

Т. А. Постовалова

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ

Рассматриваются концептуальные подходы к правовому регулированию оказания бесплатной медицинской помощи. Автор обращает внимание на имеющиеся пробелы в правовом регулировании в данной области. Объектом исследования является комплекс общественных отношений при оказании бесплатной медицинской помощи. Целью данной работы является исследование доктринальных и законодательных подходов к правовому регулированию оказания бесплатной медицинской помощи. Показаны некоторые возникающие при этом правовые проблемы, влияющие на эффективность ее оказания. В статье содержатся предложения по совершенствованию действующего законодательства. Результаты данного исследования могут быть использованы в правотворческой деятельности и при преподавании.

The article describes the issues related to legal regulation of free medical care. The author pays attention to lacunas in legal regulation. The object of the research is legal regulation of free medical care. The aim of the work is the research of doctrinal and statutory approaches to legal regulation of free medical care. The article specifies some legal problems arising from those regulation to the effectiveness of the use as regards free medical care. The article contains some proposals for improving the current legislation. The results of the research can be used in legal practice and in teaching.

Ключевые слова: социальное государство, оказание медицинской помощи, система здравоохранения, бесплатная медицинская помощь.

Keywords: social state, medical care, health system, free medical care.

Введение. В современных условиях право на бесплатную медицинскую помощь и лечение как часть социальных прав нуждается в широком научном осмыслении. В предмет права социального обеспечения некоторые исследователи включают отношения по бесплатному лечению граждан в государственных учреждениях здравоохранения [1, с. 392], другие – рассматриваемые отношения считают гражданско-правовыми [2, с. 5; 3]. В данной работе исследуется общетеоретическое толкование содержания этого права, что будет содействовать выработке единого юридического межотраслевого понимания того, что именно включает в себя правовая категория «право на бесплатную медицинскую помощь и лечение». В основе теории права на медицинскую помощь и лечение лежит признание необходимости осуществления государством особых социальных функций по оказанию медицинской помощи и лечения. Исходя из законодательства многих стран мира, в понятие «бесплатная медицинская помощь» входит медицинская помощь в рамках государственного социального обеспечения или социального страхования. В первом случае финансирование медицинской помощи осуществляется из налоговых поступлений, во втором – из страховых взносов граждан.

Научная новизна данной работы обусловлена постановкой проблемы права на бесплатную медицинскую помощь и лечение в общеправовом современном видении прав человека. Работа представляет собой первое комплексное исследование теоретических основ бесплатной медицинской помощи и лечения.

Теоретическая значимость работы заключается в постановке и решении современной научной проблемы права социального обеспечения. Выводы данной работы будут способствовать созданию системного научного представления о праве на бесплатную медицинскую помощь и лечение. Результаты исследования могут быть применимы в научных исследованиях общетеоретического и отраслевого характера, в системе юридического образования при подготовке учебников и учебных пособий, курсов лекций по праву социального обеспечения. В научно-прикладном плане теория права на бесплатную медицинскую помощь и лечение необходима в первую очередь для законопроектных работ, для проведения экспертиз проектов разрабатываемых законов.

Работа выполнена на основе нового подхода, согласно которому изучение теоретических и практических проблем бесплатной медицинской помощи и лечения осуществляется на фоне современных тенденций правового регулирования отношений в сфере социальной защиты и в условиях рассмотрения социального обеспечения как одного из структурных образований социальной защиты (элемент системы), а не как самостоятельного образования (вне связи с социальной защитой). Два подхода к социальным правам нашли свое отражение и стали основой двух форм социального обеспечения – социального страхования и социального вспомоществования. Эти принципы ведут к закреплению прав его участников как неотчуждаемых и порождающих соответствующую обязанность государства.

Основная часть. Здоровье нации, ее потенциал, творческие и научные способности зависят от состояния здоровья каждого человека. Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь является одной из важнейших составляющих правового статуса человека на современном этапе. Европейский Суд по правам человека жалобы на нарушение социальных прав (в том числе права на медицинскую помощь и лечение) рассматривает в рамках: права на жизнь (ст. 2 Конвенции от 4 ноября 1950 г «О защите прав человека и основных свобод»); запрета пыток по ст. 3 Конвенции; права на свободу и личную неприкосновенность (ст. 5 Конвенции); права на уважение частной жизни (ст. 8 Конвенции) [4].

Право на охрану здоровья обеспечивается предоставлением населению доступной медицинской помощи, включая бесплатное лечение в государственных организациях здравоохранения.

Система здравоохранения в странах Содружества Независимых Государств (далее – СНГ) и Евразийского экономического сообщества (далее – ЕврАзЭС), сложившаяся в рамках Союза Советских Социалистических Республик, для своего времени являлась системой глобального характера, охватывавшей собой значительные территории и огромные слои населения. Советское государство было максимально социально ориентированным. В Конституции СССР от 7 октября 1977 г. было закреплено, что «Союз Советских Социалистических Республик есть социалистическое общенародное государство, выражающее волю и интересы рабочих, крестьян и интеллигенции, трудящихся всех наций и народностей страны» (ст. 1).

После распада СССР смена общественного и государственного строя в странах постсоветского пространства привела к коренному изменению социального положения людей. На смену терминам «социалистическое государство», «советское государство» пришел термин «социальное государство». Современная правовая доктрина в странах постсоветского пространства исходит из предпочтительности прямого конституционного закрепления статуса социального государства (Конституции Российской Федерации, Казахстана, Армении, Республики Беларусь).

Социальное государство – это характеристика (принцип), относящаяся к конституционно-правовому статусу государства, предполагающая конституционное гарантирование экономических и социальных прав и свобод человека и гражданина и соответствующие обязанности государства. Характеристика социального государства предполагает, прежде всего, конституционные гарантии. Степень социальности государства не всегда зависит от непосредственных размеров финансового участия государства в реализации социальной политики. В значительно большей степени факторами, определяющими степень социальности государства, являются первостепенность социальных ценностей в официальной идеологии государства, присутствие сильных демократических политических институтов, наличие административных условий и правового пространства для свободного функционирования различных субъектов хозяйствования и их экономическая эффективность.

Правовое социальное государство признает приоритет прав человека и определяет в соответствии с этим формы и методы своей деятельности.

В СССР существовала достаточно эффективная модель здравоохранения, имевшая государственный характер. Огосударствление всех сфер стало основой единой государственной системы здравоохранения. Бесплатная медицинская помощь и лечение стали составной частью государственной системы здравоохранения, закрепленной в Конституции СССР. Государственная система здравоохранения была закреплена в Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, вступивших в силу с 1 января 1970 г. Уже после принятия Конституции СССР 1936 г. и Конституции БССР 1937 г. все органы социального обеспечения и здравоохранения финансировались только за счет бюджета, а медицинское обслуживание предоставлялось всем гражданам независимо от того, застрахованы они или нет. Медицинская помощь и лечение были доступны всем советским гражданам. Даже в международных актах не предусматривался всеобщий, равный и неограниченный доступ ко всем видам медицинских услуг. Так, согласно ст. 9 Конвенции № 102 «О минимальных нормах социального обеспечения» 1952 г. в круг лиц, подлежащих минимальному обеспечению, включаются:

- определенные законодательством государства категории лиц, работающих по найму, составляющие не менее 50 % от их общего числа;
- определенные законодательством государства категории населения, занятого самостоятельным трудом, составляющие не менее 20 % от общего числа жителей;
- все жители, средства которых за время страхового риска не превышают пределов, устанавливаемых нормами ст. 67;
- при ратификации Конвенции с изъятиями, определенные законодательством государства, категории работающих по найму, составляющие не менее 50 % от общего числа работающих по найму на промышленных предприятиях, на которых занято не менее 20 человек, а также их жены и дети [5].

В Рекомендации № 69 «О медицинском обслуживании» круг лиц, обеспечиваемых минимальным медицинским обслуживанием, основательно расширен [6].

После распада СССР резкая перемена в оценках социалистического права произошла не только во взглядах некоторых юристов, но и в социальном законодательстве стран бывшего СССР.

В конституциях стран постсоветского пространства большие изменения произошли в правовом подходе к доступности медицинской помощи и лечения.

Анализ конституций бывших советских стран, проведенный Н. А. Соколовой, показывает, что в конституциях Республики Азербайджан, Республики Армения, Республики Латвия, Республики Узбекистан, Республики Эстония отсутствуют конституционные положения о бесплатной медицинской помощи. Во многих конституциях законодатель использует различные способы для обозначения объема бесплатных медицинских услуг. При этом такие нормы могут носить прямой и отсылочный характер. Среди положений, прямо указывающих на условия получения бесплатной медицинской помощи, чаще всего встречаются нормы о предоставлении такой помощи в учреждениях определенной формы собственности. Так, в Республике Беларусь и Республике Таджикистан – это государственные учреждения, в Украине – государственные и коммунальные. В Конституции Республики Туркменистан сказано, что граждане имеют право на бесплатное пользование сетью государственных учреждений здравоохранения. В конституционных нормах Республики Молдова закреплено, что минимальный уровень государственного медицинского обеспечения является бесплатным. Переходя к анализу отсылочных конституционных положений о бесплатной медицинской помощи, Н. А. Соколова отмечает, что можно выделить их общую черту, заключающуюся в предоставлении законодателю возможности определить особенности правового регулирования данных вопросов на уровне закона. Это свидетельствует об исключительной важности объекта правового регулирования, а именно отношений по оказанию медицинской помощи. Только закрепление определенных норм на уровне закона позволяет сохранить стабильность правового регулирования общественных отношений, субъектами которых выступает большое количество граждан. Сама процедура законотворчества также обуславливает принятие качественных, согласованных, эффективных норм, что особенно важно в области охраны здоровья граждан. Однако данные положения в конституциях различных стран определяются по-разному. Так, в Конституции Грузии сказано, что в установленном законом порядке при определенных условиях обеспечивается бесплатная медицинская помощь. В Конституции Республики Казахстан говорится, что граждане вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом. В Литовской Республике конституционные положения определяют, что законом устанавливается порядок оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в государственных лечебных учреждениях. Н. А. Соколова считает, что представляются перспективными конституционные нормы, в целом определяющие признаки медицинской помощи, на которую могут рассчитывать граждане, независимо от ее платности или бесплатности. Из 15 бывших союзных республик только в конституциях трех из них есть подобные положения [7].

Согласно Концепции Основ законодательства ЕврАзЭС о здравоохранении от 03.04.08 № 5 основным компонентом государственных гарантий в сфере здравоохранения должно выступать право граждан на бесплатную медицинскую помощь, причем необходимо определить структуры, ее предоставляющие, объем и уровень качества. Механизмом реализации этого права выступает программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи [8]. В целях сближения национальных систем здравоохранения стран ЕврАзЭС как базиса разрабатываемых Основ законодательства о здравоохранении целесообразно представить положение о рамочном единстве программ государственных гарантий и поэтому необходимо внести указание на то, что общая минимальная программа разрабатывается ежегодно уполномоченным государственным органом государств Сообщества в области здравоохранения. Одновременно должно быть закреплено положение о возможности расширения программы в соответствии с национальным законодательством и финансовыми возможностями государств – членов ЕврАзЭС, а объем, виды и условия оказания бесплатной помощи устанавливаются правительствами государств.

Минимальный объем такой гарантированной бесплатной помощи должен включать в себя:

- первичную медико-санитарную и стационарную помощь;
- скорую и неотложную медицинскую помощь;
- оказание медицинской помощи при социально значимых заболеваниях и заболеваниях, представляющих опасность для окружающих;
- другие виды медико-социальной помощи, особо определяемые законодательством.

Услуги, не вошедшие в программу государственных гарантий, должны оплачиваться за счет личных средств граждан или иных дополнительных источников финансирования.

Согласно ст. 45 Конституции Республики Беларусь гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях

здравоохранения. Главным принципом здравоохранения является государственный характер системы охраны здоровья населения. Его основное содержание заключается в государственном финансировании медицинской помощи и оздоровительных мероприятий. Государственное здравоохранение предусматривает бесплатную (т.е. за счет государства) и общедоступную медицинскую помощь всему населению страны.

В соответствии со ст. 10 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. «О здравоохранении» здравоохранение Республики Беларусь включает государственную систему здравоохранения, т.е. бюджетную (система единого плательщика) [9]. Государственные организации здравоохранения могут оказывать платные медицинские услуги в соответствии с перечнем и порядком, определяемыми Советом Министров Республики Беларусь. Платные медицинские услуги являются дополнительными к гарантированному государством объему бесплатной медицинской помощи и оказываются гражданам Республики Беларусь государственными учреждениями здравоохранения на основании письменных договоров возмездного оказания медицинских услуг, за исключением платных медицинских услуг, оказываемых анонимно.

Обеспечение бесплатного доступа к медицинской помощи и лечению нельзя достичь без хорошо функционирующей системы финансирования здравоохранения. С учетом основных источников финансирования здравоохранения выделяют бюджетную, страховую и частную системы здравоохранения [10; 11]. Система финансирования здравоохранения включает систему единого плательщика, медицинского страхования по месту работы и управляемой конкуренции.

В рамках системы здравоохранения некоторых стран (в том числе и Республики Беларусь), построенной по принципу «единого плательщика», медицинские услуги, оказываемые всем гражданам, финансирует государство. Правительство разрабатывает общий бюджет на нужды здравоохранения, решая, какую часть ресурсов страны следует выделять на эти цели, а также устанавливает цены или объемы компенсации тем, кто оказывает медицинские услуги. В рамках самого жесткого варианта системы единого плательщика частное медицинское страхование и иные способы «добровольного выхода за рамки» государственной медицины запрещены.

Основными чертами системы регулируемого медицинского страхования являются всеобщность охвата населения, трехстороннее участие в финансировании страховых фондов наемных работников, работодателей и государства, контроль деятельности страховых медицинских организаций, согласование тарифов на медицинские услуги и контроль качества оказываемой медицинской помощи. Наряду с политическими и социальными причинами введения страховой медицины важную роль в ее появлении сыграла идея обеспечения доступности медицинских услуг населению. В основе модели страхового здравоохранения лежит принцип профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и работодателями. Они аккумулируют социальные отчисления из заработной платы, из которых и осуществляются страховые выплаты. Финансирование систем подобного вида, как правило, не производится из государственного бюджета – принцип бюджетной универсальности противоположен этой модели.

В современных условиях существования социального государства в Европейском союзе (далее – ЕС) с его обширной сетью социальных программ для малообеспеченных членов общества, не имеющих возможности получать медицинские услуги по ряду причин, национальная солидарность реализуется через системы социальной помощи. Это связано с существованием предела уровня заработной платы, превышение которого означает невозможность участия в программах обязательного медицинского страхования, возможно только добровольное страхование или ограничение отчислений. В этом случае в рамках обязательного медицинского страхования отчисления производятся только в пределах установленного уровня заработной платы. Социальные выплаты исчисляются в отношении к этому уровню. В основе этой модели лежит принцип коммутативной справедливости, где величина страховых отчислений определяется в первую очередь величиной страховых взносов. Медицинское страхование в данной модели, как правило, является обязательным для всех работающих по найму. Величина страховых взносов рассчитывается на основе размера заработной платы и доходов. При этом происходит перераспределение средств от более высокооплачиваемых лиц к менее обеспеченным, от молодых и одиноких – к пожилым и лицам, имеющим большую семью. Тем самым обеспечивается социальная солидарность внутри группы застрахованных лиц. Оплата страховых взносов осуществляется в разных пропорциях. В ряде случаев финансирование здравоохранения дополняется из бюджетных средств. Однако в отличие от национальных систем здравоохранения такая практика применяется лишь в редких случаях дефицита страховых фондов. Таким образом, в отличие от бюджетных систем финансирование по данной модели осуществляется на трехсторонней основе. Однако соотношение размеров финансового участия в формировании фондов медицинского страхования зачастую зависит от экономической конъюнктуры и налоговой политики государства. Для лиц самостоятельного труда действуют особые правила страхования. Выплата страховых взносов

зависит от действующего порядка налогообложения. Аккумуляция средств в страховой модели осуществляется в неправительственных бесприбыльных фондах, которые исполняют роль посредника между застрахованными и поставщиками медицинских услуг. В ряде стран Европейского союза страховые фонды организуются на различных основах: профессиональной, территориальной, религиозной и даже политической. Управление этими организациями в большинстве стран однотипно и осуществляется представителями застрахованных. Таким образом, в отличие от систем национального здравоохранения для данной модели характерно децентрализованное финансирование.

Страховые системы по оплате медицинской помощи по сравнению с бюджетной системой обладают рядом преимуществ. Одно из них определяется различиями в форме образования фондов. Поскольку страховые фонды формируются на целевой основе и рассчитаны на определенный круг лиц, то и страховая медицина тоже становится адресной и целевой. Сильной стороной страховой модели является тот факт, что значительная часть страховых поступлений остается, как правило, на местах в отличие от бюджетных систем, в которых средства перераспределяются в порядке территориального выравнивания различных местных программ здравоохранения. Большое достоинство страховых систем – возможность для страхователей и застрахованных осуществлять контроль использования страховых средств и качества медицинской помощи, а застрахованным лицам, кроме того, предоставляется широкая возможность выбора врача лечебного учреждения. Сюда же относится и свобода выбора страховых фондов для работников и работодателей, что способствует конкуренции между различными страховыми компаниями. Несомненным плюсом децентрализованного финансирования в страховых системах можно считать возможность обеспечения более значительного притока средств работодателей и работников, заинтересованных в получении медицинской помощи. Это обстоятельство обусловлено прозрачностью финансирования страховой медицины, а также прямым, а не косвенным, как в случае бюджетного финансирования здравоохранения, формированием фондов. Однако данное преимущество зачастую порождает проблемы, которые связаны с удорожанием лечения, поскольку, не устанавливая жестких бюджетных ограничений, страховые системы усиливают действие затратного механизма. Это приводит к дефициту средств страховых фондов и, как следствие, к увеличению ставок страховых взносов работодателей и работников. В случае роста стоимости медицинских услуг страховой компании легче принять решение о повышении страховых взносов, чем правительству – о повышении налогов (в случае бюджетной медицины). Именно с этой точки зрения макроэкономическая эффективность страховой модели оказывается дорогостоящей. Ее стоимость в два раза выше, чем модели национального здравоохранения. Помимо роста страховых взносов, высокая стоимость страховой модели определяется и высокими административными расходами, связанными с обработкой финансовых отчетов и спецификой деятельности врачей, заинтересованных в предоставлении более дорогих и зачастую ненужных пациенту услуг, и увеличением страховыми компаниями расходов на маркетинг и рекламу в условиях конкуренции.

В рамках системы управляемой конкуренции оказание медицинских услуг остается в частных руках, но этот рынок носит «искусственный» характер, находясь под жестким контролем и регулированием государства. В большинстве случаев медицинское страхование является для граждан обязательным, что, впрочем, часто сочетается с обязанностью работодателей страховать своих служащих. Граждане могут выбирать страховую организацию в рамках регулируемого рынка, а также поставщика медицинских услуг. Хотя стандартный страховой «пакет» устанавливается государством, страховым компаниям разрешено конкурировать друг с другом по ценам, уровням долевого участия потребителя в оплате услуг и дополнительному покрытию расходов. В наиболее чистом виде система всеобщего страхования, основанная на управляемой конкуренции, действует в Швейцарии, хотя на аналогичную основу было переведено и здравоохранение в Нидерландах [11].

По данным Международной организации труда (далее – МОТ), только один из пяти человек в мире располагает медико-социальным страхованием, включающим в себя компенсацию потери заработка в период нетрудоспособности, а более половины населения мира не имеет никакой официальной социальной защиты. Кроме обязательного медицинского страхования, средства могут поступать из различных источников: подоходный налог и налог на заработную плату, налог на добавленную стоимость на более широкой основе, и акцизы на табачные изделия и алкоголь и/или страховые взносы. Источники средств имеют меньшее значение, чем стратегии управления схемами предоплаты. При распределении бюджетных средств правительства не всегда рассматривают нужды здравоохранения в качестве приоритетных.

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) за 2000 г., доступность медицинских услуг не зависит от экономического положения страны. Богатство страны не является предпосылкой для успешного развития здравоохранения. Страны со схожим уровнем расходов на здравоохранение могут иметь значительно отличающиеся с точки зрения здоровья населения результаты своих инвестиций. Значительную часть таких различий можно объяснить политикой в области здравоохранения. Достаточными для качественного оказания медицинской помощи в стране

являются расходы в размере не менее 5 % от ВВП [1]. По данным ВОЗ, от 20 до 40 % средств на здравоохранение в настоящее время теряются вследствие их неэффективного использования.

В целом следует отметить, что системы здравоохранения во всех странах выполняют важную функцию социальной защиты и являются важной составной частью систем социального обеспечения. Путем профилактики и лечения заболеваний и сокращения связанных с ними издержек, зачастую огромных, они снижают как риски для здоровья, так и финансовые риски, внося заметный вклад в социальное и экономическое благосостояние.

В июне 2006 г. Совет ЕС опубликовал «Заявление относительно общих ценностей и принципов», в котором изложены ценности и принципы, лежащие в основе систем здравоохранения во всех странах ЕС [12]. Четырьмя основными ценностями названы полный охват населения медицинским обслуживанием, солидарность в финансировании, равенство доступа к медицинской помощи и высокое качество медицинского обслуживания. Причиной опубликования заявления послужили сомнения Совета относительно вероятности сохранения этих ценностей в будущем. Задача, стоящая перед государствами – членами ЕС, как сформулировал ее Совет ЕС, состоит в необходимости обеспечить финансовую устойчивость систем здравоохранения, не подвергая опасности общие ценности государств – членов ЕС. К общим ценностям отнесены полный охват населения медицинским обслуживанием, солидарность в финансировании, равенство доступа к медицинской помощи и высокое качество медицинского обслуживания. Государственное финансирование здравоохранения превосходит частное [11]. Государственное финансирование способствует экономической эффективности и равенству доступа, обеспечивая защиту от финансовых рисков и отделяя выплаты от риска ухудшения здоровья. При частном финансировании покрытие рисков отсутствует или является неполным, выплаты обычно связаны с риском ухудшения здоровья, а набор услуг зависит от платежеспособности. Государственное финансирование превосходит частное также по эффективности расходования средств, что является ключевым вопросом при достижении как экономической, так и фискальной устойчивости.

Заключение. В понятие «бесплатная медицинская помощь» входит медицинская помощь и лечение в рамках государственного социального обеспечения или социального страхования. В первом случае финансирование медицинской помощи осуществляется из налоговых поступлений, во втором – из страховых взносов граждан. «Бесплатность» медицинской помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению во всех странах мира.

Болезнь принадлежит к тем жизненным рискам, с которыми сталкивается большая часть населения и с последствиями которых нельзя справиться в одиночку. Болезнь ведет в большинстве случаев к значительным финансовым расходам (расходы на врача, на оплату нахождения в больнице). Затраты быстро превышают платежеспособность отдельных людей. Никто из нуждающихся в медицинской помощи (профилактической или лечебной) не должен подвергаться риску нищеты или смерти из-за высокой стоимости медицинских услуг. «При отсутствии материальных средств личная свобода остается лишь “пустым звуком, недостижимым благом”, закрепленным за индивидом “юридически и отнятым фактически”» [13]. Исходя из мирового опыта, полагаем, что финансирование медицинской помощи и лечения должно полностью находиться под государственным контролем.

Библиографические ссылки

1. Мачульская Е. Е. Право социального обеспечения. – М. : Юрайт, 2010.
2. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве : учеб. и практ. пособие. – М. : БЕК, 1995.
3. Мухортова В. Ф. Правовая природа отношений по оказанию медицинской помощи. – Воронеж : Воронеж. гос. ун-т им. Ленинского комсомола, 1990.
4. Конвенция «О защите прав человека и основных свобод». Рим, 4 нояб. 1950 г. // Права человека : сб. междунар.-прав. док. / сост. В. В. Щербов. – Минск : Белфранс, 1999. – С. 761–772.
5. О минимальных нормах социального обеспечения: Конвенция МОТ № 102 1952 г. // Конвенции и Рекомендации : приняты Междунар. конфедерацией труда. – Женева : Междунар. бюро труда, 1991. – Т. 1. – С. 1055–1086.
6. Рекомендация 69 – Рекомендация о медицинском обслуживании [Электронный ресурс]. – 2013. – URL : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms_r069_ru.htm. – Дата обращения : 01.02.2013.
7. Соколова Н. А. Конституционные основы организации медицинской помощи в государствах постсоветского пространства // Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ) : материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. / под ред. К. Н. Гусова. – М. : Проспект, 2011. – С. 755–761.
8. Концепция Основ законодательства ЕврАзЭС о здравоохранении: постановление Постоянной комиссии по социальной комиссии от 03.04.08 № 5 [Электронный ресурс]. – 2013. – URL : http://www.ipaeurasec.org/docsdown/concept_zdrav_evra.pdf. – Дата обращения : 11.02.2013.
9. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр»; Нац. центр правовой информ. Республики Беларусь. – Минск, 2013.

10. Лушникова М. В., Лушников А. М. Курс права социального обеспечения. – М. : Юстицинформ, 2008. – С. 537–540.
11. Томсон С., Моссиалос О. Е. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Серия исследований Обсерватории, выпуск 17 // Региональное бюро [Электронный ресурс]. – 2013. – URL : <http://www.euro.who.int/pubrequest>. – Дата обращения : 20.01.2013.
12. Council of the European Union (2006). Council conclusions on common values and principles in EU health systems. Brussels, Council of the European Union [Electronic resource]. – 2013. – Mode of access : http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/c_146/c_14620060622en00010003.pdf. – Date of access : 10.02.2013.
13. Новгородцев П. И. Право на достойное человеческое существование. – Спб. : Т-во М. Ю. Вольф, 1911. – С. 3–13.

Поступила в редакцию 11.03.2013.