

АКТУАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

DOI: 10.26794/2226-7867-2019-9-2-39-49

УДК 316.334;304.3(045)

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ: ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВЛАСТИ*

Зубец Алексей Николаевич,

*д-р экон. наук, профессор, проректор по стратегическому развитию
и практико-ориентированному образованию, Финансовый университет,
Москва, Россия
ANZubets@fa.ru*

Новиков Алексей Викторович,

*д-р соц. наук, профессор, профессор Департамента социологии, Финансовый университет,
Москва, Россия
AVNovikov@fa.ru*

Аннотация. В статье анализируются социальные проблемы, связанные с реальным состоянием качества медицинского обслуживания населения в России. Несмотря на то что российская система здравоохранения принимает меры по улучшению качества оказываемой населению медицинской помощи, проводимые в стране социально-экономические реформы требуют достижения реального эффекта от реализуемых мер по обеспечению роста качества медицинской помощи населению в системе здравоохранения страны. В настоящее время в российской системе здравоохранения фактически не проводится изучение мнения населения об отзывчивости национальной системы здравоохранения к ожиданиям населения страны в повышении качества и доступности медицинской помощи. Авторами выявлена необходимость доработки правовых актов Российской Федерации в части регламентации правового регулирования обеспечения здорового образа жизни населения, обеспечения доступности для населения качественной медицинской помощи, отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения. Динамические изменения состояния по данным направлениям должны контролироваться путем проведения мониторинга с использованием единой официально принятой методики измерения мнения российского населения о качестве оказываемой медицинской помощи в системе здравоохранения страны. Авторами предложен ряд практических рекомендаций по повышению качества медицинского обслуживания российского населения.

Ключевые слова: здоровье; здравоохранение; качество жизни, качество медицинского обслуживания; качество оказания медицинской помощи; ожидаемая продолжительность жизни; доступность для населения качественной медицинской помощи; отзывчивость российской системы здравоохранения к ожиданиям населения

* Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансовому университету на 2018 г.

IMPROVING THE QUALITY OF HEALTHCARE OF RUSSIA: RECOMMENDATIONS FOR STATE AUTHORITIES*

Zoubets A.N.,

Doctor of Economics, Professor, Pro-rector for strategic development and practice-oriented education, Financial University, Moscow, Russia
ANZubets@fa.ru

Novikov A.V.,

Doctor of Sociology, Professor, Professor of the Department of Sociology, Financial University, Moscow, Russia
AVNovikov@fa.ru

Abstract. *The article analyses the social problems associated with the real state of the quality of medical care in Russia. Even though the Russian health care system is taking measures to improve the quality of medical care provided to the population, the socio-economic reforms carried out in the country require achieving a real effect from the measures implemented to ensure the growth of the quality of medical care in the health care system of the country. Currently, the Russian health care system does not study the opinion of the population about the responsiveness of the national health care system to the expectations of the population in improving the quality and accessibility of medical care. The authors identified the need for improving the legal acts of the Russian Federation in terms of regulation of legal regulation of ensuring a healthy lifestyle, ensuring the availability of quality medical care for the population, responsiveness of the Russian health care system to the expectations of the population. Dynamic changes in the state in these areas should be controlled by monitoring using a single officially adopted a method of measuring the opinion of the Russian population on the quality of medical care in the country's health care system. The authors propose some practical recommendations to improve the quality of medical care of the Russian population.*

Keywords: *health; health care; quality of life; quality of medical care; life expectancy; availability of quality medical care for the population; responsiveness of the Russian health care system to the expectations of the population*

В настоящее время высокое качество медицинской помощи, оказываемой населению системой здравоохранения страны, способствующее достаточной продолжительности здоровой жизни, является одной из важнейших составляющих высокого качества жизни населения — феномена счастья — достижения высшего блага как завершенного, самоценного, самодостаточного состояния жизни, общепризнанной конечной субъективной цели деятельности человека. При этом феномен счастья оказывает положительное влияние на состояние здоровой человеческой жизни и ее продолжительность [1–12].

Качество медицинского обслуживания российского населения в системе российского здравоохранения является неотъемлемой составляющей повышения качества жизни

населения, стратегической задачей и критерием эффективности проводимых в стране социально-экономических реформ.

Проведенное исследование показало, что для жителей российских городов основное значение имеют следующие составляющие качества жизни:

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

* The article is based on the results of studies carried out at the expense of budgetary funds on the state task of the Financial University for 2018.

- качество культурной среды (культурной инфраструктуры) в городе;
- способность приобрести автомобиль и пользоваться им, что подразумевает хорошее состояние дорожного хозяйства: городских дорог, работу общественного транспорта, работу Госавтоинспекции.

Качество оказываемых российскому населению медицинских услуг является неотъемлемой составляющей качества жизни, при этом парадоксально то, что вопреки формальным законам логики мнение конечного потребителя — российского населения — о качестве оказываемой медицинской помощи при планировании развития российской системы здравоохранения не учитывается (!).

Важнейшим элементом обеспечения отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения по качеству оказания медицинской помощи является установление обратной связи между российской системой здравоохранения и населением России. В этих целях целесообразно регулярно проводить мониторинг в виде социологических опросов, результаты которых должны учитываться при планировании развития российской системы здравоохранения. Также целесообразно Минздраву России регулярно информировать население о принятых мерах по устранению выявленных недостатков. До настоящего времени важнейшим и актуальным является вопрос утверждения на основе единой системы критериев и единой системы показателей единой методики для определения уровня оценки российским населением качества медицинских услуг. Иначе невозможно реально оценить качество медицинской помощи населению, например, в различных субъектах Российской Федерации. Обычно чиновники от медицины говорят, что делать это бесполезно, однако прецеденты уже есть. Например, в Указе Президента Российской Федерации от 14.11.2017 № 548 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» Правительству Российской Федерации предложено утвердить (единые) методики оценки ряда показателей, в том числе Методику оценки удовлетворенности населения услугами в сферах образования, здравоохранения, культуры, социального обслуживания.

Следует отметить, что основы осмысления здорового образа жизни различных социаль-

ных групп населения и стремления человека к счастью и самосохранению были заложены в трудах Аристотеля, Демокрита, Пифагора, Сократа, Платона и др.

Исследованию здорового образа жизни посвятили свои труды Ф. Бекон, Ф. Спиноза, Ж. Ламетри, М. В. Ломоносов, А. Н. Радищев, П. А. Сорокин, М. М. Ковалевский, Н. К. Михайловский и др.

В 70–80-х гг. XX в. исследованию проблемы оказания населению качественной медицинской помощи (в рамках исследования качества жизни) посвятили свои труды Р. Арон, Д. Белл, З. Бжезинский, Э. Берджес, Л. Берри, М. Вебер, Л. Вирт, Дж. Гэлбрейт, Э. Деминг, Л. Джефферс, Дж. Доббс, К. Исикава, Ф. Кросби, А. Кэмпбелл, А. Мидоу, М. Нуссбаум, Р. Парк, М. Сирги, Г. Самли, Г. Таггути, А. Тойнби, У. Шухарта, Д. Эванса.

Результаты исследований указанных авторов выявили сложную взаимосвязь состояния здоровья населения с уровнем качества жизни общества, а также влияние динамики развития девиантного и делинквентного поведения населения на здоровый образ жизни и зависимость доступности населению качественной медицинской помощи от социальной дифференциации и стратификации общества. Данные авторы также отмечали проблемы органов власти, связанные с организацией оказания населению качественной медицинской помощи.

Исследованию качества жизни посвятили свои труды Л. И. Абалкин, Г. В. Осипов, В. Г. Алексеева, В. Н. Бобков, В. И. Верховин, З. Т. Голенкова, Т. И. Заславская, В. В. Радаев, Н. М. Римашевская, Р. В. Рывкина, Ж. Т. Тощенко, Н. П. Федоренко и др.

Социально-экономическую адаптацию населения в условиях изменения внешней среды исследовали в своих трудах А. Г. Аганбегян, С. А. Айвазян, М. К. Горшков, Т. И. Заславская, В. К. Левашов, Д. С. Львов, М. А. Шабанова, В. В. Радаев, Л. Ф. Орлов, Е. Б. Фролова, О. А. Муханова, В. Д. Патрушев, А. Н. Леонтьев, В. А. Ядов и др. При этом большинство ученых выделяют объективные и субъективные показатели качества жизни и качества медицинской помощи населению.

Исследованию основ управления и стандартизации оказания медицинских услуг населению посвятили свои труды Ю. Л. Адлер, А. Н. Вялков, С. А. Ефименко, С. Д. Ильенкова,

В. Б. Ломакин, Л. А. Кузнецов, П. Н. Морозов, Г. В. Савицкая, и др.

Вопросам повышения эффективности управления деятельностью медицинских учреждений посвятили свои труды Ф. Н. Кадыров, В. З. Кучеренко, Т. К. Коваленко, О. И. Кузнецов, В. А. Мошнова, Т. Н. Расторгуева, Ж. О. Сафронова, И. Н. Старовойтова, А. П. Столбов, А. В. Шаброва, и др.

Исследованиям взаимозависимости качества жизни и организации социально здорового образа жизни посвятили свои работы И. И. Брехман, Ю. П. Лисицын, С. Б. Добчинов и др. Проблемы, связанные с социальным управлением процессами формирования здорового образа жизни, рассматривали в своих работах В. К. Бочкарев, Ю. В. Кирьянова, Н. Н. Клинцева, П. Д. Косинский, В. И. Савинков, А. С. Якунин и др.

Исследованию состояния здоровья современной молодежи, степени восприимчивости ее вредных привычек, ее отношения к физической культуре и спорту, здоровому образу жизни посвятили свои труды И. В. Журавлева, Л. Ю. Иванова, И. Б. Ушаков, Т. П. Резникова и др.

Вместе с тем необходимо отметить, что в современной российской научной литературе недостаточно разработаны:

- теоретико-методологические подходы к комплексному исследованию повышения качества медицинских услуг, оказываемых российскому населению, в том числе с применением различных методов социологического опроса населения о качестве оказанной медицинской помощи;

- механизмы оценки и оперативной корректировки неэффективных управленческих решений органов власти, снижающих качество жизни населения, в том числе снижающих качество медицинской помощи, оказываемой населению;

- стратегии социально-экономической адаптации для различных социальных групп и слоев населения, в том числе маргинальных, к изменениям качества оказываемой медицинской помощи.

Однако в настоящее время уровень оказания медицинской помощи населению в России нельзя признать соответствующим мировым стандартам. Анализ сложившихся в современной науке теоретико-методологических подходов к оценке качества жизни людей и качества

медицинского обслуживания населения показал, что проблемы в качестве медицинского обслуживания населения существуют во всех экономически развитых странах мира. При этом они зависят в основном от сложившегося уровня неравенства и социальной несправедливости в каждой стране.

Международные подходы к определению качества медицинского обслуживания, как правило, группируются вокруг его оценки по следующим параметрам:

- средняя ожидаемая продолжительность жизни (или средняя ожидаемая продолжительность здоровой жизни);

- доступность медицинского обслуживания для населения;

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

В настоящее время общим трендом в экономически развитых странах мира является развитие индустрии здоровья в соответствии с рейтинговыми оценками качества оказания медицинских услуг, что неизбежно будет оказывать влияние на развитие системы здравоохранения в России и способствовать созданию новых возможностей для получения населением качественных медицинских услуг и организации ведения здорового образа жизни. В *табл. 1* указаны сравнительные данные по основным индикаторам качества медицинского обслуживания (средние показатели за 2000–2017 гг.) России, ЕС, ОЭСР и в среднем по миру.

За последние годы, по данным исследований Финансового университета, потребительское восприятие качества медицинского обслуживания населения постепенно улучшается. Как видно из *табл. 2*, растет доля россиян, полностью или в основном довольных качеством медицинского обслуживания, которое они получают лично.

Сегодня доля довольных качеством медицинского обслуживания поднялась до 70% против 65% годом ранее. В наибольшей степени россияне довольны страховыми медицинскими услугами, которые они получают по полисам, купленным за собственный счет или за счет работодателя. Растет доля россиян, которые за последнее время не имели поводов для того, чтобы подать в суд на врачей и лечебные уч-

Таблица 1

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

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

Источник: расчеты по данным Всемирного банка.

Таблица 2

Отношение к медицинскому обслуживанию среди жителей крупных и средних российских городов

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

Источник: исследования Финансового университета.

Таблица 3

Готовность подать в суд на врачей и медицинские учреждения среди населения

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

Источник: исследования Финансового университета.

Таблица 4

Нехватка средств на лекарства среди россиян

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

Источник: исследования Финансового университета.

Таблица 5

Обращения населения за медицинской помощью в другие регионы или за границу

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

Источник: исследования Финансового университета.

реждения за халатность, ошибки и иные упущения (табл. 3).

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

С другой стороны, в нашей стране намечаются проблемы с доступностью медицинской помощи. Увеличивается доля тех, кто за последнее время должен был обращаться в лечебные учреждения в другие регионы или за границу. Более четверти жителей крупных и средних

городов вынуждены были за последние два-три года ехать в другой город или за границу против 20% в 2015 г. (табл. 5).

Уменьшается число россиян, которые считают, что в их городе достаточно медицинских учреждений — в 2018 г. их доля снизилась до 22%. Наиболее дефицитными сегодня являются поликлиники широкого профиля, диагностические центры и специализированные медицинские клиники (табл. 6).

Исследования также показывают, что большое значение для восприятия населением

Отношение населения к достаточности медицинских учреждений

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

Источник: исследования Финансового университета.

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

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

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

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

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

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

Полученные в исследовании результаты показывают, что среди российского населения доля тех, кто полностью или в основном доволен работой здравоохранения в стране, составляет 47%, а доля тех, кто полностью или в основном доволен качеством медицинских услуг, полученных лично — 65%, несмотря на то,



Рис. 1. Оценка «стоимости» человеческой жизни на основании данных социологических опросов Финансового университета

что в последнее время в российской национальной системе здравоохранения принимаются действенные меры по повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению, с применением высокоэффективной и высокотехнологической терапии в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях оказания скорой медицинской помощи.

Полученными результатами исследования установлено, что:

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

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

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

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

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

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

В соответствии с рассчитанным итоговым индексом качества медицинского обслуживания населения по городам России (где в 2017 г. проводилось исследование по результатам опросов граждан) наиболее высокое качество медицинского обслуживания населения имеет место в следующих российских городах: Нижний Новгород, Грозный, Казань, Уфа, Санкт-Петербург, Тюмень, Оренбург, Новокузнецк, Пенза, Томск.

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

Определенный интерес представляют сделанные россиянами оценки относительно «стоимости» инвалидности — справедливого и достойного возмещения в связи с потерей

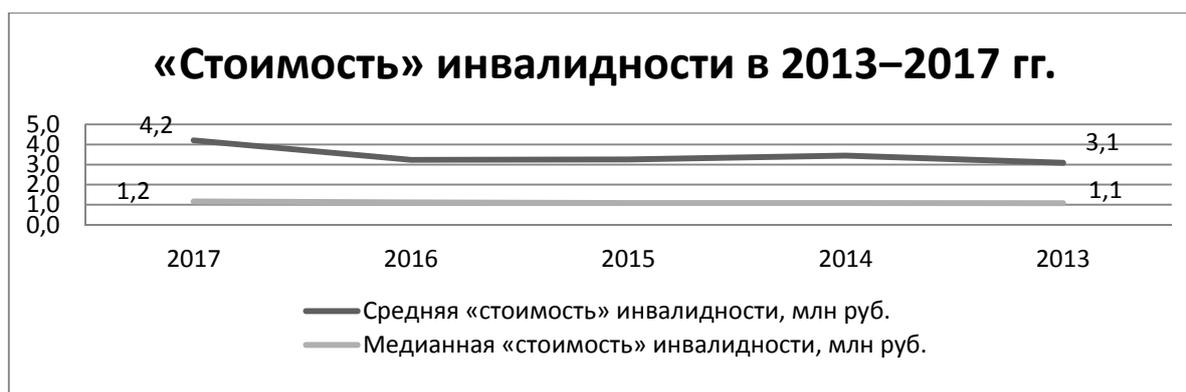


Рис. 2. «Стоимость» инвалидности на основании данных социологических опросов Финансового университета

трудоспособности. Здесь возмещения, названные респондентами в ходе социологических исследований, несколько ниже, чем «стоимость» жизни — 4,2 млн руб. — среднее и 1,2 млн руб. — медианное значение (рис. 2).

Данные исследований, проведенных в 2017 г., по медианной «стоимости» жизни и инвалидности по социально-демографическим группам и по отдельным городам, приведены в Отчете НИР ГЗ-2018.

Расчеты по данным относительно динамики удовлетворенности жизнью в России, душевого потребления и продолжительности жизни в 2005–2015 гг. показывают, что «стоимость» жизни в нашей стране составляет 38,2 млн руб. Расчеты, проведенные на основании данных по ожидаемой продолжительности жизни, доходам населения и миграционным потокам по российским регионам в 2010–2016 гг. показали, что «стоимость» человеческой жизни составляет 27,3 млн руб.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Правительству Российской Федерации установленным порядком поручить:

1. Министерству здравоохранения Российской Федерации осуществить установленным порядком подготовку проекта законодательного акта, предусматривающего внесение следующих изменений и дополнений в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- в статью 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» внести следующие понятия:

- здоровый образ жизни — ...;
- доступность для населения качественной медицинской помощи в виде своевременного оказания гарантированных медицинских услуг — ...;
- отзывчивость системы здравоохранения на ожидания населения по оказанию качественной медицинской помощи — ...;
- система непрерывного медицинского образования — ...;
- дефицит медицинских кадров всех уровней квалификации — ...;
- контроль за проведением независимой оценки качества оказания медицинских услуг — ...;
- методика оценки качества оказания медицинских услуг — ...;
- методика оценки «стоимости» человеческой жизни» — ...
- пункт 1 статьи 14 «Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья» дополнить подпунктами 21, 22 и 23 следующего содержания:

«21) организация и осуществление контроля за доступностью для населения качественной медицинской помощи в виде своевременного оказания гарантированных медицинских услуг, отзывчивостью системы здравоохранения на ожидания населения по оказанию качественной медицинской помощи;

22) организация системы непрерывного медицинского образования и осуществление контроля за дефицитом медицинских кадров всех уровней квалификации;

23) организация системы контроля за проведением независимой оценки качества медицинской помощи населению в медицинских

организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также в медицинских организациях, оказывающих населению медицинскую помощь на коммерческой основе, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»;

– пункт 6 статьи 14 «Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья» дополнить словами следующего содержания: «С учетом оценки „стоимости“ человеческой жизни, осуществляемой по единой методике, утвержденной установленным порядком уполномоченным федеральным органом исполнительной власти», и изложить этот пункт в следующей редакции: «Реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах с учетом оценки „стоимости“ человеческой жизни, осуществляемой по единой методике, утвержденной установленным порядком уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»;

– пункт 8 статьи 79.1 «Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями» дополнить словами следующего содержания: «По единой методике оценки качества оказания медицинских услуг, утвержденной установленным порядком, уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» и изложить в следующей редакции: «Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями проводится общественными советами по независимой оценке качества не чаще чем один раз в год и не реже чем один раз в три года в отношении одной и той же медицинской организации по единой методике оценки качества оказания медицинских услуг, утвержденной установленным порядком уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

2. Министерству здравоохранения Российской Федерации, Министерству Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной

службе государственной статистики с участием органов государственной власти субъектов Российской Федерации, Финансового университета при Правительстве Российской Федерации в сфере своих полномочий и в соответствии с принципами межведомственного сотрудничества разработать и представить установленным порядком на утверждение в Правительство Российской Федерации:

- методику проведения мониторинга качества оказания медицинских услуг населению Российской Федерации с изучением мнения российского населения о здоровом образе жизни, доступности качественной медицинской помощи и отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения об оказании качественной медицинской помощи;

- методику оценки «стоимости» человеческой жизни с изучением мнения российского населения о справедливом размере компенсационных выплат семьям погибших и получившим травмы различной тяжести при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

3. Губернаторам субъектов Российской Федерации, мэрам и главам российских городов использовать базы данных исследования Финансового университета для:

- расчета трансфертов, которые планируется направить в сферу здравоохранения для повышения качества оказываемых медицинских услуг российскому населению в соответствии с постановлением Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с изменениями и дополнениями от 01.03.2018;

- определения справедливой и объективной величины компенсационных выплат при возмещении ущерба, нанесенного жизни и здоровью пострадавших и их семьям при ЧС различного происхождения, в рамках общей системы возмещения ущерба от ЧС;

- оценки качества жизни и качества медицинского обслуживания населения России, а также при планировании и разработке мер по повышению качества жизни, качества оказания медицинской помощи и ее доступности для населения, отзывчивости российской системы здравоохранения к ожиданиям населения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Корчагин Ю.А. Широкое понятие человеческого капитала. Воронеж: ЦИРЭ; 2009.
2. Аганбегян А.Г. Достижение высшего уровня продолжительности жизни в России. *Экономическая политика*. 2012;(2):134–156.
3. Аганбегян А.Г. О целях и мерах реформирования здравоохранения в России. *Вопросы экономики*. 2014;(2):149–157.
4. Аганбегян А.Г. Сколько стоит жизнь человека в России? *Экономическая политика*. 2014;(1):54–66.
5. Беккер Г. Экономический взгляд на жизнь. Лекция лауреата Нобелевской премии в области экономических наук за 1992 г. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. Серия 5. 1993;(3).
6. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 592 с.
7. Урланис Б.Ц. Проблемы динамики населения СССР. М.: Наука; 1974. 336 с.
8. Черкашин А.К. Оценка качества жизни на основе решения обратной задачи моделирования динамики численности населения. *Народонаселение*. 2014;1(63):54–67.
9. Dublin L.I., Lotka A.J. The Money Value of a Man. New York: Ronald Press; 1930.
10. Krupnick A., Ostro B., Lee R. et al. Resources for the Future's Health Benefits Models. December 1994 Report of Resources for the Future, N. W. Washington: D.C.; 1994.
11. Murphy K., Topel R. The Value of Health and Longevity. *Journal of Political Economy*. 2006;114(5):871–904.
12. Mrozek J., Taylor L. What Determines the Value of Life? A Meta-Analysis. *Journal of Policy Analysis and Management*. 2001;21(2):253–270.

REFERENCES

1. Korchagin Yu. A. The broad concept of human capital. Voronezh: CIRÉ; 2009. (In Russ.).
2. Aganbegyan A. G. Achieving the highest level of life expectancy in Russia. *Ekonomicheskaya politika*. 2012;(2):134–156. (In Russ.).
3. Aganbegyan A. G. On the goals and measures of health care reform in Russia. *Voprosy ekonomiki*. 2014;(2):149–157. (In Russ.).
4. Aganbegyan A. G. How much is a person's life in Russia? *Ekonomicheskaya politika*. 2014;(1):54–66. (In Russ.).
5. Becker G. Economic outlook on life. Lecture of the Nobel Prize winner in Economic Sciences for 1992. *Bulletin of St. Petersburg University*. Episode 5. 1993;(3). (In Russ.).
6. Ulumbekova G.E. Health Care of Russia. What to do: scientific justification of the health development Strategy of the Russian Federation until 2020. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 592 p. (In Russ.).
7. Urlanis B.TS. Problems of dynamics of the USSR population. Moscow: Science; 1974. 336 p. (In Russ.).
8. Cherkashin A.K. Assessment of quality of life by solving the inverse problem of population dynamics modelling. *Narodonaselenie*. 2014;1(63):54–67. (In Russ.).
9. Dublin L.I., Lotka A.J. The Money Value of a Man. New York: Ronald Press; 1930.
10. Krupnick A., Ostro B., Lee R. et al. Resources for the Future's Health Benefits Models. December 1994. Report on Resources for the Future, N. W. Washington: D.C.; 1994.
11. Murphy K., Topel R. The Value of Health and Longevity. *Journal of Political Economy*. 2006;114(5):871–904.
12. Mrozek J., Taylor L. What Determines the Value of Life? A Meta-Analysis. *Journal of Policy Analysis and Management*. 2001;21(2):253–270.