

---

---

# Предлагаем обсудить

---

---

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОСРЕДСТВОМ УНИФИКАЦИИ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ НАЗВАНИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЙ

**Н.Н.Пилипцевич**

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

*Точность терминологических названий и определений – важнейшая предпосылка грамотных управленческих решений, достижения оптимального результата. В статье предложен вариант редакционной коррекции автором ряда названий и определений Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» на предмет использования при его очередной переработке. Сделан вывод о том, что целесообразно возвратиться к позитивно зарекомендовавшей в прошлом практике обсуждения важнейших организационных вопросов на республиканских форумах социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения.*

*Ключевые слова: Республика Беларусь; закон «О здравоохранении»; термины и определения; корректировка понятий.*

После распада СССР практически все постсоветские государства поменяли свои системы здравоохранения. В Республике Беларусь не пошли по пути радикального реформирования отрасли. Сохранена регулируемая государством система медицинского обслуживания населения. В XXI в. растущий научный, практический и экономический потенциал национального здравоохранения позволяет эффективно внедрять новые достижения мировой и отечественной медицинской науки и практики. Существенно расширились организационно-технические и лечебно-диагностические возможности территориального (областного, районного) звеньев здравоохранения. Постепенно сглаживаются различия в возможностях по предоставлению населению качественной медицинской помощи на республиканском и местном уровнях.

Для устойчивого функционирования отечественного здравоохранения в условиях суверенного развития государства, наряду с укреплением материально-технического оснащения, потребовалось создание собственной законодательной, административно-управленческой базы. Такая задача поставлена самой жизнью, успешно решается. Сформирована современная регламентирующая основа в виде свода законов, приказов, норм, правил, положений и пр.

Как показывает опыт, в процессе законотворческой деятельности могут возникать ряд моментов, которые сказываются на качестве разрабатываемых документов. На наличие проблем с качеством разрабатываемых законопроектов заострил внимание Президент Республики Беларусь А.Г.Лукашенко в послании к белорусскому народу и Национальному собранию 29.04.2015 г. В разделе послания, касающемся законотворческой деятельности, было указано: законы должны отличаться «простота и понятность».

Настоящая работа посвящена анализу различий в формулировках названий, определений, несогласованности позиций в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении». Этот закон чаще других законов дополнялся, уточнялся, перерабатывался. С момента принятия первого варианта (1993 г.), включая действующую редакцию 2014 г., многое в его содержании претерпело изменения. Далеко не все в окончательных текстах очередной редакционной модернизации приобретало завершённые очерченные формы.

Автор считает необходимым последующий анализ некоторых разделов действующего закона предварить утверждением, что не посягает на общую целостность и значимость законодательного документа – он принят, работает в таком виде, ка-

ков есть. При этом, автор берет на себя ответственность не столько выделить имеющиеся, с его точки зрения, неточности, слабые места. Главная задача – сформулировать и обосновать наиболее адекватные варианты привлечших внимание определений, названий, согласоваться со здравым смыслом и объективной реальностью.

1. Начиная со статьи 1 Закона «Термины ... и их определения» и далее в различных статьях имеет место вытеснение понятия «медицинская помощь» понятием «медицинская услуга». В ряде случаев их уравнивали между собой, или медицинская услуга определена как компонент медицинской помощи.

Понятие услуга пришло в здравоохранение извне, из других служб и систем. Особенно со стороны государственной службы отечественной статистики заметно стремление «причесать» здравоохранение под общую народнохозяйственную гребенку в виде унифицированной терминологии. Само по себе, такое стремление оправдано, но только до тех пор, пока результаты реализации подобных инициатив не выходят за пределы компетенции, не вносят путаницу в деятельность отрасли.

Первоначально состоявшаяся подмена происходила незаметно, не обращала на себя особого внимания. В сравнительно короткие сроки в официальных документах научных работах, отчетах ЛПО и пр. понятие «медицинская услуга» стало модным, получило распространение. Такой отечественной практике предшествовал опыт ряда других государств. В системах здравоохранения тех из них, где пациент располагает свободой выбора врача, медицинская помощь чаще воспринимается как услуга.

С течением времени стало очевидным, что в рамках государственного здравоохранения между ними имеются существенные различия. В их основе экономическая составляющая – медицинские услуги предназначены для потребительского использования. Это труд в виде реализуемой возмездно деятельности врача. Результат такой деятельности – товар. Рост спроса на медицинские услуги устраивает их производителей. В данном процессе складывается обратно пропорциональная зависимость. Чем большему количеству населения предоставляются медицинские услуги, тем ниже доступность медицинской помощи. Ее стоимость может выходить за пределы финансовых возможностей граждан. Государству развитие медицинского обслуживания в таком направлении, в целом, не выгодно. Это предпосылка грядущего накопления неудовлетворенности населения.

Важно видеть качественные различия между сопоставляемыми понятиями. Традиционное содержание понятия «медицинская помощь» – это профессиональное творчество, включающее в себя всю совокупность знаний, умений, приемов, мер физического и духовного воздействия врача в процессе лечения пациента. В «услуге» выпадает важнейший компонент из арсенала врача – мобилизация силой убеждения, верой в его слово и действия внутренних возможностей пациента в борьбе за собственное здоровье и жизнь. Многовековой опыт свидетельствует, что максимальный эффект лечебно-профилактической помощи достижим в тех случаях, если пациент становится активным союзником врача в процессе лечения. До 40% эффективности терапевтического воздействия на пациента потенцируется силой убеждения врача, которому он безоговорочно верит. Приравнение медицинской помощи к услуге является выхолащиванием этого емкого понятия, элементом упрощения ценностной оценки труда врача, предпосылкой к девальвации в обществе самой профессии врачевания.

В формулировках ряда терминов статьи 1 опорным является понятие медицинская помощь, в других – медицинская услуга. Ниже приведены примеры.

Медицинская помощь:

*медицинская деятельность* – деятельность по организации и оказанию медицинской помощи...,  
*медицинский работник* – физическое лицо... занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием медицинской помощи...,  
*пациент* – физическое лицо, обратившееся ... получающее медицинскую помощь.

Медицинская услуга:

*лечение* – комплекс медицинских услуг...,  
*медицинская помощь* – комплекс медицинских услуг ...,  
*медицинская профилактика* ... комплекс медицинских услуг...,  
*медицинская реабилитация* – комплекс медицинских услуг...,  
*медицинский осмотр* – медицинская услуга...,  
*протезирование* – комплекс медицинских услуг...

Как видно, такой расклад – источник путаницы. Вряд ли кому, например, придет в голову отнести к услугам операцию на головном мозге, органах грудной клетки, брюшной полости, сосудах, позвоночнике, лечение инфаркта миокарда и пр. Они выполняются по показаниям, являются ведущей составной частью комплекса лече-

ния. А последнее – важнейший компонент интегрированного процесса медицинской помощи.

В тесной связи с этим, еще один пример смыслового расхождения. Если, например, врач в поликлинике принимает пациента на бесплатной для него основе, то это по-прежнему «медицинская помощь». Но если этот же или другой врач в такое же рабочее время на платной основе ведет прием, назначает примерно такое же лечение, то почему-то это уже именуется «услуга». Так закреплено в статье 15 Закона «Порядок оказания платных медицинских услуг гражданам Республики Беларусь государственными учреждениями здравоохранения».

А реально речь идет о медицинской помощи, предоставляемой пациенту в государственной ЛПО на «**платной для него основе**», или, иными словами, за его собственные средства. Эта реальность завуалирована под понятием «услуга», санкционирована и регламентирована государством. Налицо своеобразная добровольно-вынужденная сделка посредством заключения договора. ЛПО зарабатывает часть средств, необходимых для своего функционирования, пациент вынужден платить, чтобы получить медицинскую помощь.

К сожалению, в ряде директивных и нормативных документов в здравоохранении пока нет единообразия в ключевых названиях. Пример – постановление Минздрава Республики Беларусь №30 (2008 г.) «Об утверждении прейскуранта на услуги по инструментальной диагностике». Современный уровень инструментальной диагностики требует высочайшей квалификации, сложных методов, глубоких клинических знаний. Отнесение их к услугам – это насильственное искажение, выхолащивание понятия «медицинская помощь».

Неоднозначное отношение к введению в медицинскую терминологию понятия «услуга» и в Российской Федерации. Депутат Государственной думы Российской Федерации Олег Смолин в выступлении по белорусскому каналу СТВ 13.09.2015 г. так сформулировал позицию: «не дай бог нам врача, который оказывает услуги».

Известно, здравоохранение – система консервативная, любое непродуманное вмешательство может пагубно отразиться на результатах ее деятельности. А возвращение к прежнему состоянию, зарекомендовавшему себя в прошлом более устойчивым и позитивным, чаще всего становится невозможным или трудно достижимым. В качестве примера можно привести оценки российскими учеными здравоохранения своей страны после его реформы. В средствах массовой инфор-

мации неоднократно приводилось их мнение, что в Российской Федерации после модернизации системы здравоохранения с планово-бюджетной на страховую доступность медицинской помощи для населения снизилась.

Подведем итог. В Республике Беларусь медицинское обслуживание населения состоит из **лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий. В комплексе они составляют медицинскую помощь. Название «медицинская услуга» целесообразно исключить.**

В той же статье другой термин «**состояние**» сформулирован как «изменения организма человека, возникающие в связи с воздействием патологических и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи». Формулировка односторонняя. В практике здравоохранения различают лиц здоровых, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, практически здоровых, с пограничными состояниями и т.д. Далеко не всегда «состояние» – это нуждаемость в медицинской помощи. В Толковом словаре русского языка «состояние» – положение вещей или внутренние обстоятельства, в которых находится кто/что-нибудь. Ничего близкого к трактовке в Толковом словаре в данной формулировке нет. В таком варианте **термин «состояние» целесообразно упразднить.**

2. Статья 3 «Основные принципы государственной политики в области здравоохранения». В перечневом порядке по ходу текста на четвертом месте указан принцип «приоритетность развития **первичной медицинской помощи**». Принцип основополагающий. По результатам ее качественного содержания, удовлетворенности населения складывается оценка деятельности всей системы здравоохранения.

В интересах последующих рассуждений обратимся к одному из значимых мероприятий ВОЗ в начале последней четверти XX века. В 1978 г. в г. Алма-Ата (СССР) совместно с Детским фондом ООН проведена международная конференция по **первичной медико-санитарной помощи**. Многие десятилетия так называлась медицинская помощь, оказываемая в зоне первичного контакта населения и медико-санитарных служб. В XXI в., по различным причинам, слово «санитарная» из этого названия было убрано. Первоначально это произошло в странах Европы, в документах ВОЗ, затем в России, в завершение и в отечественном здравоохранении.

Есть основание утверждать, что «мы» поторопились расчленять целостное название. В России,

например, санитарная служба вышла из подчинения Минздрава. Возможно, с этим связана такая корректировка названия. Ничего подобного нет в здравоохранении Беларуси – санитарная служба является его составной частью. Лечебно-профилактическая сеть и санитарная служба в содружестве, под единым централизованным управлением Минздрава, в состоянии принести намного больше пользы своей деятельностью, чем порознь. Отечественное здравоохранение – целостная работоспособная отрасль. **Целесообразно восстановить прежнее емкое, более адекватное название – «первичная медико-санитарная помощь».** Противоречий с международными названиями это вызвать не может. В отечественном здравоохранении такое название соответствует реальному состоянию, следовательно, правильное, вернее.

Еще раз обратимся к статье 3: между содержанием по тексту и названием статьи имеется несогласованность. В порядке обоснования сопоставим два понятия «охрана здоровья» и «здравоохранение». Охрана здоровья – категория временная и процессуальная – деятельность по защите здоровья, процесс, направленный на недопущение влияния на человека неблагоприятных факторов. Это, в частности, обеспеченность рациональным питанием, достаточное снабжение доброкачественной водой, чистый атмосферный воздух, благополучная здоровая семья, благоприятный психологический климат в производственных коллективах и в обществе в целом и др. Реализация этих и других важнейших компонентов первичной профилактики по плечу только государству. Только оно в состоянии рационально мобилизовать и организовать ресурсы общества в интересах всех и каждого.

Здравоохранение – компонент надстроечный в виде нормативно-организационной стороны медицины. Представляет собой систему органов и организаций здравоохранения и их деятельность по профилактике и лечению заболеваний. Несомненно, место здравоохранения, в пределах своих профессиональной компетенции и возможностей, в первых рядах реализации указанных выше мер.

Данное разъяснение потребовалось, чтобы на таком фоне обратить внимание, что восьмой и девятый пункты статьи («ответственность государственных органов, организаций за состояние здоровья населения», «ответственность нанимателей за состояние здоровья работников») в прямой постановке не являются зоной ответственности здравоохранения, находятся за пределами его полномочий и возможностей.

Название статьи 3 «Основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения» целесообразно изменить и изложить в следующей редакции: **«Основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области охраны здоровья населения».**

3. В статьях 4, 10 в двух рядом стоящих пунктах одни и те же подразделения имеют разные названия: «учреждения здравоохранения», «организации здравоохранения». В статье 10 сказано «Основой здравоохранения Республики Беларусь является государственная система здравоохранения, состоящая из: Министерства здравоохранения Республики Беларусь и подчиненных ему государственных *организаций здравоохранения*; органов и *учреждений*, осуществляющих государственный санитарный надзор». Далее по тексту статьи 10 в различных пунктах применительно к другим системам обильное чередование то организации, то учреждения. Такое же чередование в статье 11. В отдельном абзаце этой статьи указано «Номенклатура организаций здравоохранения ... утверждается Министерством здравоохранения Республики Беларусь». Куда делась и кто утверждает номенклатуру учреждений здравоохранения? В статье 13 повествуется о «...бесплатной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения...». В статье 14 медицинская помощь оказывается «...в организациях здравоохранения...», «...граждане закрепляются за государственными учреждениями здравоохранения...». Как видно, примеров несогласованности много. Не ясно, почему в рамках единой системы имеет место такое разделение названия одних и тех же медицинских структур.

На переименовании учреждений в организации настояли юристы при согласовании новой редакции закона в 2002 г. Для них термин «медицинская организация» является более определенным, удобным в процессе рассмотрения в судебных инстанциях дел, имеющих отношение к уголовно наказуемым упущениям в деятельности работников здравоохранения. С тех пор прошло 13 лет, а окончательная унификация названия так и не состоялась. Если принять, что в настоящее время таким способом, по названиям, разделяются государственные медицинские учреждения и частные медицинские организации, то это не оптимальное решение. Частный медицинский сектор так же, как и государственные медицинские структуры, для единства подходов, взаимодействия в интересах населения, находится под контролем государственной службы здравоохранения. Тер-

минологических различий быть не должно. В отрасли постепенно уже «пришли» к термину **медицинская организация**, возможно на перспективу следует его оставить. Или другой, хотя и менее привлекательный вариант, – дать в первой статье закона (гlossарии) соответствующие определения каждому из этих понятий.

4. Статья 16 «Виды, формы и условия оказания медицинской помощи». В содержание текста данной статьи вносились изменения практически во всех предыдущих вариантах Закона, в том числе в последней новой его редакции (2014). Завершенный улучшенный вариант статьи пока не состоялся.

В тексте первой редакции закона «О здравоохранении» (1993) такой статьи вообще не было. В последующих редакциях:

от 2002 г. – представлены два вида медицинской помощи:

– первичная медико-санитарная медицинская помощь;

– специализированная медицинская помощь;

от 2008 г. – те же два вида медицинской помощи, но первый уже с коррекцией названия – первичная медицинская помощь.

О целесообразности восстановить первое название (2002), как наиболее соответствующее реальному состоянию, упоминалось выше. Здесь же считаем целесообразным обратить внимание, что каждый врач вправе задаться вопросом, каково содержание, или «начинка», или какую помощь можно получить в рамках названия ее вида «первичная медико-санитарная».

Как известно, для оказания медицинской помощи конкретного вида требуется наличие трех составляющих, это: подготовленный специалист, соответствующее его оснащение, условия (кабинет в амбулатории/поликлинике, больничная палата, операционная и пр.). В здравоохранении Советского Союза было принято выделять пять видов медицинской помощи: *первая медицинская, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная, специализированная*.

Для оценки вероятных мотивов состоявшейся модернизации терминологических определений вида медицинской помощи сопоставим действующую сеть организаций отечественного здравоохранения с временным интервалом в 20 лет (1990 и 2010 гг.).

В 1990 г. больниц было всего (город, село) 857, в том числе районных/сельских участковых – 137/447; ФАПов/фельдшерских здравпунктов – 3012/1400.

В 2010 г. соответствующие показатели следующие: 644; 120/163; 2350/700.

Как видим, количественное движение медицинских организаций имеется. Но в 2010 г. все они представлены, это по-прежнему мощная медицинская сеть. Не с их сокращением связан пересмотр видов медицинской помощи. Здравоохранение, как отмечено выше, не претерпело в структуре и организации своей деятельности существенных изменений. Возможно, возобладало стремление «идти в ногу» по данному вопросу с государствами, где более радикально отнеслись к изменениям в своем здравоохранении.

К сожалению, в медицинских документах название «первичная медико-санитарная помощь» (ПМСП) лишь формальная оболочка. Нигде не указано, какие лечебно-профилактические мероприятия ее составляют, где, в каком объеме, кем осуществляются. Вместе с тем, в материалах Алма-Атинской конференции указана территориальная привязка ПМСП – зона первичного контакта населения и медико-санитарных служб. В этой зоне в отечественном здравоохранении функционирует сложившаяся сеть: ФАПы – оказывают доврачебную (фельдшерскую) медицинскую помощь; врачебные амбулатории и участковые больницы – оказывают первую врачебную помощь, участковая сеть поликлиник – оказывают первую врачебную помощь. Кроме того, первичная медико-санитарная помощь населению представляется подразделениями (организациями) скорой помощи, родовспоможения, ЦГЭ, в приемных покоях (отделениях) больниц.

**В целях расшифровки интегрированного содержания ПМСП как вида медицинской помощи предлагается указать следующие ее составляющие: первая медицинская, доврачебная, первая врачебная, элементы квалифицированной медицинской помощи.** Отметим, в статье 14 впервые признается существование вида «**доврачебная** медицинская помощь».

В настоящее время упоминаний о квалифицированной медицинской помощи, как виде помощи, практически нет. Она оказалась упраздненной посредством всеобщего умолчания, – исчезла из терминологического оборота. Вместе с тем, этот вид помощи является основным в звене районных, городских больниц. Профиль может быть различным – терапевтический, хирургический и пр. Наряду с ПМСП, сеть организаций, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь, является опорой системы здравоохранения. **Квалифицированную медицинскую помощь, как вид медицинской помощи, целесообразно восстановить в правах.**

О специализированной медицинской помощи также целесообразен отдельный разговор. В Законе в редакции от 2008 г. ей дано следующее определение «...вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента заболеваний, требующих применения специальных методов оказания медицинской помощи, а при необходимости – сложных, высокотехнологичных или уникальных методов оказания медицинской помощи...». В редакции от 2014 г. это емкое определение разделили на два вида медицинской помощи: *специализированная и высокотехнологичная*. В результате, высокотехнологичные методы оказания медицинской помощи трансформированы в вид медицинской помощи. В порядке аргументации поспешности такого переименования следует отметить, что специализированная медицинская помощь всегда высокотехнологичная. **Предлагается новый вид медицинской помощи – «высокотехнологичная» – исключить из текста закона.**

Появились другие новые виды медицинской помощи *медико-социальная, паллиативная*. Эти термины исходят из названия организации, в которой находится пациент, а не от содержания и объема лечебно-профилактических мероприятий, которые ему показаны. Подход, сам по себе, не верен. В хосписе, как и в любой другой медицинской организации, пациенты получают те пособия, которые им показаны. Такова одна из важнейших заповедей врачевания. Преимущественно это мероприятия первичной медико-санитарной помощи. Содержание других мероприятий, представленных в тексте закона в порядке расшифровки этих видов медицинской помощи, не является новым, оно полностью укладывается в мероприятия лечебно-охранительного режима пациентам, проходящим лечение в условиях стационара. Об этом емко сказано в учебнике советского периода «Социальная гигиена и организация здравоохранения» (1986), современном отечественном издании «Общественное здоровье и здравоохранение» (2015). **Виды медицинской помощи «медико-социальная», «паллиативная» следует упразднить.**

В здравоохранении уже имела место попытка наделить статусом «вид медицинской помощи *амбулаторная и стационарная*» мероприятия, реализуемые амбулаторно приходящим пациентам и, соответственно, получающим лечение в условиях стационара. Постепенно разобрались, эти термины были упразднены.

Представляется нечеткой позиция в термине «*плановая медицинская помощь*» (ст.16). Например, «*скорая*» – это медицинская помощь, требую-

щая незамедлительных профессиональных действий. Подобной четкости не усматривается в содержании понятия «*плановая медицинская помощь*». В самом названии заложен элемент дискриминации – синонимом «*плановая*» может быть «*отсроченная*» медицинская помощь. Известно, если человеку показана медицинская помощь, то ее следует реализовывать сразу же, как только такой факт установлен, а не через какой-то плановый временной интервал. Такой период вынужденного ожидания может привести к значительному ухудшению состояния пациента. А это уже сторона не только медицинская, но и юридическая.

В завершение обратимся к первичной ориентировке предназначения Закона. В преамбуле сказано «*Настоящий Закон направлен на обеспечение правовых, организационных, экономических и социальных основ государственного регулирования в области здравоохранения в целях сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения*». И в данном тексте и, как отмечено выше, в содержании названия статьи 3 усматривается необходимость следующей корректировки: вместо «...регулирования в области здравоохранения...» сформулировать «...регулирования в области охраны здоровья населения...».

**Заключение.** Как показывает опыт, сам по себе вопрос о приведении в соответствие терминологических определений не нов. Во все времена являлся предметом пристального внимания. Еще в глубокой древности, великий китайский мыслитель Конфуций указывал, чтобы навести порядок в государстве, нужен порядок в названиях. Унификация названий – обязательное многовековое правило. В отечественном здравоохранении разговор в данном направлении также не первый. Новые поколения врачей формируются в стенах медицинских университетов. Процесс непрерывный. Для качественной их подготовки необходима четкая, понятная, выверенная терминологическая законодательная база. Одним из путей достижения ее желаемого уровня может стать обращение к предшествующему опыту коллективного обсуждения организационных вопросов на республиканских форумах организаторов здравоохранения. Процесс унификации медицинских терминов и понятий по своей значимости мог бы занять место среди важнейших проблем в повестках их работы.

Вопрос не простой, требует всестороннего анализа и обсуждения. Есть основание полагать, что применительно к разработке наименований видов медицинской помощи, соответствующего их перечню качественного содержания лечебно-профи-

лактических мероприятий, необходимо отраслевое задание на проведение научно-практического исследования.

В истории развития человеческого общества деятельность, связанная со здоровьем, всегда занимала особое место. В различные эпохи она имела определенным образом складывающиеся формы и содержание. Начиная со времени объединения людей для совместного проживания в общины, выражалась, например, в поклонении небесным светилам, отправлениях культовых ритуалов, таинственных заговорах, жертвоприношениях, обрядах и пр. С течением времени ненужное, наносное, само по себе отпадало. С расширением знаний о среде обитания, началось освоение природных лечебных факторов, лечение травами, предпринимались меры по активизации биологических возможностей организма, более направлено применялись накопленные медицинские знания. Так, последовательно, лучшее, аккумулированное из многовекового предыдущего опыта врачевания, наработок в данной области живущих поколений, превращалось в сравнительно стройную систему направленных действий помощи нуждающимся людям.

Собираемое по крупицам далекими предками огромное для своего времени богатство знаний и практического опыта врачевания, постоянно модернизируемое и пополняемое, переходило, как самый

ценный подарок, очередному поколению жителей Земли. Через века это наследие представляет собой прочный фундамент для дальнейшего познания человека, развития и совершенствования мер по сохранению и укреплению его здоровья.

**IMPROVING OF HEALTH CARE LEGAL BASIS BY UNIFICATION OF TERMINOLOGICAL NAMES AND DEFINITIONS**

**N.N.Pilipsevich**

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

Correctness of terminological names and definitions is very important precondition for the competent management decisions, achievement the necessary result. Variant of the author's editorial correction of some names and definitions of the Law of the Republic of Belarus "On Health Care" for its use in next law's revision has been offered in the article. It was concluded that there was a need to return to the good practice of discussing the most important organizational problems on republican forums of social hygienists and healthcare organizers.

Keywords: Republic of Belarus; the Law "On Health Care"; names and definitions; corrections of definitions.

*Поступила 14.09.2015 г.*