

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И ЕЁ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В БЕЛАРУСИ

И.А. Щитова

ВГУ имени П.М. Машерова, Республика Беларусь

Аннотация. Рассматриваются исторические предпосылки развития системы охраны здоровья и основы её правового регулирования в Беларуси в контексте государственно-политического развития, преобразований в социальной организации общества.

Ключевые слова: здоровье населения, охрана здоровья, система здравоохранения.

Основными направлениями и задачами для любого социального государства являются охрана здоровья граждан и обеспечение эффективного функционирования системы здравоохранения. Ни одно государство не может называться социальным, если уровень здравоохранения не соответствует реальным потребностям населения и не отвечает тем требованиям, которые установлены международными стандартами. Цель работы – охарактеризовать основные этапы становления системы здравоохранения и её правового обеспечения на территории Беларуси.

Материалы и методы. Нормативную базу исследования составили Конституция Республики Беларусь, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», иные нормативные правовые акты по теме исследования. Теоретическую основу исследования составили труды и публикации таких ученых как Агиевец С.В., Пашина И.В., Симонян Р.З., Пащенко И.Ю., Стеценко С.Г., Чередниченко О.В., Шарабчиев Ю.Т., Шаблова Е.Г. и др. Используются формально-юридический метод и историко-сравнительного правового анализа.

Результаты и их обсуждение. Здравоохранение на территории Беларуси возникло в эпоху феодализма (IX – первая половина XVI века). Исходными предпосылками развития системы здравоохранения по охране здоровья и медицинскому обслуживанию необходимо признать преобразования, которые проходили в социальной организации общества. Среди населения началось становление многоукладной формы хозяйствования. Однако позже на смену патриархальному рабству пришли феодальные отношения. В этой связи родовая община была заменена сельской общиной. Так, появились союзы племен, в IX веке возникли и первые политические объединения, которые именовались княжения.

Для населения того времени были характерны частые эпидемии, стихийные бедствия, неурожаи, голод, что вынуждало граждан перемещаться, как минимум, в поисках пропитания. Такое неблагополучие распространялось фактически на все население, разрушало уклад жизни, негативно отражалось на здоровье, уменьшало продолжительность жизни, что, в целом, вело к сокращению его численности. Вместе с тем, социальные условия находились в основе формирования взглядов на болезни, развитие отдельных элементов гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Следует констатировать, что организация борьбы с заразными болезнями лежала, преимущественно, на самом населении. Мероприятия, в целом, были скудными по своему перечню и содержанию. К ним относились такие действия, как самоизоляция и изоляция лиц, прибывших из пораженных эпидемиями мест. В то время практиковалась также обработка в банях-парилках в целях санитарной защиты от возникновения и распространения кожных и заразных болезней. Мерами общественно гигиенического характера являлись, например, мощения улиц, строительство водопровода и т.д.

Медики-профессионалы появились в Беларуси в раннефеодальный период. В то время их численность была минимальной. При этом у них был различный уровень подготовки, по-разному назывались: цирюльники-хирурги, аптекари, лекари, ворожбиты, волхвиты и так далее. При казнях иногда состояли зарубежные доктора медицины. Для уроженцев Беларуси медицинское образование было малодоступным. Среди множества причин следует выделить такие причины как слабый уровень социального развития и защиты населения, территориальная удаленность от медицинских центров и другое. Своих медицинских школ в то время не было.

Первая общественная система помощи нуждающимся основывалась на милосердии и благотворительности. Духовенством при церквях и монастырях создавались госпитали. Первый монастырь в восточнославянских землях был основан в X веке в городе Заславль (Изяслав) Рогнедой – полоцкой княжной, великой киевской княгиней. Госпитали появились практически одновременно в Беларуси, Литве, Польше и на Украине. Это были учреждения с функциями лечения лиц, потерявших здоровье. Положительный факт заключался в том, что на протяжении многих веков церкви и монастыри были средоточием социальной помощи «сырым и убогим», увечным и больным. В летописях отображались медико-биологические взгляды. Другими источниками формирования взглядов являлись передаваемые через территорию Беларуси на восток краковские медицинские издания.

Исторически в период укрепления феодализма и последующего его упадка белорусские земли входили в состав Речи Посполитой (1569–1795 гг.). Это было новое самостоятельное федеративное государство. Для начала наступившего периода, как и для предыдущего, характерны были низкий общий уровень развития населения, низкий уровень культуры земледелия, неурожаи, войны, междоусобицы, эпидемии. За этот период насчитывалось ориентировочно 59 эпидемических лет.

Преимущественные меры борьбы с эпидемиями были разделение населения на больных и здоровых, обработка очага заражения. К защитным мерам относились устройства застав и карантинных пунктов для ограждения городов от заноса заразы, дымно-химическое и термическое обеззараживание очагов инфекции, пользование паровыми банями и другое.

Правительственный орган, ведавший вопросами здравоохранения, в Речи Посполитой отсутствовал, а санитарно-гигиенический порядок контролировался государством эпизодически. Медицинские вопросы рассматривались в ос-

новном с юридической точки зрения. Например, содержание душевнобольных, деятельность цехов цирюльников и так далее. Однако, лечебная практика медиков законом не регламентировалась. Их подготовка осуществлялась преимущественно частным порядком. На протяжении существования Речи Посполитой устойчивыми были такие традиции как создания госпиталей, аптек при костелах и монастырях. Во время голода помощь населению со стороны духовенства состояла в раздаче пищи.

В конце XIX – начале XX века постепенно создавалась система «страховой рабочей медицины». После утверждения 23 июня 1912 г. Государственной думой Закона о страховании рабочих стали образовываться больничные кассы, которые осуществляли страхование здоровья в основном за счет фондов социального страхования из средств взносов промышленных предприятий, рабочих-членов касс, поступлений от страховых товариществ. С одной стороны, больничные кассы выплачивали пособия в связи с утратой трудоспособности в случае родов, болезни, увечья, а также на погребение. С другой стороны, больничные кассы повсеместно занимались организацией бесплатной медицинской помощи рабочим и членам их семей. Врачи разных специальностей привлекались кассами на договорных началах для лечения застрахованных. Больничные кассы могли также иметь врачей на постоянной службе. Кроме того, эти кассы организовывали учреждения для оказания амбулаторной, стационарной, экстренной медицинской помощи. Лечение сочеталось с изучением условий труда и быта рабочих, было начато и изучение заболеваемости в связи с условиями производства. Больничные кассы имели право осуществлять общесанитарные мероприятия с наказанием денежным штрафом виновных в заболевании рабочих – членов кассы.

Больничные кассы прекратили работу в 1919 г. Уже в первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции со времени съезда медико-санитарных отделов (в 1918 году), на котором выступили Н.А. Семашко, З.П. Соловьев и другие известные деятели здравоохранения, говорилось о бесплатности, общедоступности, единстве, профилактическом направлении и «санитарной самодеятельности» населения как о важнейших принципах советской медицины. Таким образом, согласно политической воле, модель страховой медицины не была реализована, однако Беларусь в составе Союза Советских Социалистических Республик стала проводником претворения в жизнь эффективной для своего исторического периода времени, уникальной по своим масштабам и длительности существования, модели Н.А. Семашко.

Финансирование здравоохранения осуществлялась за счет бюджета (центрального и локальных). Данная модель обеспечивала широкий набор бесплатных гарантированных услуг в системе здравоохранения для всего населения, независимо от состояния здоровья и материального статуса, с равным доступом граждан к медицинской помощи и административным контролем деятельности в системе здравоохранения. В модели Семашко предусмотрена единая государственная система здравоохранения. Основные принципы, три «кита» модели Н.А. Семашко – единое государственное здравоохранение, централизация и

всеобщая диспансеризация, – вполне отражают принципиальную организацию здравоохранения в Беларуси сегодня. Вместе с тем, модель Семашко претерпела изменения, отличающие сегодняшнюю систему здравоохранения Беларуси от других систем.

На протяжении почти всего двадцатого века Беларусь входила в состав СССР и принадлежала к числу стран «социалистического лагеря», где функционировала созданная в 1920-е годы Народным комиссаром здравоохранения Н.А. Семашко медико-организационная модель здравоохранения. Здравоохранение являлось целиком государственным, подчинялось принципам централизации, обязательной диспансеризации и профилактической направленности.

Фактически можно утверждать, что право на здоровье впервые было признано на международном уровне в 1948 г. Так, в Преамбуле Устава ВОЗ сформулировано определение медицинской и правовой категории «здоровье» и основные принципы, в соответствии с которыми государства несут ответственность за здоровье своих народов и обязаны принимать для его охраны необходимые социальные, правовые и медико-санитарные меры. Всеобщая декларация прав человека 1948 г. указанное право обозначает как «право на медицинский уход», а Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. закрепляет «право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья».

В действующей Конституции Республики Беларусь среди всех социально-экономических прав человека и гражданина особое положение занимает право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Данное право относится ко второму поколению прав человека и является одним из важнейших в системе социальных прав. Так как именно от состояния здоровья и уровня реализации гарантий данного права зависит то, сможет ли гражданин реализовать все остальные права в целом. В ином случае, все права остаются лишь декларативной конструкцией. «Здоровье человека выступает высшей ценностью для общества, с учетом которой определяются все остальные ценности и блага в социуме». Известный немецкий философ Артур Шопенгауэр в XIX веке так сформулировал важность такого состояния, как здоровье: «девять десятых счастья человека зависит от здоровья».

В современных исследованиях отмечается, что право человека на охрану здоровья и оказание медицинской помощи не является личным или индивидуальным делом, а, напротив, данное право выступает важнейшей ценностью для государства и гражданского общества. Охрана здоровья – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, медицинского, санитарно-гигиенического характера. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Следует отметить, что здоровье выступает социально значимым фактором по уровню и состоянию которого принято судить о степени развития и благополучия общества. Здоровье достигается

путем постоянных усилий всех государственных и общественных структур граждан, участвующих в общественном процессе, оно является важнейшим элементом национального богатства. Следовательно, здоровье каждого гражданина охраняется обществом, а эффективная система здравоохранения служит существенным стабилизирующим фактором и гарантом успешного развития нашей страны. Социальная гарантия – совокупность социально-экономических и правовых гарантий, обеспечивающих каждому члену общества реализацию его важнейших прав и свобод.

В настоящее время содержание и структура конституционного права на охрану здоровья недостаточно исследованы отечественными юристами. В зарубежных источниках, в частности российской, выделяются различные элементы, звенья в содержании права на охрану здоровья. Анализируя позиции ученых по вопросу содержания и структуры права на охрану здоровья, становится очевидно, что научные взгляды могут быть сгруппированы в зависимости от критерия, положенного в основу данного права. В частности, одна группа исследователей формирует содержание права на охрану здоровья из числа видов медицинской деятельности. Так, Л.О. Красавчикова перечисляет следующие элементы в структуре права на здоровье: право на получение квалифицированной медицинской лечебно-профилактической помощи; право на своевременную и качественную лекарственную помощь; право на квалифицированное и своевременное протезирование; право на санаторно-курортное лечение; право на врачебно-косметологическое лечение; право на донорство и трансплантацию органов и тканей человека; право на участие в медицинском эксперименте.

Модель страховой медицины не была реализована, однако Беларусь в составе Союза Советских Социалистических Республик стала проводником претворения в жизнь эффективной для своего исторического периода времени, уникальной по своим масштабам и длительности существования, модели Н.А. Семашко.

Финансирование здравоохранения осуществлялась за счет бюджета (центрального и локальных). Данная модель обеспечивала широкий набор бесплатных гарантированных услуг в системе здравоохранения для всего населения, независимо от состояния здоровья и материального статуса, с равным доступом граждан к медицинской помощи и административным контролем деятельности в системе здравоохранения. В модели Семашко предусмотрена единая государственная система здравоохранения.

Основные принципы, три «кита» модели Н.А. Семашко – единое государственное здравоохранение, централизация и всеобщая диспансеризация, – вполне отражают принципиальную организацию здравоохранения в Беларуси сегодня. Вместе с тем, модель Семашко претерпела изменения, отличающие сегодняшнюю систему здравоохранения Беларуси от других систем.

Заключение. Анализ законодательства позволяет нам сделать вывод, что, несмотря на детальное правовое регулирование вопросов оказания медицинской помощи в Республике Беларусь, оно не лишено отдельных недостатков. Не все новые идеи законодатель воплотил в четких и понятных

юридических конструкциях. Следует отметить, что в настоящее время недостаточно проработаны правовые нормы, касающиеся правового положения пациента, а также иных вопросов, связанных с осуществлением медицинской деятельности в Республике Беларусь.

Список использованных источников

1. Директивная документация по медицинскому обеспечению ветеранов ВОВ и лиц, приравненных к ним по льготам, пожилых людей [Электронный ресурс] / Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны. – Режим доступа: <http://gospital.by/>. – Дата доступа: 04.05.2023.
2. Елейникова, В.С. Практическая и научная деятельность врачей Белоруссии в области внутренней медицины: автореферат диссертации канд. мед.наук / В.С. Елейникова. – Минск, 1974. – 19 с.
3. Исламов, Р.Э. Право на здоровье как юридическая норма социально ориентированного государства // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 9. – С.150.
4. История госпиталя [Электронный ресурс] // Учреждение здравоохранения «Витебский областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны «Юрцево». – Режим доступа: <http://www.gospital-yurcevo.by/ru/>. – Дата доступа: 02.05.2023.
5. Конституция Республики Беларусь: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г., 17 окт. 2004 г. и 27 февр. 2022 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информации Республики Беларусь. – Минск, 2023.

УДК 004.8:347.78

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ СУБЪЕКТОМ АВТОРСКИХ ПРАВ?

И.И. Шматков, Д.В. Адамчук

ВГУ имени П.М. Машерова, Республика Беларусь

Аннотация. В последнее время технологии стремительно развиваются. Искусственный интеллект, способный создавать оригинальный контент, такой как изображения и тексты, бесплатно за считанные секунды, может стать главным конкурентом для художников и авторов литературных произведений. Ведь на создание своего оригинального контента у человека могут уйти года, а результат работы обязательно должен окупиться по достоинству, в то время как искусственному интеллекту будет достаточно пары секунд. Но стоит задаться вопросом: откуда нейросеть научилась так красиво писать картины в любой стилистики и генерировать текста в любом жанре? И можно ли считать произведения, созданные нейросетью объектом интеллектуальной собственности или же кому должны принадлежать права на создаваемые с помощью цифровых технологий произведения?

Ключевые слова: интеллектуальная собственность, авторское право, нейросеть, искусственный интеллект, ИНС, цифровизация, цифровая культура, нейронное искусство.

Искусственная нейронная сеть (ИНС) – это тип машинного обучения, при котором компьютерная программа имитирует работу человеческого мозга. Главной особенностью нейросетей является способность к обучению. Они могут обучаться как под управлением человека, так и самостоятельно, применяя полученный ранее опыт. Хитрость искусственного интеллекта в том, что алго-