

Электронный научный журнал «Век качества» ISSN 2500-1841 <http://www.agequal.ru>

2020, №2 [http://www.agequal.ru/pdf/2020/AGE\\_QUALITY\\_2\\_2020.pdf](http://www.agequal.ru/pdf/2020/AGE_QUALITY_2_2020.pdf)

**Ссылка для цитирования этой статьи:**

Рац С.П., Егоров О.Н. Здоровоохранение и национальная безопасность. Организационно-правовые и экономические проблемы и тенденции современного российского здравоохранения // Электронный научный журнал «Век качества». 2020. №2. С. 20-34. Режим доступа: <http://www.agequal.ru/pdf/2020/220002.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

УДК 351.77; 614.2

## **Здоровоохранение и национальная безопасность**

Организационно-правовые и экономические проблемы и тенденции  
современного российского здравоохранения

***Рац Сергей Петрович***

*студент III курса Института права ФГБОУ ВО «Челябинский  
Государственный Университет»,  
обучающийся по программе специалитета  
40.05.01 «Правовое обеспечение национальной безопасности»  
454001, г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, д.129,  
[sergei9418@mail.ru](mailto:sergei9418@mail.ru)*

***Егоров Олег Николаевич***

*врач, юрист, к.м.н.,  
доцент кафедры прокурорского надзора и организации  
правоохранительной деятельности Института права  
ФГБОУ ВО «Челябинский Государственный Университет»  
454001, г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, д.129,  
[yegorov@narod.ru](mailto:yegorov@narod.ru)*

**Аннотация.** В сфере российского здравоохранения наблюдается кризис. На основании изучения статистических данных авторами сделан вывод о том, что выявленные тенденции в развитии отечественного здравоохранения могут представлять угрозу национальной безопасности России и требуют срочной адекватной коррекции.

**Ключевые слова:** оптимизация, кризис реформы здравоохранения, коммерциализация.

На расширенном заседании президиума Госсовета РФ, проходившем 31 октября 2019 г. в Калининградской области, Президент РФ В.В. Путин выступил с рядом критических замечаний по поводу проводимой последние годы реформы здравоохранения: «Более 60 процентов граждан невысоко оценивают качество здравоохранения, и в основном это относится к его первичному звену», «большинство претензий граждан справедливы и обоснованны, и в случаях, когда мало что меняется к лучшему, это становится особенно очевидным», «низкая доступность учреждений первичного звена: ФАПов, врачебных амбулаторий, поликлиник, районных больниц. Многие здания, как известно, построены ещё в середине прошлого века, не ремонтировались долгие-долгие годы. Оснащённость диагностическим оборудованием зачастую скудная, практически везде дефицит кадров» [1].

В чем же видится причина неуспеха реформ?

Для начала, как отмечают исследователи-экономисты [2], последние годы финансирование сферы отечественного здравоохранения нельзя назвать полноценным. Согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждое цивилизованное государство должно тратить на здравоохранение не менее 6% ВВП; однако в настоящее время в России на здравоохранение тратится около 4% от ВВП, то есть почти в полтора раза меньше, чем нужно. Для сравнения: США тратит на охрану здоровья своих граждан 8,1% от ВВП, Германия - 8,6%, Франция - 9%, Голландия - 9,9%.

При этом отмечается неспособность регионов поддерживать заданный федеральный уровень качества медицинских услуг, недостаток финансирования и нерадивость местных чиновников, мешающих реализации планов федерального правительства по созданию качественной и доступной медицинской помощи [3].

Решить вышеуказанные проблемы планируется повышением финансирования здравоохранения (правда, всего-то с 3,7% ВВП, выделяемых на данный момент, до 4,1%), причем рост запланирован уже на 2020 г. [4], и,

конечно, повышением исполнительской дисциплины и противодействием коррупции.

Однако даже самый узкий обзор прошедших лет наводит на мысль о том, что проблема кроется не только в вопросах реализации, финансирования, коррупции и других «вечных» зловключениях различных реформ. Всё движение российской реформы здравоохранения, на наш взгляд, показывает, что медицина активно втягивается в проводимый последние 30 лет курс тотальной коммерциализации всех областей жизни.

Для начала рассмотрим изменения, произошедшие в медицине за последние годы. Начнём с основного показателя доступности медицинской помощи населению, а именно с количества больничных коек (табл. 1).

Таблица 1.

#### Обеспеченность населения больничными койками

Год	2014	2015	2016	2017	2018
Общее число больничных коек	1 137 997 (1266,8 тыс.)*	1 097 134 (1222,0 тыс.)*	1 074 382 (1197,2 тыс.)*	1 054 528 (1182,7 тыс.)*	1 044 875 (1172,8 тыс.)*
Обеспеченность на 10000 чел. населения	77,8	75,0	73,3	71,8	71,1

\*Данные Росстата [5, 6, 7, 8, 9].

Итак, мы видим, что за предыдущие 5 лет количество больничных коек сократилось на 93 122 штуки или 8,18% от показателя 2014 г. Обеспеченность населения больничными койками постоянно падало все эти 5 лет.

Теперь рассмотрим данный факт в совокупности с данными [5, 6, 7, 8, 9] о сети медицинских организаций (табл. 2).

Таблица 2.

**Основные статистические данные работы здравоохранения**

Год	2014	2015	2016	2017	2018
Число медицинских (больничных) организаций - всего	8483 (5,6)*	8044 (5,4)*	7767 (5,3)*	7529 (5,2)*	7318 (5,2)*
в том числе: оказывающих медицинскую помощь населению	7098	6776	6559	6381	6228
из них: число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	4865	4688	4572	4468	4390
Средняя длительность пребывания пациента на койки (в днях)	11,6	11,4	11,1	11,0	10,7
Летальность (в %)	1,6	1,71	1,77	1,8	1,9

\*Данные Росстата [5, 6, 7, 8, 9].

Таким образом, мы видим, что речь идет о банальном сокращении медицинских организаций, которое, в свою очередь, тянет за собой сокращение пребывания пациента в условиях стационарного лечения и логичный рост летальности.

Следующий фактор, который мы рассмотрим, ориентируясь на данные Министерства здравоохранения и Росстата [5, 6, 7, 8, 9], - это загруженность медицинских организаций и численность персонала (табл. 3).

Таблица 3.

Данные, касающиеся медицинского персонала и врачебной нагрузки

Год	2014	2015	2016	2017	2018
Мощность МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по числу посещений в смену	3 302 219	3 314 116	3 320 566	3 335 500	3 346 149
Численность врачей (тыс.) Для 2014 с аспирантами, клиническими ординаторами и интернами	622,6 (709,4)*	543,6 (673,0)*	544,5 (680,9)*	548,4 (697,1)*	548,8 (703,7)*
Численность среднего медицинского персонала (тыс.)	1287,7 (1525,1)*	1309,8 (1549,7)*	1292,0 (1537,9)*	1266,2 (1525,2)*	1224,2 (1491,4)*
Численность среднего медицинского персонала вместе с числом физических лиц без медицинского образования, занимающих должности среднего медицинского персонал (тыс.)	-	-	-	-	1266,4

\*Данные Росстата [5, 6, 7, 8, 9].

Здесь мы видим, что результатом сокращения медицинских организаций стало:

1. Повышение нагрузки на амбулаторные медицинские организации и их врачебный персонал, численность которого не только не была увеличена, но и даже снизилась;

2. Сокращение среднемедицинского персонала (возможно, объясняется переводом их в статус уборщиц и т.д.);

3. Появление в 2018 г. категории медицинских работников, вообще не имеющих медицинского образования, но занимающих должности среднего медицинского персонала (!).

В общем итоге за последние 5 изученных лет наблюдается ситуация, которую лично мы рискнём назвать деградацией всей системы здравоохранения.

Особенно, как нам представляется, актуален в России вопрос коммерциализации медицины в государственных учреждениях и расширение частного сектора в области здравоохранения.

Л.С. Шилова приводит такой пример: «Руководство медицинских учреждений активно ищет способы заработать..., администрация государственного роддома просит врачей-лаборантов повышать в анализах младенцев уровень глюкозы для назначения дополнительных анализов и дорогих лекарств, за что роддом получит дополнительные деньги от ОМС» [10].

Другой, не менее показательный, пример: в октябре 2019 г. главный врач одной из больниц подписал приказ о сокращении штата зубных техников зубопротезной лаборатории. В ответ на критику со стороны сокращённых и со стороны населения администрация учреждения так пыталась объяснить принятое решение: «Отчеты о финансово-экономической деятельности зубопротезного отделения показывают регулярное неисполнение установленного обязательного минимального финансового плана (недовыполнение на 63%). За 11 месяцев 2019 года прямые убытки от деятельности зубопротезной лаборатории составили 3,7 млн руб., за период с 2017 года – 7,354 млн руб.». Мы не указываем название больницы и фамилию главного врача, т.к. в настоящее время процитированный комментарий удалён, отсутствует на сайте учреждения, но приводим встретившееся нам высказывание в качестве весьма характерного примера мышления организаторов отечественного здравоохранения.

Можно здесь же привести данные опроса, проведенного ОНФ в 2018 г.: 57,6% опрошенных медиков отмечают повышение доли платных услуг в государственных учреждениях [11].

В таких условиях происходит превращение социальной гарантии в товар, а, учитывая потребительскую стоимость такого товара, мы, безусловно, будем наблюдать и соответствующее ему рыночные отношения. Так, Л.И. Васильцова отмечает: «Российская модель обязательного медицинского страхования (ОМС)

построена таким образом, что стратегия улучшения качества лечения пациентов, система лекарственного обеспечения, материально-техническое обеспечение лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), система показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений и заработной платы медицинских работников направлены не столько на лечение, сколько на администрирование деятельности организаций, взаимодействие с институтами рынка медицинских услуг, в первую очередь, страховыми медицинскими организациями» [12].

К чести медицинских работников, мы должны отметить возмущение, которое вызывает всё движение реформы в профессиональных кругах - достаточно прочесть публикации на любом общедоступном медицинском интернет-ресурсе. Однако, по мнению правительственных кругов, система достаточно хорошо работает, особенно в сфере привлечения частного бизнеса в сферу здравоохранения. Так, 7 июля 2019 г. на ПЭМФ вице-премьер Т.А. Голикова сказала: «Все стремятся в здравоохранение. Почему? Потому что в 2010 году была создана понятная система тарификации медицинских услуг. К ней долго адаптировались, но она заработала. Если в 2014 году у нас было всего 1695 организаций частного бизнеса, которые работали в здравоохранении, сейчас же за 2018 год их 3029» [13].

По оценкам сайта BusinesStat, в 2018 г. оборот медицинского рынка России достиг 3063 млрд руб. В этом же году стоимостный объем сектора легальной коммерческой медицины вырос на 10,8% и составил 483 млрд руб. Среди факторов роста сегмента можно выделить повышенную востребованность услуг узких специалистов в частном сегменте в результате оптимизации государственных клиник и замедление темпа роста цен на услуги кассовой медицины в 2018 г. [14].

Рассмотрим более подробно, как развивался частный сектор в сфере здравоохранения за последние годы (табл. 4) на основе исключительно данных Росстата [8, 9]:

Таблица 4.

### Организации здравоохранения по форме собственности

<b>Больничные организации</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Государственные	5638	5433	5357	5293	5257
Частные	166	180	205	241	259

Таким образом, мы видим снижение числа медицинских организаций государственного сектора и неуклонное увеличение частного.

На фоне обострившихся в последние годы конфликтов работников здравоохранения с руководством больничных организаций не менее показательна статистика занятости (табл. 5) [8, 9].

Таблица 5

### Статистика занятости в медицинских учреждениях по формам собственности

<b>Форма собственности</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Государственная (тыс.)	3399,1	3550,2	3588,1	3374,8	3423,6
Муниципальная (тыс.)	517,8	343,0	255,2	234,1	205,8
Частная (тыс.)	343,7	367,1	401,3	424,6	460,7

Мы наблюдаем на фоне постепенного уменьшения общей численности медицинских работников в России и при колебаниях на практически одном уровне численности работников государственных медицинских учреждений, а также при резком сокращении занятости в муниципальной медицине явный рост частного сектора занятых в здравоохранении. Если в 2014 г. в процентном отношении медработники, занятые в частном секторе, составляли около 8%, то в 2018 - более 11,0%.

Как уже было указано выше, Т.А. Голикова отметила, что весь этот процесс начался с 2010 г., когда появилась «понятная система тарификации медицинских услуг».



Не остаётся в стороне от дискуссий по теме также и наука: некоторые публикации последних лет помимо оправдания сокращения доступа населения к медицинской помощи всё активнее рассматривают здравоохранение как вполне обычный сектор экономики, причем немало внимания уделяется перспективности рынка медицинских услуг. Так, например, Е.В. Репринцева в своей работе, посвященной оптимизации коечного фонда в Курской области, делает заинтересовавшее нас замечание: «Дальнейшее сокращение коечного фонда должно осуществляться при выполнении мероприятий, которые обеспечат рост уровня доступности населения Курской области к данному виду медицинской помощи, а также повышение социальной, медицинской и экономической (*sic!*) деятельности стационаров» [15]. Каким образом можно увеличить доступность медицинской помощи путём сокращения возможности оказать её со стороны медицинской организации нам объясняется чуть ниже: «Это возможно обеспечить путем повышения эффективности использования коечного фонда за счет сокращения длительности лечения пациентов в стационаре, достижения оптимальной занятости и повышения оборота коек» [там же]. Выше мы уже приводили статистику Минздрава, которая в цифрах наглядно показывает, как коррелируют между собой занятость койки и смертность пациентов.

К ещё более, на наш взгляд, циничному заключению в вопросе коммерциализации медицины приходит А.П. Татарinov: «В странах с высокой социальной ролью государства независимость и инициатива частных поставщиков медицинских услуг в сочетании с универсальным доступом к услугам здравоохранения не только способствуют повышению качества услуг, но и позволяют добиваться сбалансированности расходов на здравоохранение и сокращения управленческие издержек. Кардинально отличается частная модель, для которой характерно отсутствие целостной системы здравоохранения и доступа значительной части населения к гарантированной медицинской помощи. Однако в силу чрезвычайной развитости конкуренции и

наличию стимулов к внедрению инноваций, потребители (хотя и не все) получают большую свободу выбора, доступ к самым передовым технологиям и высокое качество медицинской помощи» (орфография и пунктуация цитируемого текста сохранены) [16]. Далее А.П. Татаринов предлагает «провести поиск дополнительных источников финансирования», «увеличить долю расходов на здравоохранение из общественных средств», «ввести соплатежи населения» и т.д. и т.п.

Выше мы уже рассмотрели, чего стоят ожидания того, что, переложив ответственность за вопросы собственного здоровья на плечи обеспеченной части населения, можно улучшить общее качество и доступность обеспечения медицинской помощи в государственных организациях. Сокращение бюджетных медицинских организаций и постепенный переход оставшихся на коммерческие рельсы наряду с увеличением частного сектора здравоохранения, мы уверены, повлекут за собой единственный результат - лишение доступа к здравоохранению всего (за небольшим исключением) российского населения. Скромно указанные в скобках А.П. Татариновым «хотя и не все» вообще-то включают в себя 54,5% населения России с ежемесячным доходом меньше 27 000 руб.; даже с учетом более благополучных категорий населения нашей страны имеют доход до 70 000 руб. в месяц 92,6 % [17], т.е. как раз почти все.

Стоит отметить, что наша вышеприведенная критика, разумеется, несет в себе цель показать ошибку не столько конкретных авторов, сколько общий методологически системный дефект, заключающийся, как нам представляется, в попытках при подходе к проблемам современного здравоохранения найти некую золотую середину между кардинальными социально-экономическими противоречиями. Ошибочно, по нашему мнению, было бы полагать, что указанную проблему возможно решить, руководствуясь принципом «И волки сыты, и овцы целы». Любая попытка решить вопрос противоречия между рыночными отношениями в сфере здравоохранения и цельной, действительно полно охватывающей всё общество системой национального здравоохранения,

видимо, обречена на провал, так как приведенные нами статистические данные убедительно показывают, что у населения России нет возможности пользоваться услугами исключительно платной медицины. Возвращаясь к вопросу о 54,5% населения, живущих менее чем на 27 000 руб. в месяц, следует учитывать количество граждан, которые проживают за чертой бедности, количество безработных, - не будем говорить уже о в целом низком уровне пенсионного обеспечения. А ведь это миллионы (!) человек, которые по итогам просто в силу неумолимой математики не смогут позволить себе такое «удовольствие», как полноценная медицинская помощь.

### **Выводы**

В таких условиях переход медицины в рыночную сферу приведет к окончательной деградации лечебно-профилактической системы РФ, так как подавляющее число населения не будет иметь возможности для обращения за оказанием полноценной (тем более - профилактической) медицинской помощи. Говорить, что получится таким образом выстроить систему здравоохранения, причём именно как национальную программу развития, не представляется возможным - на выходе мы получим оторванные друг от друга медицинские организации, каждая из которых будет обслуживать определенную социальную прослойку населения с естественной градацией качества оказываемых услуг. Это может способствовать усилению расслоения населения по социально-экономическим критериям и росту социальной напряжённости в российском обществе. В целом, как мы считаем, выявленные тенденции в развитии отечественного здравоохранения могут представлять угрозу национальной безопасности России и требуют срочной адекватной коррекции.

### Список литературы

1. Заседание президиума Госсовета о задачах субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения // Официальный сайт Президента России: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/61942> (дата обращения: 08.01.2020 г.).
2. Дукмасова А.Ю. Проблемы финансирования сферы здравоохранения в Российской Федерации / А.Ю. Дукмасова, В.А. Юнусова // Ростовский научный журнал: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://rostjournal.ru/?p=5697> (дата обращения: 08.01.2020 г.).
3. Голикова Т. Голикова назвала проведение оптимизации в сфере здравоохранения ужасным / Т. Голикова // tass.ru: [веб-сайт]: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/7418625> (дата обращения: 09.01.2020).
4. Силуанов А.Г. На модернизацию первичного звена выделяют 550 млрд за пять лет // А. Силуанов // vademec.ru: [веб-сайт]: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://vademec.ru/news/2019/10/31/siluanov-na-modernizatsiyu-pervichnogo-zvena-vydelyat-550-mlrd-za-pyat-let> (дата обращения: 09.01.2020).
5. Статистический сборник за 2015 год. Данные по Ресурсам и деятельности медицинских организаций здравоохранения за 2016 // Министерство здравоохранения Российской Федерации: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god> (дата обращения: 09.01.2019 г.).
6. Статистический сборник за 2017. Данные по Ресурсам и деятельности медицинских организаций здравоохранения за 2016 // Министерство здравоохранения Российской Федерации: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa->

- 979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god (дата обращения: 09.01.2019 г.).
7. Статистический сборник за 2018. Данные по Ресурсам и деятельности медицинских организаций здравоохранения за 2019 // Министерство здравоохранения Российской Федерации: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god> (дата обращения: 09.01.2019 г.).
  8. Статистический сборник “Здравоохранение в России 2019” // Федеральная служба государственной статистики: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.gks.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 09.01.2019 г.).
  9. Статистические данные в сфере здравоохранения // Федеральная служба государственной статистики: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.gks.ru/folder/13721> (дата обращения: 09.01.2019 г.).
  10. Шилова Л. С. Трансформация условий профессиональной деятельности врачей в процессе оптимизации здравоохранения. Часть 2 / Л.С. Шилова // СНИСП. – 2019. - №2 (26): [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsiya-usloviy-professionalnoy-deyatelnosti-vrachey-v-protssesse-optimizatsii-zdravoohraneniya-chast-2> (дата обращения: 01.01.2020).
  11. Звездина П. Почти 25% российских врачей получали указания навязывать платные услуги / П. Звездина // РБК: [веб-сайт]: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/10/12/2018/5c09419b9a7947781ad3fa28> (дата обращения: 01.01.2020).
  12. Васильцова Л.И. Жесткая оптимизация системы здравоохранения приведет к «расчеловечиванию» общества / Л.И. Васильцова // Дискуссия. - 2017. - №8 (82): [Электронный ресурс]. - Режим доступа:

- <https://cyberleninka.ru/article/n/zhestkaya-optimizatsiya-sistemy-zdravoohraneniya-privedet-k-raschelovechivaniyu-obschestva> (дата обращения: 01.01.2020).
13. Голикова Т. Частный бизнес охотно вкладывает средства в здравоохранение / Т. Голикова // RIA.RU: [веб-сайт]: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://ria.ru/20190607/1555355628.html> (дата обращения: 01.01.2020).
14. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2014 – 2018 гг., прогноз на 2019-2023 гг. // BusinesStat [веб-сайт]: [Электронный ресурс]. - Режим доступа:  
[https://businessstat.ru/images/demo/medicine\\_russia\\_2019\\_demo\\_businessstat.pdf](https://businessstat.ru/images/demo/medicine_russia_2019_demo_businessstat.pdf)  
(дата обращения: 01.01.2020).
15. Репринцева Е.В. К вопросу оптимизации коечного фонда в здравоохранении Курской области / Е.В. Репринцева // Иннов: электронный научный журнал. - 2018. - №1 (34): [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-optimizatsii-kochnogo-fonda-v-zdravoohranenii-kurskoj-oblasti> (дата обращения: 01.01.2020).
16. Татаринов А.П. Подходы к оптимизации модели финансирования и организации здравоохранения в Российской Федерации / А.П. Татаринов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2015. - №2 (20): [Электронный ресурс]. - Режим доступа:  
<https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-optimizatsii-modeli-finansirovaniya-i-organizatsii-zdravoohraneniya-v-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 01.01.2020).
17. Статистические данные об уровне жизни населения // Федеральная служба государственной статистики: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.gks.ru/folder/13397> (дата обращения: 09.01.2019 г.).

## **Legal and economic problems and trends in modern Russian healthcare**

***Rats Sergey Petrovich***

*III year student of the Institute of Law FSBEI HE "ChelSU",  
specialty student  
40.05.01 "Legal support of national security"  
454001, Chelyabinsk, st. Kashirin brothers. d.129,  
[sergei9418@mail.ru](mailto:sergei9418@mail.ru)*

***Yegorov Oleg Nikolaevitch***

*doctor, lawyer, candidate of medical sciences,  
Associate Professor, Department of Public Prosecutions and  
law enforcement  
Institute of Law FSBEI HE "ChelSU"  
454001, Chelyabinsk, st. Kashirin brothers. d.129,  
[yegorov@yandex.ru](mailto:yegorov@yandex.ru)*

**Annotation.** There is a crisis in the Russian healthcare sector. Based on the study of statistical data, the authors concluded that the identified trends in the development of domestic health care may pose a threat to the national security of Russia and require urgent adequate correction.

**Key words:** optimization, crisis of healthcare reform, commercialization.