10,0 руб./км	0

11	Агентство Республики Коми по социальному развитию	нет, только в виде дополнительных соц. услуг	13 автомобилей государственных бюджетных учреждений	4	пенсионеры, инв., дети-инвалиды	451	порядок установлен каждым бюджетным учреждением	40 руб./поездка, 1 руб./км, 24 руб./поездка, 9.2 руб./км.	1 (высокие тарифы)
12	Министерство социальной защиты населения и труда Республики Марий Эл	на базе ГБУ РМЭ "Савинский детский дом-интернат для умственно-отсталых детей" и ГБУ РМЭ "Волжский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями - курирует Министерство	2	3	инвалиды с нарушением психологических, сенсорных, статодинамических функций, функций опорно-двигательного аппарата, использующие кресла-коляски.	857	порядок установлен в каждом учреждении	16 руб./поездка, 1,85 руб./км - за чертой города	0
13	Министерство социальной защиты населения Республики Мордовия	Департамент по социальной политике МП ГО Саранск "Горэлектротранс"	2	3	инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках, инвалиды с нарушением опорно-двигательного аппарата, инвалиды с нарушениями зрения, с нарушением умственного развития	23	диспетчерская служба	1 час - 571,36 руб.	0
14	Министерство труда и социального развития Республики Саха (Якутия)	Комплексный центр социального обслуживания - услуг - сопровождение инвалидов, других маломобильных групп	9	2	инвалиды I, II гр. с нарушением функции опорно-двигательного аппарата, ветераны ВОВ, тыла, труда, дети-инвалиды, слепые, инвалиды I группы по зрению, инвалиды с хронической	14506	диспетчерская служба	от 85 до 850 руб. - поездка	3

					почечной недостаточностью, на диализном лечении				
15	Министерство труда и социального развития Республики Северная Осетия-Алания	нет							
16	Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан	нет							
17	Агентство по делам семьи и детей Республики Тыва								
18	Министерство социальной защиты населения Удмуртской Республики	отделения срочного социального обслуживания	815	0	инвалиды I группы, инвалиды II группы с нарушениями слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата, передвигающиеся на креслах-колясках, дети-инвалиды, участники ВОВ, граждане на лечении гемодиализом	1834		65 руб./поездка	0

19	Министерство труда и социального развития Республики Хакасия	на базе Министерства	1	2	инвалиды I, II групп по общему заболеванию, в т.ч. с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, инвалиды -колясочники, инвалиды по зрению, инвалиды ВОВ, лица старше 70 лет, имеющие значительные затруднения в передвижении	1520	диспетчер	16,9 руб./км	0
20	Министерство труда, занятости и социального развития Чеченской Республики	нет							
21	Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики	на базе Центра социального обслуживания населения	1	0	инвалиды I группы, инвалиды опорники, инвалиды, участники ВОВ, на соцобслуживании			182 руб./час, 13 руб. за 15 мин. простоя, за пределами населенного пункта 6,6 руб./км, 13 руб. за 15 мин. простоя	0
22	Главное управление Алтайского края по социальной защите населения и преодолению последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне	Комитет по социальной поддержке населения в г. Барнаул, МКУ Управление по работе с населением г. Бийска	4	0	инвалиды, участники ВОВ, пожилые старше 80 лет, инвалиды I, II групп	5068	диспетчерская служба	30 руб./час, 1 руб./мин	0

23	Министерство труда социальной защиты населения Забайкальского края	Государственным учреждением социального обслуживания «Ингодинский комплексный центр социального обслуживания «Милосердие» Забайкальского края на основании соглашения с ООО «Служба Социальное такси» № 1 от 19 февраля 2009 года «О социальном взаимодействии в сфере перевозок отдельных категорий граждан, проживающих в городе Чита». Работу учреждения курирует Министерство труда и социальной защиты Забайкальского края.	транспорт ООО «Служба Социальное такси» автопарк неизвестно	неизвестно	инвалиды I, II групп с нарушениями сенсорных функций, с нарушением статодинамических функций, с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и сопровождающие их лица; дети-инвалиды с поражениями опорно-двигательного аппарата и сопровождающие их лица	555	диспетчерская служба	70 руб./поездка	0
24	Министерство социального развития и труда Камчатского края	Министерство социального развития и труда Камчатского края - КГАУ СЗ «Камчатский специальный дом ветеранов» МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» -	4	2	1) Бесплатно: Инвалиды I, II групп и сопровождающие их лица; ветераны Великой Отечественной войны; дети-инвалиды и сопровождающие их лица; 2) 50% от установленных в	3234	диспетчерская служба	34 руб./км	0

		Елизовский муниципальный район			учреждениях тарифов на социальное такси: а) Многодетные семьи; реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий; б) Инвалиды III группы и сопровождающие их лица				
25	Министерство социального развития и семейной политики Краснодарского края	53 службы "Социальное такси" куратор - отдел организации социального обслуживания Управления по социальному обслуживанию и реабилитации инвалидов Министерство социального развития и семейной политики Краснодарского края	94	0	инвалиды, граждане пожилого возраста	5185 (12882 перевозки)	диспетчер	74,6 руб./км/час+263.1 руб. оплата ГСМ на 100 км	0
26	Министерство социальной политики Красноярского края	Комплексный центр социального обслуживания - услуг - сопровождение инвалидов, других маломобильных групп	30	16	все категории инвалидов, а также маломобильные группы населения	3309	Прием по телефону, электронной почте, и личном обращении	от 5 до 16,5 руб./км, от 90 до 250 руб./час, 24 -100 руб./час ожидания, 44 - 100 руб./1 поездка по городу	0

27	Министерство социального развития Пермского края	Автотранспорт, принадлежащий частным перевозчикам		7	инвалиды с нарушением функций опорно-двигательного аппарата I, II группы с тяжелыми хроническими заболеваниями с комбинированными дефектами опорно-двигательного аппарата, параличами (детский церебральный, после инсульта), лица с последствиями травм позвоночника, не имеющие специального автотранспорта, дети-инвалиды с сопровождающим лицом, иные категории инвалидов, не имеющие возможности по состоянию здоровья пользоваться общественным транспортом	9250	прием по телефону, письменно	15-25 руб./км	поступали

28	Департамент труда и социального развития Приморского края	Краевое государственное автономное учреждение социального обслуживания "Приморский центр социального обслуживания населения" куратор - Департамент труда и социального развития Приморского края	10	0	инвалиды	33		15 руб./км - в черте города, 12 руб./км - за чертой города	0
29	Министерство социальной защиты населения Ставропольского края	Центры социального обслуживания	30	9	инвалиды, граждане пожилого возраста	4157	диспетчерская служба	7,24 руб./км	0
30	Министерство социальной защиты населения Хабаровского края	4 службы на базе комплексных центров социального обслуживания населения	10	5	инвалиды I, II группы, дети-инвалиды	218	диспетчерская служба	590-668 руб. /час автобус, 177-200 руб./час - авто	0
31	Министерство социальной защиты населения Амурской области	На базе 6 учреждений социального обслуживания	7	10	инвалиды I, II, маломобильные, инвалиды с нарушением опорно-двигательного аппарата, сенсорики, дети-инвалида по зрению, инвалиды, участники ВОВ, граждане старше 80 лет	1985		10,0 руб./км, 360 руб./час	0

32	Министерство труда, занятости и социального развития Архангельской области	на базе Комплексных центров социального обслуживания	4	5	инвалиды с нарушением психологических функций, сенсорных функций, статодинамических и прочие категории инвалидов	641	диспетчерская	300 руб./час	0
33	Министерство социального развития и труда Астраханской области	Многопрофильный центр "Семья", ГБУ "Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями "Коррекция и развитие"	2	0	все инвалиды I, II группы, дети-инвалиды	704		1 раз в месяц - бесплатно, более 1 раза - 313 руб./поездка	0
34	Управление социальной защиты населения Белгородской области	14 Служб при комплексных центрах социального обслуживания	18	8	инвалиды I, II группы, одинокие пенсионеры на соц. обслуживании, дети инвалиды	1539	заявка за сутки	1 вызов - 104 руб., 8 руб./км, более 20 поездок 1 мин - 0,15 руб., простой 0,5 руб./мин	0
35	Департамент семьи, социальной и демографической политики Брянской области	Брянская городская администрация	4 автомобиля "Форд", оборудованные подъемниками		инвалиды I, дети-инвалиды, медицинские показания.		через МУП "Брянское троллейбусное управление"	45 руб./час	0
36	Департамент социальной защиты населения Владимирской области	Комплексные центры социального обслуживания 10 служб	12	8	инвалиды, пенсионеры, семьи с детьми-инвалидами	1678	письменные, телефонные заявки	9,5 руб./км	0
37	Министерство социальной защиты населения	На базе комплексных центров социального	6		инвалиды I, II группы с нарушениями опорно-	3530	диспетчерская служба, единая база учета данных, путевые	104 руб./час	0

	Волгоградской области	обслуживания населения			двигательного аппарата, дети-инвалиды		листы, контроль		
38	Департамент социальной защиты населения Вологодской области	26 служб, на базе Комплексных центров социального обслуживания населения, отделы социального обслуживания населения	40	7	инвалиды, дети-инвалиды, граждане пожилого возраста, граждане, находящиеся в трудной жизненной ситуации с нарушениями опорно-двигательного аппарата, сенсорных функций, психическими расстройствами	7937	срочное социальное обслуживание, диспетчерская служба	18 руб./км, 400 руб./час	0
39	Департамент труда и социального развития Воронежской области	на базе Управлений соцзащиты населения	4	0	инвалиды опорники, дети-инвалиды до 18 лет, инвалиды по зрению I гр., дети-инвалиды по зрению, инвалиды, участники ВОВ, инвалиды I группы, дети-инвалиды до 7 лет, лица старше 80 лет II группы инвалидности, сопровождающие	1113	Диспетчерская	150 руб./час, менее 1 часа - 100 руб.	0
40	Департамент социальной защиты населения Ивановской области	Отделение социального обслуживания, куратор Управление социального обслуживания Департамента	15	7	маломобильные пожилого возраста, инвалиды, пенсионеры	1494	заявки письменно и по телефону	8,56 руб./км	0

41	Министерство социального развития, опеки и попечительства Иркутской области	ОГАУ Соцобслуживания "Комплексный центр социального обслуживания населения", курирует Министерство	1	5	инвалиды-колясочники	527	Диспетчер с 9.00 до 18.00	2,77 руб./км	0
42	Министерство социальной политики Калининградской области	Комплексные центры социального обслуживания населения куратор - Министерство	35 микроавтобусов	22 микроавтобуса	дети-инвалиды, инвалиды I, II групп, которым в ИПР внесена запись о предоставлении им услуг Социальной службы перевозок	5164	Предварительные заявки, не более 5 часов в течение 1 квартала на 1 чел.	280 руб./час	3
43	Министерство по делам семьи, демографической и социальной политике Калужской области	Учреждения соцобслуживания, куратор - Управление социального обслуживания Министерства	19	6	инвалиды, граждане пожилого возраста	7220	Диспетчерская	1 поездка - 13 руб., за пределы города 1,70 руб./км, простой 1 час - 26 руб.	0
44	Департамент социальной защиты населения Кемеровской области	Центры социального обслуживания населения	37	5	инвалиды I, II группы, дети-инвалиды, участники ВОВ и приравненные к ним лица, с нарушением функции опорно-двигательного аппарата, граждане старше 80 лет потерявшие возможность к передвижению	8862	Web сервис, диспетчерская служба, заказ в режиме on-line	60-100 руб./час, 3-10,7 руб./км., 30-100 руб. простой 1 час, 1 - 1,24 руб. простой 1 минута	5
45	Департамент социального развития Кировской области	на базе 27 учреждений социального обслуживания	27	5	инвалиды с нарушением функций опорно-двигательного аппарата	726		от 8 до 36 руб./км, от 71 до 121,17 руб. за час	0

46	Департамент социальной защиты населения, опеки и попечительства Костромской области	6 Служб «Социальное такси» в учреждениях подведомственных департаменту соцзащиты населения опеки и попечительства, в общественных организациях	7	7	инвалиды I, II, II групп, граждане пожилого возраста	1631	прием заявок по телефону и лично	20 руб. поездка по городу, 50 руб./поездка в г. Костроме, 80 руб./поездка Костромская обл.	0
47	Главное управление социальной защиты населения Курганской области	16 служб Социальное такси	18	13	маломобильные группы населения, ветераны ВОВ, инвалиды, пожилые люди, семьи с детьми-инвалидами	8,4 тыс.	диспетчер	80 руб./поездка, в райцентрах 40 руб./поездка, за пределами города 4 руб./км, районного центра 2 руб./км Для проживающих в домах-интернатах для престарелых и инвалидов - бесплатно	0
48	Комитет социального обеспечения Курской области	Центры социального обслуживания, куратор - комитет социального обеспечения Курской области	29	15	инвалиды, ветераны, пожилые, нуждающиеся, малоимущие	579	Заявки по телефону, оплата по квитанции	46-99 руб. - 1 поездка (до 17-20 км.) свыше - 4,33-11,83 за каждый км. Почасовая оплата - от 82,08 до 161,14 руб.	0
49	Комитет по социальной защите населения Ленинградской области	2 Службы, планируется создать еще 9 служб	1, планируется еще 9 машин	0	инвалиды I группы, дети-инвалиды до 7 лет с сопровождающими, инвалиды опорники, инвалиды, участники ВОВ, лица старше 80 лет, имеющие II,III	510	Диспетчерская служба	20 руб./км	0

					группы инвалидности				
50	Управление социальной защиты населения Липецкой области	Некоммерческая организация "Липецкая региональная общественная организации Общероссийской общественной организации инвалидов войны в Афганистане и военной травмы - "Инвалиды войны"	2	0	малообеспеченные пенсионеры, инвалиды, в том числе дети-инвалиды с нарушением потребности к передвижению III степени	286	по договорам с НКО	5,5 руб./км, 4,0 руб./км по области, 2,0 руб./минута ожидания, 40 руб. - подача автомобиля	0
51	Департамент социальной поддержки населения администрации Магаданской области	Заключенные госконтракты с частными перевозчиками	нет	нет	гражданам, обслуживаемым на дому сотрудниками Центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, инвалидам 1, 2 групп, семьям с детьми-инвалидами, пенсионерам старше 70 лет	1862	до 4 раз в месяц заявка за сутки по телефону, а также при личном приеме	150 -180 руб./поездка	0
52	Министерство социальной защиты населения Московской области	на базе Отдела нестационарного социального обслуживания управления организации социального обслуживания населения и реабилитации инвалидов куратор - Министерство	71	28	дети-инвалиды, инвалиды I, II групп, инвалиды, ветераны ВОВ, лица старше 80 лет, граждане пожилого возраста на социальном обслуживании, пенсионеры в трудной жизненной ситуации	4000		17,4 руб./км.	0

53	Министерство труда и социального развития Мурманской области	6 служб на базе Комплексных центров социального обслуживания	7	6	одиноко проживающие инвалиды I, II групп, дети-инвалиды, одиноко проживающие лица старше 80 лет, другим гражданам и инвалидам, имеющим ограничения к передвижению при наличии свободного времени в графике	1123		2,7 руб. - 5,9 руб./км. 0,4 руб. - 1,0 руб. - минута простоя	0
54	Министерство социальной политики Нижегородской области	13 Служб	14	8	инвалиды с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, дети-инвалиды, (I группы инвалидности), инвалиды ВОВ, лица старше 70 лет	2203	Диспетчерская служба	11,4 руб./км, 1 час простоя-37,40, зимой - 139,79	0
55	Департамент социальной защиты населения Новгородской области	Центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, курирует Департамент	5	5	инвалиды I гр., дети-инвалиды, инвалиды, участники ВОВ, лица старше 80 лет, с инвалидностью II, III группа, военная травма, инвалиды катастрофы на ЧАС	3667	Заказ осуществляется по телефону	от 35 руб. до 70 руб. за поездку	0
56	Министерство социального развития Новосибирской области	Общественная организация "Новосибирская областная организация Всероссийского общества инвалидов"	8	3	инвалиды, дети-инвалиды, дети с нарушением опорно-двигательного аппарата не связанные с полной утратой двигательной способности	2725	диспетчерская служба	бесплатно	0

57	Министерство труда и социального развития Омской области	Центр Социальной Адаптации, отделения социальной реабилитации, центры социального обслуживания, курирует Департамент социального обслуживания Министерства	61 автомобиль, 1 автобус	25	всем инвалидам	6086	Диспетчерские службы круглосуточный режим	138,92 руб./час - автомобиль, 463,07 руб./час автобус свыше 12 мест, Инвалидам опорникам, детям-инвалидам 50 процентная льготы	11
58	Министерство социального развития Оренбургской области	42 отделения социальной помощи	49	0	инвалиды с нарушением функций опорно-двигательного аппарата	16 000	предварительная заявка, экстренные вызовы,	бесплатно	0
59	Департамент здравоохранения и социального развития Орловской области	Специализированной службы нет, только на базе бюджетных учреждений	30	30	инвалиды с нарушением опорно-двигательного аппарата, зрения	258	Единый социальный телефон	100 - 200 руб./час	0
60	Министерство труда, социальной защиты и демографии Пензенской области	Управления (отделы) социальной защиты населения - куратор - Министерство	5	2	граждане и дети до 18 лет, с ограниченными способностями к передвижению и имеющие медицинские показания к обеспечению инвалидов креслами-колясками	1073	через службу срочной социальной помощи	12,6 - 12,44 руб./км, 84,23-308 руб./поездка	0
61	Главное государственное управление социальной защиты населения Псковской области	Центры социального облуживания	4	2	граждане с нарушением статодинамических функций, слепые, граждане пожилого возраста	328		бесплатно	0

62	Министерство труда и социального развития Ростовской области	Региональная служба «Социальное такси» в Ростовской области отсутствует. Данное направление работы осуществляется муниципальными образованиями области в рамках муниципальных долгосрочных целевых программ «Доступная среда»							
63	Министерство социальной защиты населения Рязанской области	Комплексные центры социального облуживания, 7 служб Социальное такси, куратор - Министерство	9	19	инвалиды I, II групп, ИВОВ, УВОВ, ветераны, семьи в трудной жизненной ситуации	2344	За 2 дня по телефону	бесплатно	0
64	Министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области	На базе центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов	143	11	граждане пожилого возраста, инвалиды с нарушением психологических, сенсорных и статодинамических функций	17777		5-13 руб./км., не зависит от категории получателя транспортной услуги	0
65	Министерство социального развития Саратовской области	на базе Центра по обучению и реабилитации инвалидов	10	5	инвалиды всех категорий в т.ч. на гемодиализе	7000	Диспетчерская служба	4,5 руб./км	0
66	Министерство социальной защиты Сахалинской области	На базе центров социального обслуживания	6	0	пожилые граждане на надомном обеспечении, инвалиды-колясочники	300		бесплатно	0

67	Министерство социальной политики Свердловской области	Отдел технологий социального обслуживания	49	12	инвалиды I, II группы имеющие III степень ограничения к трудовой деятельности и ограничение в передвижении, лица, нуждающиеся в постороннем уходе, частично или полностью утратившие возможность самообслуживания, а также формы инвалидности: с нарушениями психических функций, сенсорных функций, статодинамических, нарушениями кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета	1806	непонятно	непонятно	0
68	Департамент Смоленской области по социальному развитию	Комплексные центры социального обслуживания 24	30	9	граждане пожилого возраста, инвалиды, состоящие на социальном обслуживании, участники, инвалиды ВОВ	3483		Государственное задание бесплатно, 5 руб./км	0

69	Управление социального развития Тамбовской области	ТОГБУ СОН "Забота"	1	5	маломобильные группы населения, лица, находящиеся на соцобеспечении	145	Только для перевозки в учреждения здравоохранения, учреждения социального обслуживания, доставка средств реабилитации	бесплатно	0
70	Министерство социальной защиты населения Тверской области	Комплексный центр социального обслуживания населения	89	37	инвалиды I группы	32437		63,4 руб./час	0
71	Департамент социальной защиты населения Томской области	Комплексные центры социального обслуживания	3	0	С нарушением статодинамических функций: инвалиды I, II групп, дети-инвалиды		Аутсорсинг		
72	Министерство труда и социальной защиты Тульской области	Центры социального обслуживания	5 Газель и форд транзит с подъемниками	1	дети-инвалиды, инвалиды I, II групп, участники, инвалиды ВОВ	834	ГКУ "Сервис" принимает заявки	инвалиды II группы 40 руб./час, остальные категории 80 руб./час	0
73	Департамент социального развития Тюменской области	Комплексные центры социального обслуживания	39	0	инвалиды I, II групп, дети-инвалиды - опорники, и 3 степень ограничения к передвижению	5497	диспетчерские службы центров	бесплатно	2

74	Министерство труда и социального развития Ульяновской области	Управление по реализации социально значимых программ и проектов администрации города Ульяновска	7	2	Инвалиды I группы; Инвалиды II группы с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, передвигающихся при помощи костылей и инвалидных колясок; Дети-инвалиды с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, передвигающихся при помощи костылей и инвалидных колясок; Инвалиды и участники Великой Отечественной войны.	5327	Диспетчерская служба	бесплатно	3 недостаточное количество автомобилей
75	Министерство социальных отношений Челябинской области	17 служб на базе комплексных центров социального обслуживания населения	28	7	инвалиды I, II групп с ограничением по зрению и нарушениями опорно-двигательного аппарата, дети-инвалиды опорники, дети-инвалиды до 3 лет, инвалиды страдающие гемиапрезами, граждане пожилого возраста ограниченные в передвижении, граждане находящиеся на	10011	диспетчерские службы центров	в 7 территориях - бесплатно, 50-60 руб./поездка, 8 руб./км	0

					учете в центрах социального обслуживания				
76	Департамент труда и социальной поддержки населения Ярославской области	Отделения срочного социального обслуживания	24	10	пожилые люди, инвалиды, для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата - спецавтотранспорт	17546		спецавтотранспорт - бесплатно, соцтакси - 19,8 руб./поездка, 1,30 руб./км. - вне городской черты, 19,25 - час простоя	3
77	Департамент социальной защиты населения города Москвы	на базе 2-го автобусного парка ГУП "Мосгортранс" - куратор - департамент транспорта и развития дорожно-транспортной инфраструктуры города Москвы	88 автомобилей по индивидуальным перевозкам и 64 автобуса	10 спецавтомобилей с подъемниками	ветераны ВОВ, инвалиды I, II группы, инвалиды III группы с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дети-инвалиды с сопровождающим, инвалиды, находящиеся на обслуживании Государственного общественного объединения "Московский дом ветеранов (пенсионеров) войн и Вооруженных сил"	414938	Диспетчерская служба, с новейшим европейским программным обеспечением	210 руб./за 30 и 40 мин. Далее оплата по тарифам - 810 руб./час, 1130-1656 руб./час - автобус	20
78	Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга	На базе СПб ГКУ "Городской информационно-расчетный центр" привлечено 60 транспортных организаций по договорам транспортного обслуживания	5 спецавтомобилей	10	инвалиды I группы, с нарушением опорно-двигательного аппарата, по зрению, дети-инвалиды нуждающиеся в транспортировке – инв. коляске, дети-	318100	справочно-информационная служба ГИРЦ	33,83-42,09 руб./км, час простоя от 462,09-588,80 руб. льгота в зависимости от группы и категории инвалидности от 50% до 90%	209

					инвалиды до 7 лет, дети-инвалиды по зрению, лица старше 80 лет, имеющие II группу инвалидности, Участники, инвалиды II - III групп ВОВ, узники фашизма, инвалиды III группы с транспортировкой в кресле-коляске				
79	Комитет социальной защиты населения Правительства Еврейской автономной области	на базе ОГБУ "Комплексный центр социального обслуживания по городу Биробиджану", ОГБУ "Центр социального обслуживания Октябрьского района"	2	4 + 1 микроавтобус	все категории инвалидов I и II групп, дети-инвалиды с сопровождающими лицами	982	диспетчерская служба	бесплатно	0
80	Управление труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа	куратор - Управление труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа	1 микроавтобус	1	инвалиды I, II, III групп, дети-инвалиды	5511 перевозок	договор с МУП "Нарьян-Марское автотранспортное предприятие"	бесплатно	0
81	Департамент социального развития Ханты-Мансийского автономного округа-Югры	18 служб в 17 комплексных центрах социального обслуживания населения	27	2	инвалиды I, II групп, граждане пожилого возраста, дети-инвалиды, многодетные матери при перевозке не менее 2-х детей в возрасте до 5 лет одновременно	3596		32 руб./поездка	0

82	Департамента социальной политики Чукотского автономного округа	Чукотский окружной комплексный центр социального обслуживания населения», находящееся в ведомственной подчиненности Департамента социальной политики Чукотского автономного округа	6	4	Инвалиды с нарушением сенсорных функций (слепые; слабослышащие и т.д.); инвалиды с нарушением статодинамических функций (инвалиды, использующие инвалидные кресла-коляски); инвалиды, дети-инвалиды.	2211		бесплатно	0
83	Департамент социальной защиты населения Ямало-Ненецкого автономного округа	Центры социального обслуживания	13		инвалиды, граждане не способные к самообслуживанию, участники, ветераны ВОВ, вдовы ВОВ, в тылу врага, ветераны тыла, блокадники Ленинграда, инвалиды боевых действий, герои Советского Союза, труда,	1563	предварительные заявки по телефону, диспетчерские службы	100-200 руб. для клиентов центров, для населения 200-400 руб., либо 4 поездки в месяц бесплатно, последующие 50 руб., бесплатно	0
84	Республика Крым		6	2	инвалиды I группы; инвалиды II, III группы, имеющими ограничения в способности к передвижению; инвалиды II группы по зрению; дети-инвалиды; инвалиды ВОВ.	8456		28 руб./км	

85	г. Севастополь	ГУП г. Севастополя «Севэлектроавтотранс им. А.С. Круподерова»	6, из них 4 микроавтобуса Форд и 2 легковых автомобиля Лада Ларгус	0	инвалиды I группы; инвалиды II, III группы, имеющими ограничения в способности к передвижению; инвалиды II группы по зрению; дети-инвалиды (приоритет); инвалиды войны; родители, иные законные представители детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, при сопровождении детей-инвалидов; лица, сопровождающие инвалидов при их перевозке; лица, старше 80 лет, имеющие III группу инвалидности	6285		6 поездок в месяц бесплатно, начиная с седьмой поездки (за исключением поездок на гемодиализ, химиотерапию, иммуносупрессивную терапию, генно-инженерную терапию по направлению врача) 28 руб./км	
86	Управление социальной защиты населения администрации города Байконура	Хозяйственный отдел	2	0	инвалиды I, II, III группы, дети-инвалиды, ветераны ВОВ, пожилые граждане старше 75 лет, малообеспеченные	6561		29,40 руб./км., 724,22 руб./час	1

Источник: составлено автором на основе проведенного опроса, отправленного в соответствующие Министерства субъектов РФ