

Министерство образования Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ЯНКИ КУПАЛЫ»

**ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ  
ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ  
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Сборник научных статей

Гродно 2005

УДК 346.5 (476X043.2)  
ББК 67.99 (4 Бей) 3  
П78

Редакционная коллегия: канд. юрид. наук, доц. И.И.Веленто;  
канд. юрид. наук В.С.Елисеев (отв. ред.);  
канд. юрид. наук, доц. И.Э.Мартыненко;  
канд. эконом. наук А.К.Болдак.

Рецензенты: д-р юрид. наук, проф. И.В.Гущин;  
д-р юрид. наук, проф. И.В.Ершова;  
канд. юрид. наук, доц. С.В.Агиевец;  
канд. юрид. наук, доц. Л.Я.Абрамчик.

Рекомендовано Советом гуманитарного факультета ГрГУ им. Я.Купалы.

**Проблемы** правового регулирования экономических отношений  
П78 на современном этапе : сб. науч. ст. / отв. ред. В.С.Елисеев. - Гродно :  
ГрГУ, 2005.- 292 с.

ISBN 985-417-747-5

В настоящий сборник включены статьи участников международной заочной научно-практической конференции «Проблемы правового регулирования экономических отношений на современном этапе», которая проводилась 15-17 апреля 2005 г. на базе гуманитарного факультета ГрГУ им. Я. Купалы.

В статьях отражены теоретические и практические проблемы законодательства в прошлом и в настоящий период, предлагаются пути совершенствования правовых систем. Особое значение уделено анализу экономического законодательства.

Адресуется всем интересующимся проблемами правового регулирования экономических отношений.

УДК 346.5 (476) (043.2)  
ББК 67.99 (4 Бей) 3

ISBN 985-417-747-5

© ГрГУ им. Я.Купалы, 2005

**С.В.Агиевец,**  
*кандидат юридических наук, доцент,*  
*ГрГУ им. Я. Купалы*

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Сохранение и улучшение здоровья является первой жизненной потребностью человека. Следует признать обоснованным, что в современном обществе здравоохранение по своему статусу вышло на уровень фактора обеспечения национальной безопасности. Охрана здоровья населения понимается как динамический процесс сохранения и развития биологических, физиологических и психологических функций отдельных индивидов, коллективов трудящихся и всего населения страны, обеспечение оптимальной трудоспособности и социальной активности людей при максимальной продолжительности жизни [1]. Современная социальная политика в здравоохранении, основанная на объективном знании факторов формирования здоровья населения и состояния экономики страны, требует проведения исследований в области организационно-правового обеспечения отрасли. Одним из основных инструментов, при помощи которого государство решает свои задачи, в сфере охраны здоровья граждан является правовое регулирование общественных отношений. Центральное место здесь принадлежит законодательству. Попытаемся определить приоритетные направления развития правового регулирования здравоохранения. Для этого прежде всего необходимо отказаться от принятого определения здравоохранения как системы органов управления охраной здоровья населения и подведомственных им учреждений. При подобном определении содержания здравоохранения в законодательстве меры конститу-

ционной защиты данного института направлены на учреждения здравоохранения, а также на органы управления здравоохранением, но не на человека (пациента). Поскольку само по себе существование учреждений здравоохранения, систем здравоохранения и их финансирование за счет бюджетных или частных ресурсов мало что означает, если люди фактически не могут в них получить гарантированную Конституцией Республики Беларусь медицинскую помощь либо получить ее в ненадлежащем объеме и ненадлежащего качества. Поэтому следует в законе закрепить принципиально новое содержание понятия здравоохранения как системы отношений, имеющих целью охрану здоровья человека. Подобное определение связывает воедино всех субъектов этих отношений, включая человека (пациента), чье здоровье и охраняется.

Охватываемые сферой здравоохранения отношения делятся на две основные группы: 1) отношения по организации медицинской помощи; 2) отношения по непосредственному предоставлению медицинской помощи. Отношения по организации медицинской помощи имеют публичноправовой характер и обеспечиваются властно-публичными полномочиями государства, поскольку одним из основных признаков любой публичной власти является ее властно-организующий характер [2]. Регулируются эти отношения целым конгломератом норм, основными из которых являются нормы о компетенции органов государственной власти в сфере организации здравоохранения и финансировании медицинской помощи в порядке бюджетного процесса и дополнительных источников. Нормы, регулирующие отношения по организации медицинской помощи, характеризуются системностью и высоким уровнем разработанности. В данном случае необходимо вести речь о совершенствовании законодательства о здравоохранении в этой части с учетом социально-экономической действительности, а не разработке нового.

Отношения по непосредственному оказанию медицинской помощи являются частноправовыми независимо от того, в рамках какой системы здравоохранения (частной или государственной), какими учреждениями здравоохранения (частными или государственными) и за счет каких средств (частных или государственных) предоставляется медицинская помощь. Это обусловлено тем, что составляющие предмет правового регулирования общественные отношения по непосредственному оказанию медицинской помощи носят частный характер. (Если исходить из того, что основным критерием разграничения публичного и частного права является предмет правового регулирования). В большинстве своем эти отноше-

ния регулируются ведомственными нормативными актами, морально-этическими нормами либо нормами профессиональных медицинских обычаев (обычно предъявляемые требования). Объективности ради следует отметить, что в новой редакции Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» отдельные отношения по непосредственному оказанию медицинской помощи, ранее не имевшие нормативного закрепления, нашли свое отражение в правовых нормах. Частноправовой характер отношений по непосредственному оказанию медицинской помощи обусловлен реалиями сегодняшнего дня, когда современная медицина развивается на принципах: 1) равенства субъекта, оказывающего медицинскую помощь, и субъекта, получающего эту помощь (пациент), 2) свободы вступления пациента в отношения по оказанию медицинской помощи. Но вследствие объективного неравенства пациента и медицинского работника (субъекта, обладающего особыми, профессиональными знаниями и навыками) совершенно очевидно, что без нормативной конкретизации действий, совершения которых гражданин, обратившийся за медицинской помощью, имеет право требовать от субъекта, оказывающего такую помощь, и которые в отношении его субъект обязан совершить, право на медицинскую помощь может быть в значительной степени нивелировано в зависимости от усмотрения субъекта, оказывающего медицинскую помощь. Отношения по непосредственному предоставлению медицинской помощи требуют правового регулирования и нормативного закрепления, причем задача усложняется тем, что таковое в отечественной законодательной практике не имело место в отношениях по непосредственному оказанию медицинской помощи.

Изменение законодательства, которое неизбежно повлечет переход от публичноправового к частноправовому регулированию отношений, ни в какой мере не должно привести к ослаблению функции государственного регулирования системы здравоохранения. Объект отношений по оказанию медицинской помощи непосредственно связан с социально значимыми благами - с жизнью и здоровьем [3]. Социально-экономические, экологические, санитарно-гигиенические и другие условия жизни людей прямо или косвенно отражаются на состоянии здоровья населения и требуют четкой стратегии развития здравоохранения, системы властно-организационных мер, реализующих содержание социальной политики государства. Содержание социальной политики здравоохранения является частью политики государства. Тенденция состоит в том, что здоровье населения все в большей мере зависит от влияния обще-

ственных усилий (системы оказания медицинской помощи, лекарственного обеспечения и т.д.). Государство призвано контролировать деятельность, связанную с общественным здоровьем (здоровье населения всей страны и больших групп людей), и в то же время система предоставления медицинской помощи также должна включать элементы государственного регулирования. При этом необходимо учитывать не только особенности здравоохранения, но и политику социальных расходов в целом, которая основывается на соблюдении принципов общественной солидарности, социальной справедливости и эффективности.

Республика Беларусь сохранила доступную и бесплатную медицину, государственную поддержку отрасли. Гарантированное обеспечение объема бесплатной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения должно сохраниться и в перспективе. Однако комплекс социально-экономических изменений последних лет в развитии нашего общества определил необходимость преобразований в системе здравоохранения. Здравоохранению республики приходится работать в условиях беспрецедентного для послевоенных лет ухудшения важнейших показателей состояния здоровья нации, демографической ситуации, последствий чернобыльской катастрофы, финансового, материально-технического обеспечения. Все это и определяет необходимость формирования новой стратегии развития отрасли в изменившихся социально-экономических условиях. Выраженные негативные процессы отмечаются по всем факторам, определяющим состояние здоровья населения: демографическим показателям, уровню заболеваемости, инвалидности и физическому развитию. Инвалидами в настоящее время являются более **4%** населения. Рождаемость по сравнению с 1985 годом снизилась вдвое, в то же время вдвое по сравнению с 1960 годом увеличилась смертность.

Поэтому, реформируя здравоохранение, лучше ориентироваться на широко распространенные в Европе национальные системы здравоохранения, финансируемые преимущественно за счет налогов, так как система должна соответствовать сложившейся политической, социально-экономической ситуации и прежде всего обеспечить закрепленное в Конституции Республики Беларусь право граждан на получение доступного и бесплатного медицинского лечения и обслуживания в государственных учреждениях здравоохранения.

Для социально ориентированной рыночной экономики характерно сочетание личной ответственности за условия своей жизни и солидарно организованного социального страхования. Личная от-

ветственность проявляется в систематической уплате страховых взносов из личных доходов. В бывших социалистических странах социальное страхование было трансформировано в социальное обеспечение. При этом на застрахованных не возлагалось никаких обязательств и ответственности по отношению к конкретному виду страхования: им были предоставлены лишь определенные права, например, право на пенсионное обеспечение по случаю потери кормильца, право на бесплатную медицинскую помощь. В результате обязательное социальное страхование утратило свой страховой характер. Страховое бремя было полностью возложено на работодателей, не приобретающих при этом никаких прав и полномочий не только по распоряжению страховыми платежами, но и контролю за их использованием. Страхование стало государственной повинностью, специальным обязательным налогом, который перекладывался на потребителей. Круг застрахованных был предельно расширен, фактически охватывая все население.

Вместе с тем в обязательном социальном страховании, в том числе и медицинском, крайне важно точное законодательное закрепление круга лиц, подлежащих страхованию. Создание современной системы медицинского страхования предполагает четкое законодательное установление различных социально-профессиональных и социально-демографических групп и слоев населения, подлежащих обязательному медицинскому страхованию, приобретающих право добровольного участия в нем, не включаемых в систему обязательного медицинского страхования.

При этом важно исходить из того, нуждается ли данная конкретная группа лиц в социальной поддержке в рамках системы обязательного медицинского страхования. Потребность в солидарной социальной поддержке у групп лиц с низким уровнем доходов выражена более явно, чем у имеющих высокие доходы: последние могут позаботиться о себе сами.

В круг лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию, обычно включается экономически активное население - лица, работающие по найму, индивидуальные предприниматели и лица свободных профессий, имеющие доход, не превышающий законодательно установленный минимум. В состав лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию, обычно включаются и иждивенцы работающих.

Неотъемлемым принципом организации учреждения системы обязательного медицинского страхования является самоуправление. Эти учреждения наделяются самостоятельностью и независимостью

от законодательной и исполнительной власти, а их органы управления не могут находиться в непосредственном государственном подчинении. Вмешательство государства ограничивается проведением определенной страховой политики по регулированию взаимоотношений между страхователями, страховщиками и страхуемыми, порядку организации и управления учреждениями системы обязательного медицинского страхования, надзору за их деятельностью. Сказанное означает, что работодатели и застрахованные несут всю полноту ответственности за деятельность учреждений системы обязательного медицинского страхования, управление которыми осуществляется лицами, избранными представителями работодателей и наемных работников и непосредственно подотчетными им.

Самоуправление ведет к следующим позитивным социальным последствиям; укрепляется солидарность застрахованных и личная ответственность, обеспечивается децентрализация власти и контроля в учреждениях системы обязательного медицинского страхования, вносятся четкость и ясность во взаимоотношения участников системы обязательного медицинского страхования и создаются условия для социальной стабильности, а также благоприятные предпосылки социального партнерства - поддержания социального мира благодаря взаимодействию и сотрудничеству работодателей и наемных работников.

Учреждения системы обязательного медицинского страхования гарантируют определенные законодательно установленные стандарты, как правило, достаточные для обеспечения предоставления достаточного уровня медицинского лечения и обслуживания. Следует отметить, что современное российское законодательство четко не разделяет источники формирования финансовых систем обязательного и добровольного медицинского страхования, то же можно сказать в отношении белорусского законодательства о государственном социальном страховании. В странах с большим опытом обязательного социального страхования, в том числе и медицинского, законодательно устанавливаются верхний и нижний уровни доходов, в пределах которых взимаются обязательные страховые платежи. За работающих и получающих заработную плату ниже установленного уровня страховые взносы полностью вносятся работодателем, а с доходов сверх установленного уровня эти взносы не взимаются. Поэтому лицам, имеющим доход, превышающий законодательно установленный уровень, предоставляется право выбора: либо присоединиться к системе обязательного социального страхования, либо самостоятельно оплачивать социальные ус-



луги, в том числе и по предоставлению медицинского лечения и обслуживания.

Создаваемая система обязательного медицинского страхования должна гарантировать всем гражданам страны доступную бесплатную медицинскую помощь, обеспечивать соблюдение принципов социальной справедливости (богатый платит за бедного) и социальной солидарности (здоровый платит за больного, одинокий - за многодетного).

Российская модель предотвращает отбор застрахованных со стороны страховых медицинских организаций и обеспечивает их заинтересованность в страховании не только молодых здоровых людей, а в эффективном расходовании ресурсов и защите интересов всех застрахованных. Это связано с тем, что распределение средств в системе обязательного медицинского страхования между страховщиками осуществляется на основе численности застрахованных, их половозрастной структуры, а не на основе количества уплаченных взносов за отдельных граждан. Такая же система подушевого распределения средств существует в государственном секторе здравоохранения в Голландии, Израиле и Великобритании. Россия пошла по пути придания территориальным фондам обязательного медицинского страхования статуса независимых финансово-кредитных учреждений. Предполагалось, что образованные территориальные фонды медицинского страхования будут не только обеспечивать функционирование здравоохранения, способствовать созданию экономического равновесия на рынке медицинских услуг, но и контролировать деятельность лечебных учреждений и страховых организаций. В России сложилась достаточно парадоксальная ситуация, суть которой в том, что забота о здоровье населения стала обязанностью медицинских работников, государства (что вполне обоснованно), но не стала потребностью и обязанностью каждого гражданина. Сформировалась иждивенческая психология по отношению к своему здоровью, связанная с деформацией ценностных ориентаций и отсутствием мотивов сохранения собственного здоровья. Во-вторых, существующая в мире практика защиты прав пациентов как потребителей медицинских услуг не получила должного развития в ходе реорганизации здравоохранения России. Страховые организации не стали, как предполагалось, представителями застрахованных у них граждан и защитниками их интересов в лечебных учреждениях, органах управления здравоохранением, органах власти. Больше того, практика показала, что граждане нуждаются в защите своих прав еще и от самих страховых органи-

заций, деятельность которых не только «не прозрачна», но и зачастую полностью закрыта от населения. Вместе с тем продолжается поиск оптимальных вариантов системы здравоохранения, которая наилучшим образом соответствовала бы рыночным отношениям в обществе. Между тем в Законе заложена стратегическая ошибка - в рамках одного законодательного акта соединены два принципиально различных вида страхования - обязательное (как форма социальной защиты граждан) и добровольное, представляющее собой коммерческий, накопительный вид страхования, «основанный на чисто рыночном принципе - максимализации прибыли». Еще более далек от совершенства механизм реализации прав пациентов как потребителей медицинских услуг. Действующее законодательство хотя и предусматривает защиту пациентов медицинскими страховыми компаниями, но не в качестве полноправных потребителей. Пациентам не оставлено право выбора врача и лечебного учреждения, так как пока не найдена альтернатива участковому принципу оказания медицинской помощи. Для пациента, обратившегося за медицинской помощью, не важны ни форма собственности лечебного учреждения, в которое он обратился, ни организационно-правовые основы его деятельности, ни схемы финансирования. Ему важно, насколько качественная и доступная медицинская помощь ему будет оказана и должен ли он за это платить. При этом пациент должен иметь: право получить или отказаться от медицинской помощи, иметь информацию о состоянии своего здоровья, право и возможность выбора: где, в каком объеме, в какое время (удобное для него) получить медицинскую помощь, право и возможность выбора дополнительных (сервисных) услуг, гарантии (строго определенные) по реализации своих прав; должен быть защищен (юридически, экономически, морально) от деятельности отдельных врачей, лечебного учреждения в целом, страховых медицинских организаций. В настоящее время в РФ внедряется система подушевой оплаты медицинской помощи с учетом фактически выполненного объема работ. В Великобритании, Израиле, Голландии, США подобная система создает экономические стимулы к расширению объема лечебной и профилактической деятельности врачей, в предоставлении пациентам всей необходимой помощи. Это способствует развитию общеврачебной практики, сокращению численности больничных коек, объемов дорогостоящей стационарной помощи. Однако финансирование системы здравоохранения остается на низком уровне из-за нехватки бюджетных средств и постоянной задержки страховых платежей за неработающее насе-

ление органами исполнительной власти. Поэтому предлагается сочетать принцип добровольного и обязательного страхования, а также личное участие граждан, когда часть страховых взносов вносится ими самостоятельно, в том числе и на обязательное медицинское страхование. В этой связи интересен опыт Германии, где существуют некоторые ограничения в компенсации расходов на лечение. Так, если пребывание в стационаре превышает 78 недель за три года, то дальнейшее лечение пациент оплачивает сам; не компенсируются расходы, вызванные легким заболеванием; целый ряд лечебно-диагностических процедур изначально оплачиваются только пациентом. Законодательство Германии предусматривает частичное или полное освобождение от доплат отдельных категорий граждан: детей и подростков в возрасте до 19 лет, получателей пособий на жизнь, по безработице, стипендий, постоянных жителей приютов, лиц с низким уровнем доходов.

Подобная практика личного участия застрахованного в расходах на лечение действует во многих европейских странах: Швеции, Франции, Бельгии, Финляндии, Норвегии, Голландии. Согласно ей каждый человек сможет оказывать влияние на уровень и объем предоставляемых ему медицинских услуг, что изменит его отношение к проблемам сохранения своего здоровья. При этом значительная часть финансовой ответственности будет принята на себя страховыми организациями, что приведет к усилению противозатратных механизмов в здравоохранении.

Предполагалось, что внедрение системы обязательного медицинского страхования окажет положительное влияние на улучшение качества медицинской помощи. В основе контроля за качеством услуг лежит проведение страховыми медицинскими организациями экспертизы соответствия проведенных лечебно-диагностических мероприятий объему финансовых затрат. Взаимоотношения между страховыми медицинскими организациями и лечебно-профилактическими учреждениями регулируются договором, в котором определяется их ответственность, с одной стороны, за выполнение объема и обеспечение качества медицинской помощи, за определение стоимости и последующей оплаты проведенных лечебно-диагностических мероприятий - с другой. В ходе реформы здравоохранения в Великобритании также стали активно использоваться контракты между организациями здравоохранения и больницами, что дает положительные результаты: более качественное обслуживание больных, расширение прав больниц в вопросах управления и использования средств.

Однако многие проблемы не решены. Часть плательщиков страховых взносов имеет нестабильное финансовое положение. Остается низким тариф взносов (3,6% от фонда оплаты труда). Работники предприятий, длительное время не получающие зарплату, но не относящиеся к категории безработных, имеют неопределенный правовой статус. Органы исполнительной власти уклоняются от уплаты платежей на медицинское страхование неработающего населения. Главная цель обязательного медицинского страхования в период социально-экономического кризиса-это сохранение возможности обеспечения медицинского лечения и обслуживания на принципах общедоступности и качества. В этих условиях система обязательного медицинского страхования должна находиться под государственным контролем и функционировать в форме государственного медицинского страхования. Рыночные отношения, утвердившись в обществе, безусловно, будут оказывать воздействие на развитие здравоохранения, а государственное регулирование рыночных отношений будет заключаться в сохранении и поддержании конкурентной среды. В этой связи спорным является категорическое отрицание необходимости государственного вмешательства в регулирование рыночных отношений в здравоохранении. Любое цивилизованное государство несет ответственность за состояние здоровья и санитарное благополучие своих граждан, ибо состояние здоровья населения является вопросом национальной безопасности страны. В экономике рыночного типа в процессе страхования здоровья граждан государство выполняет несколько функций:

1) социальную, так как охрана здоровья граждан является приоритетом любого государства;

2) регулирующую, ибо ни один рынок в здравоохранении не может функционировать без регулирующего воздействия, поскольку отсутствие такого воздействия влечет за собой негативные политические и социальные последствия;

3) контрольную, так как здравоохранение как часть общей социальной политики является важнейшим элементом государственного регулирования.

Очевидно, что все эти функции тесно взаимосвязаны между собой.

Так, нужно предусмотреть в законодательстве ответственность местных органов исполнительной власти за финансирование программ обязательного медицинского страхования неработающих граждан. Размер и механизм выплат страховых взносов за неработающее население должны быть нормативно закреплены.

Принцип общедоступности медицинской помощи в нашем государстве обеспечивается бюджетным здравоохранением. Однако в условиях сложной экономической ситуации такое финансирование отрасли не может обеспечить оптимальный объем и качество медицинской помощи. Анализ системы организации медицинского лечения и обслуживания в зарубежных странах показывает, что в большинстве случаев медицинская помощь населению осуществляется за счет средств обязательного государственного социального страхования и государственного бюджета.

Обязательное социальное страхование является организационно-правовой формой осуществления социального обеспечения населения. Суть его заключается в распределении социального риска потери дохода либо его снижения по не зависящим от гражданина причинам на работодателей и самих работающих, которые отчисляют страховые платежи в целевые фонды социального страхования. Средства таких фондов не могут расходоваться ни на какие иные цели, кроме тех, для финансирования которых они созданы. Обязательный (государственный) характер социального страхования выражается, во-первых, в обязательности страховых платежей; во-вторых, в государственном контроле за правильностью и своевременностью поступлений платежей; в-третьих, в обеспечении трудящихся определенными видами социальной помощи на условиях и по нормам, установленным законодательством. На наш взгляд, предоставление медицинской помощи за счет средств социального медицинского страхования должно стать определяющей организационно-правовой формой социальной защиты в области охраны здоровья населения. Ее нормальное функционирование должно быть гарантировано соответствующим финансовым источником - внебюджетным централизованным фондом обязательного медицинского страхования, в который наниматели будут вносить страховые взносы за своих работников из фонда заработной платы.

Для реального введения системы обязательного медицинского страхования необходима разработка нескольких аспектов ее функционирования: правового, экономического и организационного. Причем правовой аспект является важнейшим, без которого невозможно подготовка остальных. Медицинское страхование может осуществляться в обязательной и добровольной формах. Модель медицинского страхования должна базироваться на обязательной форме, так как только она гарантирует предоставление всем гражданам медицинской помощи на одинаковых условиях. Медицинскими услугами по-прежнему смогут пользоваться все граждане, независимо от их платежеспособности.

Другая централизованная организационно-правовая форма осуществления медицинского лечения и обслуживания — оказание медико-социальной помощи за счет средств государственного бюджета. Она позволит повысить социальную защищенность неработающего населения, обеспечить безусловное выполнение программ его медицинского страхования в таких же объемах, как и для работающих граждан. В рамках данной формы должно обеспечиваться финансирование отдельных типов учреждений здравоохранения и их подразделений; проведение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий; создание резервов для оказания медицинской помощи в зонах стихийных бедствий, аварий, катастроф, для оплаты медицинской помощи незастрахованным гражданам, лицам из числа мигрирующих контингентов и для других целей, предусмотренных законодательством.

Третья организационно-правовая форма - предоставление услуг по медицинскому лечению и обслуживанию за счет локальных форм социального обеспечения, когда общегосударственные гарантии повышаются за счет финансовых средств, выделяемых по специальным программам на местном уровне и на каждом отдельном предприятии, в учреждении, организации.

Целесообразно предусмотреть предоставление дополнительных медицинских услуг за счет средств добровольного медицинского страхования. В отношении других медицинских услуг население должно иметь возможность выбора учреждения и обращения к ним через некоммерческие и коммерческие структуры, частнопрактикующих специалистов, обеспечивающих на высоком уровне сервис и комфорт, а также возможность заниматься «всеми видами медицины дгщ здоровых», обслуживанием лиц, нуждающихся в уходе.

Первичная медицинская помощь должна быть основным бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включать в себя лечение наиболее распространенных заболеваний, а также травм, отравлений и других неотложных состояний, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики и других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

#### *Список литературы*

1. Дмитриева Т. Б. Здоровье населения и национальная безопасность // Российские медицинские вестн. - 1997. - № 3.

2. Общая теория права и государства / Под ред. В.В. Лазарева. - М., 1994. - С.287-288; Бахрах Д.Н. Административное право. - М., 1996. - С. 66.
3. Право обеспечения России / Под ред. К.Н. Гусова. - М., 2004. - С. 119.