

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: АВТОРИТЕТНЫЕ МНЕНИЯ
HEALTHCARE REFORM IN RUSSIA: AUTHORITATIVE DOMESTIC OPINIONS

Тихомиров А.В.

Алексей Владимирович Тихомиров, доктор медицинских наук, кандидат юридических наук, независимый исследователь, ORCID 0000-0001-8628-9340, Москва

Аннотация: Проанализированы наиболее существенные предложения авторитетных ученых по реформе здравоохранения в России. Показано, что они не имеют возможности реализации без учета основополагающих факторов. Проблема реформы и проблема видения проблемы реформы – разные вещи. Нужен другой подход, другой ракурс взгляда на проблему, другая доктрина. Требуется не набор отрывочных разрозненных концептов, а единая цельная концепция организации охраны здоровья в стране с отказом от сохранения любых элементов модели Семашко.

Brief: The most significant proposals of authorities on healthcare reform in Russia are analyzed. It is shown that they cannot be implemented without taking into account the fundamental factors. The problem of reform and the problem of seeing the problem of reform are not the same things. A different approach, a different perspective on the problem, a different doctrine is needed. What is required is not a set of fragmentary disparate concepts, but a unified integral concept of healthcare organization in the country with no elements of the Semashko model.

Ключевые слова: доктринальные предложения, организация здравоохранения, реформа здравоохранения

Key words: doctrinal proposals, healthcare organization, healthcare reform

На фоне обилия публикаций на тему реформы здравоохранения за период с 2014 по 2024 годы выделяется лишь две фундаментальные работы – как в силу авторитетности авторов, так и по причине широты и глубины подходов.

По уровню и масштабу эти две работы значительно превосходят опубликованные за тот же период работы, представленные на ресурсе eLibrary.

Одна – под авторством известного экономиста, академика А.Г. Аганбегяна – «О целях и мерах реформирования здравоохранения в России» [1].

Другая – «Политэкономия здравоохранения: как выйти из кризиса» - работа не менее именитого автора, основоположника медицинского страхования в России, профессора-экономиста В.В. Гришина (в соавторстве) [2].

Эти две работы послужили объектом настоящего исследования.

Цель – в том, чтобы выяснить, осуществима ли в реалиях реформа (модернизация, оптимизация, реструктуризация) здравоохранения по предложениям этих авторов.

Предметом настоящего исследования является степень объективности ориентиров, обосновывающих предлагаемые преобразования.

Методология настоящего исследования представляет собой критический, сравнительный, контент- анализ положений указанных работ.

Предложения акад. А.Г. Аганбегяна по реформе здравоохранения вкратце таковы:

1. переход к эффективной системе — программно-целевому управлению — для сокращения смертности в России в возможно более короткие сроки:

- программа, где указаны конкретные результаты, сроки и система мероприятий с учетом их приоритетности;
- целевое финансирование;
- назначение научных руководителей и головного исследовательского центра, надзорного высшего административного руководителя программы.

2. разработка более радикальных мер, направленных на повышение качества работы врачей и всего медперсонала: переаттестация, повышение квалификации; учебные центры и базовые клиники, где врачи могут пройти обучение и стажировку; стимулирование врачей овладевать новыми технологиями для повышения своей врачебной квалификации, поощряя это соответствующим ростом заработной платы.

3. повышение доступности качественной медицинской помощи повсеместно в стране при резком усилении ответственности органов власти за качество предоставляемой населению медицинской помощи: перевести лечебно-профилактические учреждения (далее – ЛПУ) на самокупаемость, самофинансирование и самоуправление с повышением ответственности ЛПУ и врача за результаты работы и врачебные ошибки.

У пациента должна быть возможность выбирать, в каком ЛПУ проходить диагностику и лечение из числа предложенных страховкой без доплаты.

И везде нужна онлайн клиника, основанная на телемедицине.

4. развитие самоуправляемых профессиональных объединений врачей с широкими полномочиями по аттестации, аккредитации, стандартизации, подбору и расстановке кадров; предоставление ЛПУ самостоятельности, в том числе в проведении финансовой и инновационной политики.

5. главное — разработка принципиально новых схем финансирования здравоохранения, в том числе с соплатежами пациентов.

Бесплатность медицинской помощи съедает выделяемые ресурсы, а недофинансирование ЛПУ лишает их стимулов.

При реализации этих предложений можно поставить задачу: достичь показатели смертности и продолжительности жизни за 3—5 лет развивающихся стран, за 10 — 15 лет — развитых стран.

Предложения проф. В.В. Гришина следующие.

Во-первых, превратить ОМС в общенациональный институт, обеспечив коллегальность его управления с реальным равноправием представителей государства, работодателей и профсоюзов, принятие только согласованных всеми сторонами решений.

Во-вторых, это консолидация в ОМС всех источников бюджетного и внебюджетного финансирования медицинской помощи с запретом на оказание платных услуг государственными ЛПУ с их заменой на соплатежи пациентов, интегрированные с тарифами ОМС и клиническими рекомендациями.

В-третьих, обеспечить полные тарифы ОМС на медицинские услуги, рассчитанных с учетом их фактической себестоимости, с включением амортизационных отчислений и добавлением наценки (как в случае гособоронзаказа).

В-четвертых, обеспечить перевод государственных ЛПУ сначала на самоокупаемость, затем — на самофинансирование.

В-пятых, перевести систему ОМС на страховые принципы.

Есть ли альтернативы этому пути? Первый вариант — возврат к затратной советской модели Семашко с ежегодным выделением на нее не менее 6% ВВП из бюджета.

Второй вариант — привести медицинские гарантии населению в соответствие с фактическим финансированием (3,4% ВВП).

Единственный реальный шанс для выхода нашего здравоохранения из кризиса – социальное страхование.

За 30 лет работы химерной модели сложились мощные группы интересов и влияния.

Они являются выгодоприобретателями своих каналов финансирования медицинской помощи и поэтому боятся проиграть в случае создания общенациональной консолидированной системы.

Поэтому как для создания социального страхования Германии был нужен Бисмарк, так и для вывода нашего здравоохранения из кризиса необходимы консолидация и политическая воля ответственной элиты.

Подход проф. В.В. Гришина более детален, более скрупулезен и более рационален, чем подход акад. А.Г. Аганбегяна.

Оба не противоречат друг другу и в целом сходятся в интенциях – правда, в первом случае преобладает модальность долженствования, в то время как во втором предлагается логика не только финансовой доминанты в организации здравоохранения, но и приоритета ОМС как фактора консолидации отрасли.

Есть и общее: самостоятельность ЛПУ, соплатежи пациентов, профессиональное самоуправление.

Предложения обоих специалистов весомы, основательны и убедительны.

Вместе с тем ни то, ни другое предложение не является концептуальным, т.е. цельной парадигмой системных преобразований здравоохранения.

Оба подхода не свободны от вопросов, не имеющих однозначных ответов.

И первый среди них: **ВОЗМОЖНА ЛИ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ЛПУ?**

ЛПУ – это подведомственные соответствующим органам управления здравоохранением юридические лица, наделенные организационно-правовой формой учреждений (исходно – ст.120 ГК РФ).

От любых других отечественных организационно-правовых форм юридических лиц учреждение отличается тем, что не обладает собственностью.

Тем же (но не только) российские учреждения отличаются от зарубежных (форма учреждения существует в группе германских государств – Германии, Австрии, Швейцарии), которые основаны на собственном имуществе и создаются в интересах обеспечения потребностей закрытого круга

дестинаторов (обычно – членов семьи, фамилии) – притом, что учреждений здравоохранения нет нигде в мире.

Собственником имущества публичных учреждений (здравоохранения, образования, культуры и пр.) в России является государство либо муниципальное образование.

Даже после разделения на казенные, бюджетные и автономные учреждения в отношении имущества, на котором они основаны, обладают ограниченным набором правомочий.

Кроме того, с советских времен сохранились исторические традиции интеграции учреждений бюджетной сферы в механизм государственного администрирования.

Помимо имущественной зависимости, в иерархической вертикали власти учреждения рассматриваются как исполнительные терминалы государственной политики: учреждения всегда были распределены в подведомственности соответствующих государственных органов.

В связи с этим не является странным вопрос, чем являются российские ЛПУ: МЕДИЦИНСКИМИ учреждениями или учреждениями ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Институт учреждений создавался как инструмент влияния тоталитарного государства в обществе, и потому не рассчитан на формат внутриобщественных отношений оказания тех или иных услуг (да и понятия услуг в советское время не существовало).

Должности руководителей учреждений относятся к номенклатуре соответствующих органов государственного управления: руководители учреждений являются представителями органов государственного управления в учреждениях, а не представителями учреждений перед органами государственного управления.

В условиях имущественной и административной зависимости учреждения лишены какой бы то ни было самостоятельности.

При этом учреждения недоступны ни приватизации, ни банкротству (несостоятельности).

В отличие от унитарных предприятий (и учреждений здравоохранения в составе их имущественного комплекса) объекты здравоохранения,

предназначенные для обслуживания жителей соответствующего поселения приватизированы быть не могут¹.

С возможностью банкротства сложнее: учреждение по обязательствам отвечает лишь имуществом, на которое может быть обращено взыскание – субсидиарную ответственность по обязательствам, например, казенного учреждения несет собственник его имущества.

А по обязательствам автономного учреждения собственник его имущества с 2010 года не отвечает, государство сложило с себя такую ответственность в ущерб интересам потенциальных кредиторов-взыскателей – проблема остается зависшей.

Как бы то ни было, о самостоятельности (независимости) ЛПУ говорить не приходится.

В отсутствие реальной самостоятельности самоокупаемость, самофинансирование и самоуправление российских учреждений невозможны.

И такую ситуацию исправить может только реорганизация, т.е. смена учреждением организационно-правовой формы.

Однако любой вариант реорганизации государственного или муниципального учреждения неизбежно обуславливает приватизацию имущества публичной принадлежности, на котором учреждение основано.

Тем самым рудиментарный институт учреждений недоступен улучшающим изменениям, развитию и совершенствованию – это организационно-правовой тупик, из которого еще не так просто выбраться.

Оба автора поднимают также вопрос **ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛПУ**.

Акад. А.Г. Аганбегян при этом делает акцент на разработке новых схем их финансирования, а проф. В.В. Гришин – на совершенствовании механизма ОМС.

Но в финансировании ли ЛПУ состоит вопрос?

Или даже так: в финансировании ли медицинских организаций, клиник этот вопрос заключается?

О ком проявляет заботу социальное государство: о клиниках или о пациентах?

¹ Ст. 30 Федерального закона от 21.12.2001 N 178-ФЗ (ред. от 14.02.2024) "О приватизации государственного и муниципального имущества" (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.05.2024)

Общество платит налоги (обязательные целевые взносы) не в интересах ЛПУ, медицинских организаций, клиник.

Государство собирает эти средства в пользу граждан для оплаты – за них, вместо них – оказываемой им медицинской помощи, а не в интересах ЛПУ, медицинских страховых компаний, здравоохранения в целом.

В медицинской помощи, подлежащей оплате, нуждаются пациенты, а здравоохранение, ЛПУ, медицинские страховые компании суть не более чем институциональные механизмы организации, оказания и оплаты такой помощи.

Как соотносятся эти институциональные механизмы между собой?

В мире социальное государство выступает контрагентом практической медицины, т.е. противоположной стороной в договорных отношениях.

Сторону социального государства представляет профильное министерство, а сторону практической медицины – органы медицинского сообщества, которые заключают соглашение по тарифам (оплаты медицинского труда, оплаты медицинских услуг или их аналогов ДСГ и т.п.).

Социальное государство платит в пользу граждан, а граждане получают медицинскую помощь.

Но государство может не быть социальным и потому – не собирать целевые налоги (обязательные взносы) и не выступать плательщиком в пользу граждан.

В отсутствие государственного института охраны здоровья в этом случае медицина в стране все-равно существует.

В этом случае способ ее финансирования определяет рынок.

Складываются экономические механизмы, в том числе страхование, включая медицинское страхование.

Но медицинское страхование в США, например, не тождественно таковому в Германии и Израиле.

В США медицина финансируется не государством, а децентрализованно - по преимуществу работодателями через механизм рискового (гражданского) страхования (не учитывая государственных программ социальной помощи Medicare и Medicaid и благотворительности).

А в Германии и Израиле медицина финансируется централизованно государством через механизм социального страхования, опосредуемый не страховыми компаниями, а больничными кассами.

Разница в том, что в первом случае за счет страхователя покрываются индивидуальные риски текущей имущественной несостоятельности застрахованного в оплате медицинской помощи, а во втором – в порядке взаимопомощи через распределительный механизм социальной солидарности (когда богатый платит за бедного, здоровый за больного и т.д.) обеспечиваются индивидуальные потребности здоровья застрахованного.

Рисковое и социальное страхование альтернативны настолько, насколько противоположны безучастность и сопричастность.

Оба автора – и акад. А.Г. Аганбегян, и проф. В.В. Гришин – останавливаются на вопросе соплатежей пациентов.

Оба рассматривают соплатежи единственно в качестве способа пополнить бюджет здравоохранения (в пример приводится, прежде всего, Германия).

Но почему вопрос о соплатежах пациентов не стоит в США?

Там это не только невозможно, но и рассматривается как вмешательство в отношения сторон договора – страхователя и страховщика (оплата выходящих за пределы страхового покрытия медицинских счетов может обсуждаться с другой стороной других отношений – с клиниками).

В Германии же соплатежи служат средством интеграции пациента в механизм оплаты оказываемых ему медицинских услуг – это делает его сопричастным к собственной судьбе, собственному выбору, собственной ответственности за этот выбор.

Соплатежи пациентов в России без интеграции пациента в механизм оплаты оказываемых ему медицинских услуг – это просто утяжеление социального бремени содержания здравоохранения.

Медицинское страхование в России отличается от мировой практики и рискового, и социального страхования.

Суть этих отличий в том, что ОМС является не более чем механизмом трансфера средств государственного бюджета из государственных внебюджетных фондов в государственные ЛПУ через посредничество частных компаний, которым придано положение квази-страховщика.

В этом механизме не создается страхового продукта, подобно рисковому страхованию, как нет и логики взаимопомощи, свойственной социальному страхованию.

Российская версия ОМС – и не вариант рискового, и не вариант социального страхования, как и вообще не вариант страхования.

Странно, если коммерческая организация, даже будучи встроенной в публичный процесс распределения средств государственного бюджета, ориентировалась бы на какие-либо иные цели (тем более – социальные), кроме извлечения прибыли в своих интересах.

Конфликт интересов изначально заложен в этот механизм: ЛПУ ориентирована по максимуму получить, а медицинская страховая компания – по максимуму оставить себе и присвоить, и система штрафов здесь как нельзя кстати.

Ну, и, как правильно написал проф. В.В. Гришин, вместо принципа «деньги следуют за пациентом» работает принцип «деньги идут перед пациентом или вместо пациента».

Пациент выступает лишь статистической единицей, которая учитывается при распределении средств финансирования ЛПУ, за которые идет борьба на поле ОМС.

Нужны иные точки отсчета, другие отправные начала: не накачка финансами неработающих механизмов охраны здоровья, а приведение этих механизмов в состояние работоспособности.

Работоспособность таких механизмов определяется социальной отдачей финансовых вложений в охрану здоровья.

Если вложения производятся в медицинскую профилактику той или иной патологии, то это должно сказываться на сокращении заболеваемости; если – в медицинскую реабилитацию, то в сферу социальной активности должно возвращаться больше людей, прежде ограниченных патологией; если – в лечение, то больше больных должно излечиваться или избавляться от тяжести патологии.

Связана ли эффективность медицины с эффективностью ее финансирования?

В той мере, в какой финансирование покрывает необходимую достаточность потребностей медицины – да.

Это – не как сейчас, когда нуждающийся в большем получает усредненно меньше, а в расчете на того, кому требуется сравнительно немного, выделяется усредненно больше.

Константой являются нужды здоровья пациентов – они не зависят от здравоохранения и вообще от государства: человек болеет так, как болеет он.

Константой является клиническая медицина – она, существовала, существует и будет существовать вне зависимости от степени социальности государства и наличия здравоохранения.

Но институциональный механизм организации медицинского дела константой не является, как не являются константой и институциональные механизмы публичной организации оплаты медицинской помощи: в случае несоответствия функционала объективным потребностям они подлежат замене.

Это значит, что:

- во-первых, здравоохранение в России может быть организовано не только по модели Семашко в нынешней химерной (по определению проф. В.В. Гришина) модификации: есть немало и других вариантов, которые могут быть реализованы на отечественной почве;
- во-вторых, помимо свойственной только постсоветскому пространству формы учреждений здравоохранения существует множество других форм, которые могут быть приданы клинике;
- в-третьих, медицинским страхованием по-российски отнюдь не исчерпываются возможности оплаты государством медицинской помощи гражданам: и в рамках страхования, и медицинского страхования, и за пределами медицинского страхования есть место иным финансовым механизмам.

Чем определяется выбор того, другого и третьего?

Понятно, этот выбор определяется не финансовым самочувствием здравоохранения, ЛПУ и медицинских страховых компаний.

Не финансирование ради финансирования лежит в основе здравоохранения.

Не ради финансирования существует охрана здоровья.

Финансирование является не более чем инструментом здравоохранения.

Здравоохранение состоит в конвертации посредством медицины финансовых вложений в социальный результат.

Если не работает механизм такой конвертации, то увеличение вложений хоть до 6% ВВП (по проф. В.В. Гришину), хоть до 7-8% и до 10-12% (по акад. А.Г. Аганбегяну) создаст лишь эффект увеличения вложений – с потреблением их без проявления новым социальным результатом.

Но исследования проблемы необходимой достаточности финансирования практической медицины в условиях советского и российского здравоохранения по модели Семашко не проводились.

Как не проводился анализ отдельно нужд, потребностей и запросов практической медицины в современной России.

Равным образом, не выяснялось, каково соотношение величин финансирования клинической медицины в сравнении с финансированием административного аппарата здравоохранения, включая систему ОМС, и т.д.

Необходимая достаточность финансового обеспечения потребностей охраны здоровья каждого отдельного пациента и необходимая достаточность финансового обеспечения отдельной клиники суть не одно и то же.

Государством должно обеспечиваться первое, а обеспечить второе – задача самой клиники: будет конкуренция – будет стремление к пользе для здоровья пациента.

Но конкуренция – это явление свободного рынка, а не администрируемой цепи освоения выделенных по бюджету средств: учреждения не конкурируют, не конкурентоспособны и состоятельны лишь до тех пор и постольку, пока и поскольку существуют на всем готовом.

Обеспечивает ли ОМС необходимую достаточность для первичного звена здравоохранения?

Нет, и об этом прямо говорит проф. В.В. Гришин: заведомо убыточные для клиник эрзац-тарифы ОМС ниже себестоимости медицинских услуг не покрывают ряд текущих затрат (например, обслуживание и ремонт оборудования), в нем нет амортизационных отчислений и нет наценки.

Если порочен механизм ОМС, чем обусловлена уверенность проф. В.В. Гришина в его исправимости?

Финансирование как инструмент здравоохранения имеет совершенно другие, отличные от сугубо административных, детерминанты и совершенно другие

цели, чем ориентированные сугубо на экономичность для государственного бюджета.

Проф. В.В. Гришин полагает, что есть варианты, сравнивая то, что есть, с тем, что было в советское время.

На деле различия лукавые представлены лишь в относительных цифрах потерь (6% тогда и 3,4% сейчас): в обоих случаях финансирование здравоохранения одинаково бюджетное, одинаково затратное и одинаково неэффективное.

Говорить о возврате к советской модели Семашко тогда, когда от нее и не отходили, странно: не может быть другой модель нынешнего российского здравоохранения с сохранением всей начинки и атрибутики модели Семашко.

Порочна и сама парадигма финансирования здравоохранения в целом, и схема трафика средств бюджета в ЛПУ, безответственность которых за неэффективность ничем им не грозит: все потери несут лишь пациенты.

Значит ли это, что соплатежи пациентов и/или консолидация финансов в ОМС что-то изменят?

Очевидно, нет.

Третий вопрос, который оба автора выносят в число детерминирующих факторов, это – **РОЛЬ ВРАЧА**.

Акад. А.Г. Аганбегян придает значение врачебному профессиональному сообществу – по его мнению, следует:

- повысить роль профессиональных сообществ и их ответственность за кадровые рекомендации для административных органов;
- функции установления нормативов для врачей равно учреждений здравоохранения и частных клиник предоставить соответствующим сообществам врачей-специалистов, в состав которых они должны входить;
- возложить обязанность аттестации врачей для допуска к использованию тех или иных медицинских технологий на сообщество врачей, в которое входят видные специалисты в соответствующей области – для внедрения системы непрерывного роста квалификации врачей под надзором профессионального сообщества.

Проф. В.В. Гришин видит перспективы в придании профессии врача экономического содержания:

- признать производительный характер медицинского труда, с созданием врачами добавленной стоимости;
- вместо положения бесправного бюджетника, которому не гарантирована даже занятость, придать врачу статус субъекта права, полноправного участника страховых отношений;
- вместо клиник лицензировать деятельность врачей с возложением личной экономической ответственности за свои клинические решения и манипуляции.

Оба автора одинаково правы в постановке вопроса.

Действительно, всюду медицинское сообщество объединяет носителей медицинской профессии в условиях самоорганизации и самоуправления – субъектность профессионального сообщества признается государством.

Действительно, всюду профессиональный статус имеет экономическое значение – не по трудовой позиции, не по должности.

Вопрос лишь в том, как в наших реалиях врачу пройти путь от административно-трудовой зависимости к экономической самостоятельности хозяйствующего субъекта, и дальше – к единству равных в профессиональной общности.

Этого ни тот, ни другой автор не коснулись.

Статус врача – это в России *terra incognita*: дольше века длится положение врача в качестве медработника.

Между тем до 1923 года, когда наркомом Семашко была упразднена частная медицина, ставшая после этого частью советского здравоохранения, российские врачи оставались свободными экономическими агентами: кто-то из них занимался в городах коммерческой практикой, кто-то – фабричной медициной или служил на селе в земстве.

Трудового права в нынешнем виде еще не было, как не было и услуг, но медицинская помощь оказывалась в договорных отношениях – врачи уже создавали добавленную стоимость.

То есть врачи были хозяйствующими субъектами, а потому – в современной интерпретации – сами получали плату, сами несли ответственность, сами могли бы лицензировать свою деятельность и страховать связанные с нею риски.

Непроизводительный характер медицинской деятельности и статус врача в качестве бюджетника случились уже позже, при советском здравоохранении.

В мире же врач всегда оставался субъектом вознаграждения за свои труды, как и отвечающим по делам своим.

И за рубежом нигде никогда трудовое право не обособлялось от гражданского настолько, чтобы приобрести характер вертикали, иерархического неравенства.

Врач всюду либо является субъектом экономической деятельности по профессии, либо состоит на службе государства: ни работником, ни бюджетником в советско-российском понимании он нигде не рассматривается.

И, чтобы вернуться к общемировой практике, нужно подвергнуть отечественную радикальному пересмотру: полумеры ни к чему не приведут.

Чтобы российский врач смог выступать хозяйствующим субъектом, ему нужно придать статус индивидуального предпринимателя (ИП) и запретить работу по трудовому найму – состоять в договорных отношениях с клиниками только на условиях гражданско-правового подряда.

Можно ли этого достигнуть без изменения существующего положения дел?

Нет, тогда нужно перестраивать всю схему функционирования учреждений здравоохранения (либо ликвидировать их) и финансирования практического звена за счет средств государственной казны.

Если врач обретает статус хозяйствующего субъекта, все субъекты медицинской деятельности становятся одинаково частными и равноудаленными от государства, одинаково не приемлющими неполный тариф ОМС и одинаково не доступными для привычного публичного администрирования.

Но это – условие и цена возможности воссоздания в России медицинского сообщества и профессионального самоуправления: иначе это – не сообщество, а административно организованная медицинская общественность, как сейчас.

В целом, реформа здравоохранения в России по предложениям двух известных авторов, изложенным в работах, значимо выделяющихся из общей массы опубликованных за последние 10 лет на ту же тему, в реалиях не имеет возможности осуществления.

Проблема реформы и проблема видения проблемы реформы – разные вещи.

Оба автора в своих предложениях, безусловно, правы, но не предвидят тектонических сдвигов последствий, которые неизбежны и радикальны настолько, что нуждаются в заблаговременной разработке возможных вариантов во всей их полноте и многообразии.

Обращает внимание, что каждый говорит, ЧТО нужно, хотя ни тот, ни другой не говорит, КАК этого достигнуть: оба автора сводят все к увеличению финансирования, обосновывая это сходными доводами.

Но требуется не набор отрывочных разрозненных концептов, а единая цельная концепция новой организации охраны здоровья с отказом от сохранения любых элементов модели Семашко.

Это ни в коей мере не умаляет достоинств названных работ, показывая лишь, что нужен другой подход, другой ракурс взгляда на проблему.

Использованные источники.

1. Аганбегян А.Г. О целях и мерах реформирования здравоохранения в России. Вопросы экономики. 2014. № 2. С. 149-157.
2. Гришин В.В., Рагозин А.В. Политэкономика здравоохранения: как выйти из кризиса. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 1. С. 30–37.