

6 «Қазақстан Республикасының Азаматтық кодексі» Ерекше бөлімі 1999 жылғы 1 шілдедегі № 409-1 қабылданған. (өзгерістермен және толықтырулармен) / / Ақпараттық жүйелер ӘДІЛЕТ.URL:<http://adilet.zan.kz/kaz/docs/K990000409>

7. «Гражданский кодекс Республики Казахстан» Особенная часть от 1 июля 1999 года № 409 (с изменениями и дополнениями) / / Ақпараттық жүйелер ӘДІЛЕТ.URL <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K990000409>

8. «Грек тілінен алынған сөздер. Ежелгі грек мәдениетінің сөздігі» [Электронды ресурс]/ / Ақпараттық жүйелер <https://kerchtt.ru/kk/zaimstvovannye-slova-iz-grecheskogo-slovar-drevnegrecheskoi-kultury/>

ПОЛИТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (С 1991 Г. ПО 2021 Г.)

Садовский Д.Г., *магистрант кафедры политологии БГУ,
г. Минск, Республика Беларусь*

Охрана здоровья является основой функционирования современного общества. Право на здоровье признано на международном уровне как стандарт в области прав человека. Здравоохранение представляет собой один из крупнейших секторов экономики и олицетворяет уровень прогрессивного развития страны. На важность здравоохранения указывает и пандемия коронавируса, которая оказала и продолжает оказывать влияние на все сферы общественной жизни. Например, в числе последствий борьбы с заболеванием наблюдается сжатие производства товаров и услуг как в государственном, так и в частном секторах экономики, а также несогласованность спроса-предложения на международном рынке топливно-энергетических ресурсов, обусловившая нестабильность спотовых цен на энергоносители. Из этого можно сделать вывод, что здоровье населения оказывает существенное влияние на экономическую эффективность хозяйственной деятельности. Исследователи по всему миру отмечают важность объединения материального и человеческого капиталов. В таких условиях

вопросы, связанные с системой здравоохранения представляются особо актуальными.

В данной работе рассматриваются особенности системы здравоохранения Республики Беларусь через призму ее политико-правового становления и развития.

Так, в первую очередь, следует определиться со значением рассматриваемого термина. Исходя из трактовок, изложенных в Законе Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-ХІІ«О здравоохранении» [5] и материалах Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) [11], в узком смысле систему здравоохранения можно определить как совокупность государственных институтов и организаций, соответствующих концепций и регулирующих их норм, целью которой является сохранение и укрепление здоровья граждан, поддержание своей эффективности и другие. В широком смысле в данное выше определение включается ряд негосударственных институтов, направленных на восстановление, поддержание и сохранение здоровья населения.

Особенностью системы здравоохранения Республики Беларусь является специфический постепенный подход к ее преобразованию, заключающийся в применении так называемых пилотных проектов. Данный метод направлен на проверку эффективности потенциальных реформ и их поэтапного введения. Так, для дальнейшего продвижения нововведению, подвергнутому всестороннему анализу, необходимо получить одобрение на всех уровнях рассмотрения, что предполагает достижение консенсуса. Только в этом случае предложения будут реализованы повсеместно. Достоинством такой модели является повышенная безопасность, обусловливаемая ограниченностью и подконтрольностью условий – функционирование всей системы риску не подвергается. Это предопределяет превосходство медленных и плавных преобразований над резкими скачкообразными изменениями. В материалах ВОЗ отмечается, что такой подход, являясь достаточно самобытным, оправдан примерами из постсоветского пространства, когда серьезные социально-экономические изменения не были должным образом обеспечены [10]. Однако такая модель, свойственная всей социально-экономической политике Республики Беларусь на постсоветском этапе, все же не лишена заметных недостатков. Так, в процессе всех экспериментов, проверок и утверждений может оказаться, что

предлагаемые изменения уже утратили свою актуальность и не отвечают условиям внешней среды.

Описывая непосредственно реформирование системы здравоохранения Беларуси, необходимо отметить ситуацию, складывавшуюся накануне обретения ей независимости. Социально-политические изменения, имевшие место в Советском Союзе начиная с середины 80-х годов XX в., отражались на всех сферах общественной жизни. Здравоохранение также подверглось их влиянию. Ситуация в стране складывалась таким образом, что для обеспечения лучшего уровня медицинской помощи населению утвердилось решение о необходимости реформирования существовавшей системы Н.А. Семашко – разработке «нового хозяйственного механизма» в здравоохранении, который в то время рассматривался как переходный по отношению к страховой медицине [12].

Подобный эксперимент, изначально проводившийся на территории России, затронул, однако, и территорию Беларуси, в частности Гродно и Гродненскую область. Преобразования касались увеличения роли амбулаторий и поликлиник, способов их взаимодействия друг с другом и со стационарами. В качестве примера можно привести систему взаиморасчетов системы клинко-статистических групп [13].

В процессе рассмотрения вышеуказанного эксперимента выявлен ряд моментов. Так, стационары показали существенную неоднородность по показателям, оснащению, проводимым исследованиям, компетентности персонала. По результатам эксперимента учреждения были разделены по группам с соответствующим ценовыми категориями. Предполагалось, что это стимулирует труд материально. Применялась также система моделей коллективного подряда, использовались учетные коэффициенты трудового участия. В качестве источников финансирования предполагалось использовать долговременные стабильные нормативы по целевой направленности вместо содержания по отдельным статьям, а также внедрять платные медицинские услуги [13]. Также выявлена проблема несоответствия установленных задач уровню их финансирования. Несмотря на развитую концепцию охраны и укрепления здоровья и всеобщий доступ к бесплатной медицинской помощи, система была не способна обеспечить гарантированное диспансерное наблюдение для всего населения

республики: вопрос ставился о гарантированном объеме качественной помощи каждому конкретному гражданину.

В целом, новый хозяйственный механизм продемонстрировал наличие потенциала для последующего реформирования.

Впоследствии, как отмечают национальные источники и материалы ВОЗ, уже независимая Республика Беларусь сохранила многие характерные особенности системы Н.А. Семашко [10, 12].

С 1995 года постепенно введены и структурированы, ставшие позже характерными для страны, первичная медико-санитарная помощь и общая практика. В первую очередь данные процессы осуществлялись посредством двусторонних соглашений и пилотных проектов. Помимо вопросов подготовки врачей и сестер, большое внимание уделялось созданию необходимых условий для врачебной практики в партнерстве с соответствующим министерством: сформировались инициативы оказания первичной медико-социальной помощи, которые впоследствии легли в основу актуальной системы здравоохранения.

Так, приказом Министерства здравоохранения от 2 сентября 1998 года №242 «О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики» регламентировалась работа амбулатории общей практики как лечебно-профилактического учреждения широкого профиля: закреплялись задачи, мероприятия, структура и оснащение системы. Указывался правовой статус врачей общей практики и статус медсестры [7].

Также элементы реализации концепции общей практики закреплялись приказом Министерства здравоохранения от 28 декабря 1998 года №384 «Об организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому и детскому населению и мерах по введению врача общей практики». Предусматривался окончательный переход на указанную систему, что предполагало улучшение ее снабжения и финансирования, разработку руководств по функционированию. Приказом предписывалось «принять меры по улучшению качества диспансеризации населения, в том числе обязательных контингентов в соответствии с директивными документами Минздрава» [2]. Предполагались организация новой системы контроля качества медицинской помощи на всех уровнях амбулаторно-поликлинических учреждений и расширение немедикаментозных и лечебно-профилактических методов оказания помощи.

Следует отметить тот факт, что изначально вводить модель общей практики планировалось в сельской местности, где на тот период наблюдались дефицит кадров и нехватка ресурсов, – считалось, что в городских условиях нет необходимости в подобной генерализации.

Еще одним важным шагом в преобразовании системы здравоохранения стало введение финансирования на душу населения вместо расчета из количества коек. Так, постановление Совета Министров Республики Беларусь от 10 августа 2000 года №1225 «О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения» дало начало пилотному проекту нового способа финансирования в Витебской области. Главной задачей проекта стала отработка более эффективного расходования средств, особенно в областях первичной медико-социальной помощи и профилактики. Помимо прочего, работа врачей первичного звена переводилась на контрактную основу [8].

Порядок применения указанных выше преобразований описан в приказе министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 сентября 2000 года № 40/101. «Об утверждении Положения о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя». Утверждаемая модель признавалась более экономичной и рациональной и предлагалось ее введение повсеместно. Также указывалось на необходимость большей децентрализации системы здравоохранения [3].

Все вышеперечисленное ознаменовало отказ от коечной системы. Но идеи, выдвинутые в 2000 году, из-за недостатков системы пилотных проектов взяты в полноценную разработку только в 2004 году [8].

Большое значение для понимания ориентиров развития здравоохранения в то время имеет Концепция развития первичной медико-санитарной помощи на период 2003-2007 годов. В ней подчеркивается необходимость значительного повышения эффективности деятельности в системе здравоохранения. Отмечаются такие проблемы, как практически исчерпанные возможности для экстенсивного развития и сложная медико-демографическая ситуация.

Ключевой целью преобразований стало создание эффективной унифицированной системы управления качеством медицинской помощи. Для этого, при сохранении финансирования, проводилось перераспределение коечного фонда с введением

стационарозамещающих технологий. Также осуществлялась реструктуризация медицинской помощи по уровню интенсивности лечения. Предусматривалось методическое и материально-техническое сопровождение преобразований [6].

В это же время начинаются первые преобразования по информатизации системы здравоохранения путем внедрения электронного документооборота и автоматизированных систем.

Помимо основных инициатив, принимались и более узкие меры технического характера. Например, в 2005 году была создана Национальная программа демографической безопасности, рассчитанная на 2006-2010 годы. Охватывая не только сферу здравоохранения, она предусматривала диспансеризацию населения с целью выявления различных заболеваний и их профилактики [9].

С 2010 года в систему здравоохранения активно начали внедряться элементы Национальных счетов здравоохранения (далее – НСЗ).

В целом, процесс развития механизмов учета и контроля получил развитие с августа 1992 года, когда было принято постановление Совета Министров Республики Беларусь №523 «О Республиканской программе перехода Республики Беларусь на принятую в международной практике систему учета и статистики».

НСЗ представляла собой методологию и систему стандартов мониторинга движения средств в системе здравоохранения [15].

Система должна была решить проблему учета доходов и затрат, все остававшуюся актуальной в тот период. Прямой постатейный анализ доходов и расходов не учитывал финансы населения, ресурсы нанимателей, международных организаций, закупку лекарств через аптеки и др. Не рассматривались расходы на полисы добровольного страхования. Такая система не давала правильной и полной картины ситуации.

Уже первый проект НСЗ наглядно показал соотношение расходов государства, граждан и нанимателей на функционирование здравоохранения. Хотя нормативно-правовая база уже была выстроена, но институт добровольного страхования все еще не был развит [14].

В 2015-2020 гг. продолжались преобразования, направленные на реструктуризацию системы. Они включали перераспределение затрат со стационарного на поликлиническое звено, развитие альтернативных стационару технологий, а также работу с

численностью работников здравоохранения, количеством управляющих кадров, оптимизацию их соотношения. Также внимание обращалось на продвижение здорового образа жизни [9].

На данный момент развитие системы здравоохранения лежит в плоскости ее цифровизации, внедрения современных информационных технологий во все аспекты оказания медицинской помощи. Ключевые аспекты вышеуказанных преобразований разработаны в Концепции развития электронного здравоохранения на период до 2022 года (далее – Концепция). Основываясь на отечественных наработках и рекомендациях, концептах ВОЗ и Международного союза электросвязи, Концепция в качестве цели закрепляет «содействие совершенствованию качества медицинской помощи посредством прямого обмена информацией между всеми уровнями оказания медицинской помощи и внедрения системы информационной поддержки клинических решений» [1].

Данная цель соответствует ключевому направлению Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 года – увеличению продолжительности жизни населения.

В целях реализации Концепции принят ряд важных для развития электронного здравоохранения нормативных правовых актов, например, Закон Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. №99-3 «О защите персональных данных» [4].

Таким образом, Республика Беларусь характеризуется постепенным подходом к проведению реформ, отличительной чертой которого является применение методики пилотных проектов для проверки эффективности потенциальных инноваций и их поэтапного введения, что, с одной стороны предотвращает крупномасштабные последствия в случае провала проекта, и, с другой стороны, существенно замедляет процесс реагирования на новые раздражители окружающей среды.

Сохранив базис системы Н.А. Семашко, национальная система здравоохранения, однако, претерпела ряд существенных изменений, необходимых для преодоления проблем, с которыми страна столкнулась еще в советский период.

Так, на смену структуре, ориентированной на высокую роль врача-специалиста, пришла система врачей общей практики, которая позволяла обеспечить всеобщий охват и оперативность оказания медицинской помощи в условиях ограниченности ресурсов.

Другим существенным отличием-надстройкой является некоторая децентрализация системы с декларируемой опорой на первичную медико-социальную помощь. При этом следует отметить, что на практике существенное количество процедур все же привязано к центральным элементам системы.

Также важнейшей особенностью является способ финансирования здравоохранения. Во-первых, снабжение средствами государственного бюджета проводится из расчета на душу населения. Во-вторых, наряду с всеобщей бесплатной медицинской помощью присутствует также ряд платных медицинских услуг, в том числе и механизм добровольного страхования, который, однако, не обрел широкого распространения.

Еще одной специфической чертой системы здравоохранения Республики Беларусь является ориентация на интенсивное, а не экстенсивное развитие. Потенциал к последнему, судя по официальной позиции, исчерпан еще в начале 2000-х годов.

Следует отметить и специфическую форму контроля за процессами в системе, отличную от классической доходно-расходной модели.

Кроме того, необходимо указать на высокую роль немедикаментозных, лечебно-профилактических методов. Большое внимание уделяется здоровому образу жизни и предотвращению заболеваний.

В настоящее время система здравоохранения Республики Беларусь модернизируется в части закрепления и оптимизации уже имплементированных механизмов, а также внедрения в медицину передовых технологий, ее информатизации.

Список литературы:

1. Концепция развития электронного здравоохранения Республики Беларусь на период до 2022 года // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – 2017. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/elektronnoe-zdravookhranenie/kontseptsiya-elektronnogo-zdravookhraneniya/>. – Дата доступа: 24.10.2021.

2. Об организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому и детскому населению и мерах по введению врача общей практики: Приказ Министерства здравоохранения Республики

Беларусь, 28 декабря 1998 г., №384: в ред. Приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.12.1998 г. // Министерство здравоохранения Республики Беларусь – 2020. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/tekhnicheskie-normativnye-pravovye-akty/teksty-tekhnicheskikh-normativnykh-aktov/index.php>. – Дата доступа: 24.10.2021.

3. Об утверждении Положения о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 29 сентября 2000 г., №40/101: в ред. Приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.09.2000 г. // Министерство здравоохранения Республики Беларусь – 2020. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/tekhnicheskie-normativnye-pravovye-akty/index.php>. – Дата доступа: 24.10.2021.

4. О защите персональных данных: Закон Республики Беларусь, 7 мая 2021 г., № 99-3: в ред. Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2021. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=N12100099&p1=1&p5=0>. – Дата доступа: 21.01.2021.

5. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-XII: в ред. Закона Республики Беларусь от 21.10.2016 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 2018. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 21.01.2021.

6. О Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 годы: Постановление Совета Министров Республики Беларусь, 8 октября 2003 г., №1276: в ред. Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 08.10.2003 г. // Законодательство Республики Беларусь. – 2003. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=C20301276>. – Дата доступа: 24.10.2021.

7. О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 2 сентября 1998 г., №242: в ред. Приказа Министерства здравоохранения

Республики Беларусь от 02.09.1998 г. // Белзакон.net. – 2020. – Режим доступа: <https://belzakon.net/Законодательство/Приказы/1998/109532>. – Дата доступа: 24.10.2021.

8. О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения: Постановление Совета Министров Республики Беларусь, 10 августа 2000 г., №1225: в ред. Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 10.08.2000 г. // Законодательство Республики Беларусь. – 2000. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=C20001225>. – Дата доступа: 24.10.2021.

9. Оценка модели организации первичной медико-санитарной помощи в Беларуси // Всемирная организация здравоохранения. – 2009. – Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/91610/E92661R.pdf. – Дата доступа: 24.10.2021.

10. Системы здравоохранения: время перемен. Республика Беларусь: обзор системы здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. – 2013. – Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/253546/HiT-Belarus-RU-web.pdf. – Дата доступа: 24.10.2021.

11. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. – 2008. – Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf?ua=1. – Дата доступа: 24.10.2021.

12. Снежицкий, В.А., Сурмач, М.Ю. Белорусское здравоохранение: прошлое, настоящее, будущее / В.А. Снежицкий, М.Ю. Сурмач // Гродненский государственный медицинский университет – 2011. – №1 – С. 3-973.

13. Сурмач, М.Ю. Историческая трансформация модели белорусского здравоохранения. Часть 1: от начала XX века до настоящего времени / М.Ю. Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2019. – №2 – С. 4-9.

14. Сурмач, М.Ю. Историческая трансформация модели белорусского здравоохранения. Часть 2: современные проблемы и подходы к управлению рисками / М.Ю. Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2019. – №3 – С. 31-36

15. Ткачева, Е.А. Создание и внедрение национальных счетов здравоохранения в Республике Беларусь / Е.А. Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2011. – №1 – С. 20-26.

ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ В УГОЛОВНОМ СУДОПРОИЗВОДСТВЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Текебаев К.А., *магистрант юридического факультета Карагандинского университета имени академика Е.А. Букетова*

Вопросы назначения принципа справедливости в казахском уголовном судопроизводстве вызвано всесторонностью данного положения и является предметом дискуссии ученых юристов еще с периода становления независимого, правового государства. Под справедливостью уголовного судопроизводства понимается беспристрастное, независимое, объективное деятельность досудебных органов, а также справедливое, открытое и честное судебное рассмотрение дела. Справедливость, как нам известно из мирового опыта, помимо всего остального предполагает в определенных пределах здоровое равновесие между деятельностью сторон уголовного преследования и защитников в уголовном судопроизводстве. Бесспорным является тот факт, что деятельность представителей защиты, представляющих иногда интересы клиентов в одиночку, в большинстве случаев не могут состязаться по силе с представителями государства обладающих превосходством и преимуществом. В то же время, уголовно-процессуальный закон на основе принципа законности предполагает, что представители государства обязаны соблюдать правила, установленные в Конституции Республики Казахстан, в предписаниях законодательства, и иных юридических актах государства, вместе с тем эти правила ограничивают бесправие, беззаконие в отношении рядового человека и выравнивает ее шансы в уголовном судопроизводстве. Говоря другими словами, уголовно-процессуальные институты и процедуры, руководствуясь вышестоящими законами, дают каждому человеку возможность отстаивать свои права и интересы, в рамках системы справедливости.