

А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

*Российский научно-исследовательский медицинский университет им.
Н.И.Пирогова, г.Москва.*

Контактная информация: А.А. Лебедев e-mail: prof.lebedev@yandex.ru

Резюме

Реформа здравоохранения, проводимая последние 20 лет, привела к тому, что в сознании профессионального медицинского сообщества страны и общества в целом, произошло миксирование трех принципиально различных понятий - «охрана здоровья», «здравоохранение» и «медицина» в единую категорию – «система здравоохранения».

В статье рассматривается место врача в современной медицине. Автор считает, что развитие института социального предпринимательства в медицине может стать стимулом, который задаст новый вектор в решении вопроса о правосубъектности врача и поможет запуску механизмов саморегулирования и самоуправления во врачебном сообществе.

Ключевые слова: реформа здравоохранения, субъекты системы здравоохранения, модели медицины, социальное предпринимательство.

A.A. Lebedev

Through the unity of the difference between the concepts of health

The Russian State Medical University, Moscow

e-mail: prof.lebedev@yandex.ru

Summary

Health care reform pursued by the last 20 years has led to the fact that in the minds of the professional medical community, country and society as a whole, there was miksirovanie three fundamentally different concepts - the "health", "health" and "medicine" into one category - "Health System". The paper considers the place of a doctor in medicine today. The author believes that the development of the institute of social entrepreneurship in medicine can be an incentive, which will set a new vector in addressing the legal and medical help to launch self-regulatory and self-management in the consulting community.

Key words: health care reform, health system actors, models, medicine, social entrepreneurship.

Введение

Жаркие дебаты сторонников и противников обновления законодательства об охране здоровья граждан России продолжают будоражить как профессиональную медицинскую корпоративную среду, так и иные институты гражданского общества.

В полемику включились уже и первые лица государства, давая тем самым понять, что хватит переливать из пустого в порожнее, пора трансформировать законопроект в собственно Закон, что, в конце концов, и произошло. Нельзя же до бесконечности принимать во внимание умозаключения одних и догматизм других при решении важнейшей государственной задачи – модернизации здравоохранения.

То, что модернизация здравоохранения в политике властей пока остаётся актуальной задачей, подтверждается колоссальными денежными вливаниями в нацпроект «Здоровье», который, с подачи тех же властей, провозглашен политико-идеологическим процессом в сфере здравоохранения. Ну, а любой политико-идеологический процесс нуждается в законодательной основе, причем не вчерашнего дня, а современной, модернизированной в соответствии с понятиями и правилами дня сегодняшнего. Вот такой законодательной основой, по

мнению власти, и должен стать новый закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Однако основы основами, но ведь достижение главной цели здравоохранения, решение задач, стоящих перед отраслью, выполнение вполне конкретных функций по организации медико-профилактического обслуживания граждан не может опираться на законодательный акт рамочного формата, да еще и не обеспеченного четкими надзорными инструментами. Ведь обсуждаемый законопроект, по своей сути, является рамочным документом, определяющим совокупность мер, целью которых является создание условий, направленных на сохранение здоровья, увеличение продолжительности жизни человека и гарантирования ему медицинской помощи. Именно такое его толкование соответствует общепринятому в медицинской науке определению понятия «Охрана здоровья».

Обсуждение результатов

Перманентная реформа отрасли, проводимая последние 20 лет, привела к тому, что в сознании и профессионального медицинского сообщества страны, и общества в целом, произошло миксирование трех принципиально различных понятий - «охрана здоровья», «здравоохранение» и «медицина» в единую категорию – «система здравоохранения». А между тем, каждый элемент данной триады имеет собственное назначение.

Передовая статья А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

Если охрана здоровья – это совокупность тех или иных мер, целью которых является создание условий, направленных на сохранения здоровья человека, увеличения продолжительности жизни и соблюдение конституционных гарантий по предоставлению медицинской помощи, то здравоохранение, уже совсем иная категория.

Основу термина «здравоохранение» составляет профилактическая доктрина, суть которой выражается в охране здоровья здоровых. Система сохранения здоровья здоровых (система здравоохранения) – одна из основ обеспечения безопасности как в государстве в целом, так и в отдельных его отраслях и ведомствах. Соблюдение настоящей доктрины позволяет говорить о социально-экономической эффективности здравоохранения и оценивать в абсолютных и относительных величинах его вклад в здоровье нации.

Основной целью здравоохранения является обеспечение максимально высоких показателей здоровья населения страны путем сокращения прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности.

Первостепенными задачами здравоохранения были, есть и будут: обеспечение общедоступности медицинской помощи; гарантированность своевременности оказания медицинской помо-

щи; гарантированная безопасность медицинской помощи, обеспечение принципа бесплатности предоставления медицинской помощи как формы социальной защиты; квалификация медицинской помощи и повышение её качества.

С позиции институтов государственной власти здравоохранение – это форма государственной политики, направленная на сбережение здоровья нации (живущих и будущих поколений). Практическая реализация этой политики осуществляется через отраслевую инфраструктуру, которая, как правило, представлена: федеральными и территориальными органами управления здравоохранением; медицинскими и фармацевтическими высшими и средними учебными заведениями; медицинскими научно-исследовательскими структурами, лечебно-профилактическими учреждениями (организациями); учреждениями санитарно-эпидемиологической службы; фармацевтическими и аптечными организациями; предприятиями медицинской промышленности.

Отсутствие одного из выше перечисленных элементов является прямым проявлением нарушения целостности здравоохранения как системы, что позволяет говорить о её организационной и структурно-функциональной неполноценности или несостоятельности. В этом аспекте, утверждение ряда реформаторов о том, что в стране, наряду с государственной системой здравоохранения, сформирована частная система здра-

Передовая статья А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

воохранения, являются несостоятельными. Скорее, можно говорить о формировании и развитии системы частного медицинского обслуживания населения, основу которой составляет достаточно обширная (более 45 тыс. структур) сеть частных (частных) медицинских организаций как коммерческого, так некоммерческого типа.

Субъектами здравоохранения являются учреждения здравоохранения, формирующие совокупный парк активов отрасли. А вот медицинские работники - врачи, фельдшеры, медсестры - статусом субъекта здравоохранения не обладают. На сегодняшний день все они относятся к категории трудовых (кадровых) ресурсов и используются отраслью в качестве наемных работников.

Управление субъектами здравоохранения осуществляют работники административно-управленческого аппарата отрасли, т.е. чиновники. Да, да, именно чиновники, начиная с уровня министра здравоохранения и заканчивая уровнем главного врача ЦРБ. Причем, в качестве чиновников могут выступать как лица, имеющие высшее медицинское образование, так и специалисты с дипломами о высшем немедицинском образовании. К основным формализованным задачам чиновников сферы здравоохранения относятся: исполнение государственных заданий, соблюдение бюд-

жетного порядка, обеспечение надзора и контроля за осуществляемой деятельностью субъектами подведомственной сети и представление отчетов о целевом расходовании государственных средств и выполнении планов, регламентированных госзаказом. Представители чиновничьего сословия не имеют и не могут иметь, по определению, непосредственного отношения к процессу оказания медицинской помощи и медицинских услуг, а также к осуществлению медицинского обслуживания населения. Вся роль чиновника в системе здравоохранения сводится к осуществлению организационных мероприятий, связанных с охраной здоровья населения. Любые попытки чиновника, направленные на использование в своей деятельности инструментов менеджмента и маркетинга, не предусмотренных его должностными инструкциями и функциональными обязанностями, могут быть расценены вышестоящей административной структурой как нарушения. И это как минимум. Именно по этой причине субъекты государственно-муниципального сектора здравоохранения не испытывают острой потребности в услугах менеджеров, обладающих бесценным опытом построения медицинского бизнеса и управления им в рыночной среде.

Ну, а каковы же роль врача и место медицинского работника здравоохранения? Каким статусом в отрасли должны обладать врач, фельдшер, медицинская сестра, т.е. все те, кто своим трудом создают медицинские

Передовая статья А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

услуги, осуществляют медицинское обслуживание, оказывают медицинскую помощь людям?

Ответы на эти вопросы связаны с пониманием того, что такое собственно медицина, кто такой врач и какова его роль в самой медицине.

И так, **в классическом понимании медицина – это наука о здоровье и болезнях человека.** Кроме этого медицина - это и ремесло, и искусство, и методология, ну и естественно традиционные или инновационные технологии. Еще медицина – это обычаи, традиции и культура. Медицина – это каста, в которой нет места случайным людям. Именно в силу кастовости, медицина склонна к развитию в своей среде института саморегулирования.

С сакральной точки зрения, медицина – это вера. Вера в учителя, в себя, в коллегу, в пациента. Наконец, это вера в Бога, т.к. на всё Его воля, в том числе и на таинство врачевания. В прикладном же значении, медицина – это ПРАКТИКА. И основным субъектом этой практики является именно врач.

Как ремесло, как искусство, как наука, как практика, как культура и, наконец, как вера, медицина неотделима от фигуры врача. Врач в медицине - это та самая ось, вокруг которой происходит неизбежное вращение материи и духа, здоровья и болезней, жизни и смерти.

Так кто же он этот самый врач? Философ? Мастер? Профессионал? Каков сегодняшний социальный статус российского врача? Остается ли он служащим бюджетной сферы или постепенно приобретает черты предпринимателя? Эти вопросы требуют некоторого освещения.

В античные времена стремление врача к познанию природы человека, его бытия проявлялось как по горизонтали, так и по вертикали, что считалось философской основой познания божественного логоса.

У Гиппократов есть афоризм: “Врач-философ подобен Богу”. С древнейших времен, врач в глазах пациента, общества и власти считался мерилем истины, т.к. в его руках находилась человеческая жизнь. Врач — непререкаемый авторитет, носитель нужной информации и опыта. Накапливаемые веками знания о человеке, его здоровье и недугах носили сакраментальный, почти мистический характер. В силу этого врачи выделялись в отдельную группу посвященных в сакральное знание, в касту, наподобие жреческой.

Постепенно медицина отвоевывала для себя открытый тип системы знаний, но элемент кастовости врачей продолжал сохраняться. С годами сакральный туман, окутывающий медицину, стал рассеиваться. Стало понятно, что медицине можно обучаться. Однако обучение это связано с передачей накопленных знаний из поколения в поколение, неизбежно обрастающее кастовыми традициями и культурой. Так постепенно начи-

Передовая статья А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

нало формироваться врачебное мастерство. Можно назвать это переходным моментом, когда врач-философ стал приобретать черты во врача-мастера. К характерологическим чертам врача-мастера можно отнести три базовых элемента, частично остающихся в силе и сегодня – это знание, опыт и стремление к вертикальным отношениям.

Знание - это закрытая информационная система, доступ к которой имели только сами врачи. Опыт - прежде всего клинический - передавался от учителя к ученику в виде навыков и умений, традиций и культуры и, опять же, носил закрытый характер. Знание и опыт не могли быть предметом публичного обсуждения. Врач - фигура неприкасаемая, его защищала либо каста, либо закон, либо церковь. Под вертикальными отношениями следует понимать желание врача выйти за пределы замкнутости в область общения с Божественным духом. Такая тенденция проявляется и в наше время. Иногда от пациентов, реже от коллег, можно услышать такое изречение: «Да, у этого доктора Божий дар! Ему можно доверить свое здоровье! Я готов лечь под его нож!» Данные формулировки в сознании человека неискоренимы, поскольку они не лишены смысла. Ведь даже если «Божий дар» невозможно определить с точки зрения материалистического подхода, то это вовсе не зна-

чит, что он не существует. И в этом есть что-то такое, что условно «роднит» врача со жрецами. Однако вряд ли можно утверждать, что врач подобен жрецу. Для жреца сакральный подход в объяснении тех или иных явлений - основа его бытия. Для врача основой бытия является знание и опыт.

По нашему мнению, врач станет мастером, когда усвоит все известные на сей момент знания в области медицины, когда сможет перенять необходимый опыт, когда в нем разовьется самостоятельное клиническое мышление и, наконец, когда осознает необходимость роста как в профессиональной, так и в душевспасительной, метафизической, философской областях. Мастер в медицине - это человек, в котором уникальным образом сочетаются все три ипостаси: **знания, опыт и талант...** Категория мастера универсальна и абсолютна.

В процессе эволюции общества, всё большую свободу получает свободное распространение информации, в том числе и медицинской. Постепенно начинает повышаться грамотность пациентов, что в какой-то мере подрывает многовековые устои кастовости и закрытости медицинского знания. На смену патерналистской системе отношений между врачом и пациентом, при которой преобладала асимметрия в сторону лидерства врача, приходит совершенно новая система. Это система «врач-пациент», основанная на балансе их медико-экономических интересов.

Передовая статья А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

Система «врач-пациент» является основной модели «моральной медицины» (не путать с моделями здравоохранения!!!), которая может быть представлена тремя типами:

1. Модель технического типа. В ее основе стоит беспристрастный ученый, опирающийся на факты и избегающий ценностных суждений. Эти факты известны, они доступны, и каждый пациент в состоянии разобраться в состоянии той или иной медицинской проблемы.

2. Модель коллегиального типа. Врач и пациент выступают в роли коллег, стремящихся к одной цели - к ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Взаимное доверие играет здесь решающую роль, что возможно только при условии этической и медицинской грамотности населения.

3. Модель контрактного типа. Эта модель основана на соглашении или контракте, причем контракт может рассматриваться как юридически - при оформлении соответствующих документов, так и символически - в качестве обета на соблюдение принципов свободы, честности, справедливости. Эта модель характерна для стран Западной Европы и Америки и набирает популярность в последние годы в нашей стране.

На территории бывших республик СССР (ныне стан СНГ) в том или ином

виде продолжает сохраняться патерналистская модель отношений «врач-пациент». Основу этой модели составляет т.н. философия Гиппократата, более известная как «Клятва Гиппократата», выражающаяся в формуле «**Не навреди**». Недостатком данной модели является то, что пациент практически лишен возможности принимать решения, касающиеся своего здоровья. Он становится зависимым от врача, что требует от последнего высочайших моральных качеств. Однако при практически полном отсутствии этического образования при подготовке врачебных (медицинских) кадров на территории бывшего Союза моральные качества врачей подверглись самой жесткой девальвации.

Следствием этой девальвации стало разрушение еще одной патерналистской модели, имеющей непосредственное отношение к истории дореволюционной русской и российской медицины - Модели Парацельса. Эта модель основана на формуле «**Делай добро**» и предполагает эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого строится весь лечебный процесс. Сущность отношений между врачом и пациентом определялось благодеянием врача, что и неизбежно вело к патернализму, так как благо в контексте той эпохи является атрибутом Бога. Великая проповедь Христа о всепрощающей христианской любви и о любви к ближнему в корне изменяет представление о благе: благом уже представляется не только удовлетворение собственных интересов и

Передовая статья А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

выгод, но и доставление выгоды другому. Согласно этой философии, врач выступал в качестве проводника божественной воли, что существенно увеличивало религиозную составляющую врачебной деятельности.

Испокон веков врачевание ассоциировалось с таинством. Однако в процессе исторического развития одно общество сменялось обществом нового типа, в котором, при сохранении гуманистического проекта в целом, происходило мощное развитие техники и широкое распространение информации. Просвещение стало основой информированности широких масс населения. Распространение информации с каждым веком приобретало лавинообразный характер, который сегодня, быть может, достигает своего апогея. Информационная революция вплотную повлияла и на ситуацию в медицине.

Информированность пациентов о состоянии дел в медицинском знании привело к тому, что пациент стал приобретать право голоса и получил допуск в ту сферу естествознания, которая традиционно считалась сакральной. Если раньше таинство врачевания составляло основу сплоченности врача и пациента, то сегодня тайна исчезает. А вместе с ней исчезает и романтический ореол врачебного дела. Понимая общие закономерности функционирования орга-

низма, человек сам принимает на себя ответственность за своё здоровье и свою судьбу. Более того, свободный доступ к информации в сфере медицинских знаний, сегодня привел к формированию следующей философии пациента: «никакой врач не является для меня моральным авторитетом, поскольку здоровье, как и болезнь, принципиально моя собственность».

Перманентное развитие этой ситуации привело к тому, что начался следующий этап эволюции врача - от мастера к профессионалу. Врач-профессионал обладает обширнейшими знаниями. Однако эти знания не субъективны, они прочно сопряжены с миром информации. И вот почему. Сегодня медицинское знание функционирует само по себе, оно открыто для всех, кто им интересуется. Многие из того, чего не знает врач, вполне может знать пациент. Возможно, что в недалеком будущем пациент будет не просто обращаться к врачу за помощью, но и начнет навязывать доктору ту или иную форму лечения, ссылаясь на то, что оно ему более подходит. В этой ситуации неизбежны споры между врачом и пациентом. А как же иначе, если здоровье - собственность пациента, то он вправе за него драться и отстаивать свою правоту в споре.

Таким образом, врач постепенно начнет терять контроль над лечебным процессом. Всеобщность знания лишает его этой возможности. Из великого гуру, магистра, члена касты, врач вынужден трансформироваться в

Передовая статья А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

профессионала, т.е. в того, кто должен иметь неоспоримые аргументы в диалоге с пациентом о выборе того или иного лечения.

Неизбежные перемены происходят с практическим опытом врачей. В медицине, опыт отражает клиническое мышление врача. Мышление это формируется в результате теоретических познаний и постепенно накапливающихся практических навыков. Раньше врач обязан был держать в памяти массу различных рецептов и помнить обо всех приспособлениях и диагностических нюансах. Сегодня этот классический подход начинает уступать место подходу технологическому, основа которого базируется на медицинской аппаратуре и технике, в половине случаев решающих вопросы за доктора.

Медицина XXI века совершила колоссальный технологический скачек. И это очевидный плюс. А вот минусом этого процесса является неизбежная потеря этического начала врачевания. Встроенная в систему здравоохранения, выполняющая всего лишь навсего роль инструмента в руках отраслевой бюрократии, медицина стремительно утрачивает свою субъективность, а точнее гуманность. Утрата субъективности медициной как системой лишает и врача статуса субъекта в ней самой. Врач становится бездушным и меркантильным, и

это еще более удаляет его от фигуры большого.

Если в прошлые времена фигура врача ассоциировалась с принадлежностью к касте избранных, к кругу посвященных, то сегодня он, либо наемный работник, либо функционер системы здравоохранения. Главной задачей врача-функционера становится оказание медицинских услуг пациентам на возмездной основе. Кошунственно, но это и является проявлением абсолютного профессионализма врача в системе современного здравоохранения.

Этим можно было бы и закончить разговор о месте врача в современной медицине, если бы не врачебный талант или, если хотите, «Божий дар». В современной медицине - это тема закрытая. Так вот, именно врачебный талант является тем самым буфером, который не дает «врачам от Бога» скатываться до уровня «абсолютного профессионализма». Именно врачебный талант сохраняет взаимосвязь между материальностью окружающего мира и духовностью медицины. И в этом аспекте вопрос о месте врача в современной медицине пока остается без ответа. Сохранит ли врач статус основного субъекта медицины или позволит низвести себя до периферического уровня профессионального посредника между обществом и чиновничьей средой здравоохранения зависит от позиции врачебного сообщества.

Говоря о врачебном таланте, необходимо подчеркнуть, что его полноценная реа-

Передовая статья А.А. Лебедев

Через размежевание понятий к единству отрасли

лизация наиболее эффективно и гармонично проявляется в условиях социально-профессиональной свободы. Врач - это представитель свободной профессии. Исторически сложилось так, что служа социуму и исцеляя страждущих, трудился-то врач исключительно на самого себя. Даже тогда, когда государство путем обобществления медицины, подавляло индивидуальность врачебного дела, вокруг фигуры врача постоянно формировалась среда, предоставляющая те или иные условия для свободной, ориентированной именно на нужды пациента, а не на индальгенции власти, реализации своих знаний, умений и навыков. Именно по этой причине психология и самоидентификация врача с трудом вписываются в статус наемного, подневольного работника, как в системе государственного здравоохранения, так и в сфере частной медицины.

Может ли быть свободным талант, помещенный в рамки таких категорий как «слуга общества», «бюджетный трудовой ресурс» или «наемный работник»? Маловероятно. Скорее всего, полное проявление врачебного таланта, основанного на свободе врачебной профессии, достижимо в двух формах. Первая, самая привычная для отечественных медиков форма – это служение обществу. Однако такое служение не должно опираться на всем известный еще с совет-

ских времен принцип: «Врача прокормит народ». Также, служение врачам обществу не будет эффективным и привлекательным, если дальнейшее развитие получит тезис Д. Медведева о том, что «Русский инженер, ученый, врач должен зарабатывать не меньше, чем сегодня определено пособием по безработице, для **необразованного американца** т.е. 900 долл.», прозвучавший в докладе «Стратегия развития России: роль приоритетных национальных проектов» на встрече «большой восьмерки» в июне 2006 года. Если власть всерьез считает, что высокообразованные представители элитарных профессий, должны зарабатывать себе на жизнь столько, сколько выплачивают власти США необразованным и безработным американцам, то говорить о высоком и нравственном служении обществу бессмысленно. Само же сравнение – оскорбительно.

Вторая форма, основана на широком использовании в медицине института социального предпринимательства - процесса, осуществляемого субъектами медицинской практики (медицинскими работниками) и нацеленного, в первую очередь, на достижение максимального медико-социального эффекта (например, формирование показателей здоровья населения). Это такой вид предпринимательства, при котором доход, а точнее прибыль, получаемая медиком - социальным предпринимателем, реинвестируется в обеспечение и совершенствование основной деятельности – организацию медико-

профилактического обслуживания населения. Государство же, выступающее в качестве заказчика медицинского обслуживания и нанимающее врача - социального предпринимателя для обеспечения населения медицинской помощью, должно законодательно закрепить норму, по которой прибыль, реинвестируемая социальным предпринимателем в обеспечение основной деятельности, освобождается от налогообложения. Кроме этого, на законодательном уровне должны быть закреплены преференции для врачей - социальных предпринимателей по ставкам арендной платы, по ссудам, субвенциям и льготным кредитам на открытие медицинских практик – праксисов, по лизингу медицинского оборудования и дорогостоящего инструментария в созданных для этих целей лизинговых компаниях, по созданию частно-государственных партнерств медико-профилактического профиля и т.д. Возможно, что именно развитие института социального предпринимательства в медицине станет тем самым медиатором, который задаст новый вектор в решении вопроса о правосубъектности врача и поможет запуску механизмов саморегулирования и самоуправления во врачебном сообществе.

Заключение

Резюмируя изложенный материал, хотим отметить, что томительное ожи-

дание медиками долгожданных перемен не зависит от вступления в силу обновленных «Основ законодательства об охране здоровья граждан». Этот закон нужен чиновникам, но не врачам и, уж тем более, не пациентам. Самой же системе здравоохранения нужен закон «О здравоохранении», проект которого уже давно блуждает в бюрократических коридорах властных структур. Врачи же, как и все остальные медики, остро нуждаются в законах, конкретизирующих их деятельность и способствующих формированию баланса медико-экономических интересов в системе «врач-пациент». Первыми «ласточками» в этом плане могли бы стать следующие законопроекты: «О медицине и медицинской практике», «О частной (частной) медицине», «О социальном предпринимательстве», «О тарифах на медицинскую помощь и платные медицинские услуги», «О персональном страховании профессиональной ответственности врачей», «О государственных гарантиях по обязательному лекарственному обеспечению граждан РФ» и т.д., и т.п. На повестке дня уже остро стоят вопросы о лицензировании собственно врачебной деятельности и разделении ответственности за безопасность и качество медицинской помощи между самими медиками и их работодателями. Критерии медико-экономической эффективности отрасли давно нуждаются в принятии единой методики учета затрат (ценообразования) на медицинские услуги, обязательной как для субъектов государственно-

муниципального сектора здравоохранения, так и для частных медицинских организаций.

Еще в период строительства светлого коммунистического будущего родилась формулировка: «Для того чтобы объединиться, нужно вовремя размежеваться». Так может быть, пришло время прекратить смешивать и взбалтывать в одном сосуде три компонента коктейля под названием «система здравоохранения»? Может быть, их объективная индивидуализация позволит четко расставить акценты над целями, задачами,

структурами и функциями, отличающими их друг от друга? Может быть, здравоохранению и медицине действительно пришло время как понятийно, так и законодательно размежеваться для того, чтобы взглянув друг на друга со стороны объединиться в качестве равных партнеров и тем самым на практике модернизировать как собственно медицину, так и организацию отечественного здравоохранения? Может быть! Однако ответ на этот вопрос должно дать не время и не бюрократы от здравоохранения, а российское врачебное сообщество, т.е. мы, врачи.