



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ТҰҢҒЫШ ПРЕЗИДЕНТІ - ЕЛБАСЫНЫҢ ҚОРЫ

«ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ БІЛІМ – 2017»

студенттер мен жас ғалымдардың
XII Халықаралық ғылыми конференциясының
БАЯНДАМАЛАР ЖИНАҒЫ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

XII Международной научной конференции
студентов и молодых ученых
«НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ – 2017»

PROCEEDINGS

of the XII International Scientific Conference
for students and young scholars
«SCIENCE AND EDUCATION - 2017»



14th April 2017, Astana



**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ
Л.Н. ГУМИЛЕВ АТЫНДАҒЫ ЕУРАЗИЯ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ**

**«Ғылым және білім - 2017»
студенттер мен жас ғалымдардың
XII Халықаралық ғылыми конференциясының
БАЯНДАМАЛАР ЖИНАҒЫ**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
XII Международной научной конференции
студентов и молодых ученых
«Наука и образование - 2017»**

**PROCEEDINGS
of the XII International Scientific Conference
for students and young scholars
«Science and education - 2017»**

2017 жыл 14 сәуір

Астана

УДК 378

ББК 74.58

Ғ 96

Ғ 96

«Ғылым және білім – 2017» студенттер мен жас ғалымдардың XII Халықаралық ғылыми конференциясы = The XII International Scientific Conference for students and young scholars «Science and education - 2017» = XII Международная научная конференция студентов и молодых ученых «Наука и образование - 2017». – Астана: <http://www.eni.kz/ru/nauka/nauka-i-obrazovanie/>, 2017. – 7466 стр. (қазақша, орысша, ағылшынша).

ISBN 978-9965-31-827-6

Жинаққа студенттердің, магистранттардың, докторанттардың және жас ғалымдардың жаратылыстану-техникалық және гуманитарлық ғылымдардың өзекті мәселелері бойынша баяндамалары енгізілген.

The proceedings are the papers of students, undergraduates, doctoral students and young researchers on topical issues of natural and technical sciences and humanities.

В сборник вошли доклады студентов, магистрантов, докторантов и молодых ученых по актуальным вопросам естественно-технических и гуманитарных наук.

УДК 378

ББК 74.58

ISBN 978-9965-31-827-6

©Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия
ұлттық университеті, 2017

3. Варламова И.В. Юридический позитивизм и права человека // Общественные науки и современность. 2008. № 1, 156-166 с.
4. Графский В.Г. История политических и правовых учений: Учебник. – М.: Проспект, 2007. – 243 с.
5. Омельченко О.А. История политических и правовых учений. Учебник. М. 2006. – 257 с.
6. История политических и правовых учений. Учебник для вузов. – 2-е изд., стереотип. / Под общ. ред. академика РАН, доктора юридических наук, профессора В.С. Нерсисянца. – М.: Издательство НОРМА. 2000. – 763 с.

УДК 347. 7 (075.8)

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Мусаинов Азат Есенгалиевич

musainov.azat@mail.ru

Студент 3 курса юридического факультета ЕНУ им. Л. Н. Гумилева, Астана, Казахстан

Научный руководитель – Б. А. Омарова

Обязательное медицинское страхование – составная часть системы социального страхования. Создание внебюджетных фондов (пенсионного, занятости, социального страхования, обязательного медицинского страхования) явилось первым организационным шагом в попытке реформирования системы социального страхования в Казахстане.

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья; цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Вышеизложенное подчеркивает важность изучения регулирования обязательного социального медицинского страхования на современном этапе развития общества. Актуальность данной работы обусловлена тем, что обязательное медицинское страхование является важной социальной составляющей.

Согласно п. 12 ст. 1 Закона Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании», обязательное социальное медицинское страхование - комплекс правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования. В свою очередь п. 3 данной статьи определяет понятие фонда социального медицинского страхования, как некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг [1].

В статье 25 данного закона указано, что источниками финансирования системы обязательного социального медицинского страхования являются:

- 1) отчисления и взносы;
- 2) иные поступления, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Если обратиться к мировой практике, то заметим, что существуют разные подходы к оплате системы здравоохранения. Все системы здравоохранения имеют смешанную структуру финансирования с преобладанием одной из 4 основных моделей:

- бюджетную модель, основной источник финансирования - общее налогообложение. Эта модель распространена в 22 странах мира (Великобритании, Австралии, Канаде и др.) из 54, гарантирующих всеобщий охват населения медицинской помощью;

- социальное медицинское страхование (далее СМС), финансируемое за счёт обязательных солидарных взносов государства, работодателей и работника. Распространено в 30 странах мира из 54 (Германии, Франции, Японии, Корее);

- частное медицинское страхования, финансируемое за счёт добровольных взносов работодателей или самих работников (США до Реформы здравоохранения и защиты пациентов 2009 года);

- накопительные счета здравоохранения, применяются преимущественно в Сингапуре. Финансируются исключительно за счёт дохода работающих граждан [2].

Бюджетная модель характеризуется высоким уровнем стабильности финансирования и социальной защищённости, однако практически не оказывает влияния на индивидуальную ответственность граждан за собственное здоровье и конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг.

Социальное медицинское страхование обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнёров, создаёт стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности. Кроме того, при этой модели обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения.

Системы, использующие частное медицинское страхование, обладают высоким уровнем прозрачности, способны быстро реагировать на разнообразные индивидуальные нужды пациентов и создают высокие стимулы для повышения качества медицинских услуг. Данная модель не обеспечивает социальную защищённость и равенство граждан при получении медицинской помощи, не позволяет перераспределять средства в зависимости от приоритетов здравоохранения, её применение несёт высокие транзакционные издержки.

Накопительные медицинские счета ограничивают доступность медицинской помощи размерами накоплений, что негативно сказывается на гражданах с низким уровнем дохода или имеющих хронические заболевания. Эта модель, обладая высоким уровнем прозрачности и способностью стимулировать конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг, не позволяет реализовать принцип солидарной ответственности за здоровье и приводит к росту административных расходов.

Мировая практика показывает, что системы СМС обеспечивают всеобщий охват населения медицинской помощью. Такие страны - члены ОЭСР, как Эстония, Чехия, Венгрия и т. д., смогли достигнуть этого показателя при финансировании здравоохранения в пределах 5-8 % к ВВП. Вне зависимости от целей внедрения и функционирования СМС в различных странах существуют общие механизмы функционирования и тенденции развития, которые обеспечивают устойчивость и эффективность СМС.

Фонды СМС имеют высокий уровень автономии при высокой степени участия всех социальных партнёров в управлении через наблюдательные советы или другие органы. Существуют законодательно установленные механизмы саморегулирования деятельности различных элементов системы СМС: формирование органов управления, тарифообразование, оценка технологий, признание квалификации медицинских работников, аккредитация поставщиков медицинских услуг и т. д. Размер ставок страховых взносов, как и доля платежей работника и работодателя, колеблется в зависимости от уровня развития страны. К примеру, в Германии 14,1 % от фонда оплаты труда, в Австрии - от 6,5 % (фермеры) до 11 % (пенсионеры), во Франции - 13,6 %, в России - 5,1 % [2].

Одной из проблем медицинского страхования является конкуренция между страховыми фондами за пациентов. В этих условиях лица старшего возраста, имеющие хронические заболевания, дети и беременные являются нежелательными клиентами ввиду высокого риска наступления страховых случаев и могут лишиться доступа к медицинской помощи из-за отказа предоставить страховую защиту или её высокой стоимости. Для преодоления этого неравенства Всемирная организация здравоохранения рекомендует формировать единый пул средств, что реализуется во многих странах с СМС путём создания только одного фонда (Корея, Япония, Венгрия и др.) либо поэтапного слияния фондов (Эстония), а также при помощи механизмов выравнивания рисков (Германия, Франция, Бельгия и др.).

Классическим примером этого механизма является Германия, где страховые взносы, собранные свыше 130 страховыми фондами страны, аккумулируются в едином фонде выравнивания рисков и дополняются субсидиями из федерального бюджета. Сформированный пул средств корректируется с учётом поправочных коэффициентов пола, возраста, уровня дохода и состояния здоровья и перераспределяется между страховыми фондами.

Тарифная политика основывается на экономической реалистичности тарифов и сбалансированности с общей доходной базой и, как правило, предусматривает возмещение амортизации основных средств. Распространена практика установления размера тарифов в результате переговоров между страховыми фондами - поставщиками медицинских услуг или их объединениями.

Следовательно, решение о том, какие недостатки, в какой период времени и какими методами необходимо минимизировать, должно приниматься с учетом интересов всех участвующих в системе ОМС сторон. Основное внимание при этом следовало бы уделять интересам застрахованных, поскольку вся система ОМС строится с целью их достижения. Если приоритетными являются интересы государства, то система ОМС должна быть заменена на государственную. Если довлеют интересы медицинских работников, то развитие получит, видимо, платная система здравоохранения. Дополнительная работа по уплате и контролю за уплатой страховых взносов работодателями является в условиях обязательного медицинского страхования неизбежной и исключить ее можно лишь с потерей качества финансирования здравоохранения, о чем свидетельствует опыт России и других стран, исповедующих государственный принцип здравоохранения.

Медленный процесс охвата населения обязательным медицинским страхованием может быть ускорен только последовательной и целенаправленной политикой законодателей и правительства, направленной на то, чтобы заставить всех выполнять принятое законодательство, в том числе органы исполнительной власти на местах. Опыт Восточной Германии показывает, что переход от государственной системы здравоохранения к медицинскому страхованию возможен в течение одного дня (точнее, одной ночи — с 31 декабря 1990 г. на 1 января 1991 г.). Опыт Чехии показывает, что возможна регистрация всех плательщиков страховых взносов страны (более 400 тыс.) в качестве таковых в течение 2 недель [4]. Отсутствие конкуренции страховщиков может быть решено только путем создания местными администрациями условий для их возникновения и работы. Важно, чтобы администрация не поддерживала бы какую-либо определенную компанию. Иначе остальные компании по административным причинам будут неконкурентоспособными.

Таким образом, конкретные меры по преодолению негативных сторон системы ОМС зависят от условий ее реализации и, в основном, связаны с позицией органов государственной власти на всех уровнях.

Планом институциональных реформ «100 конкретных шагов дальнейшего государственного строительства» предполагается внедрение в Республике Казахстан обязательного социального медицинского страхования.

В Казахстане будет внедрена смешанная модель медицинского страхования с учетом лучших мировых практик.

Это обеспечит:

- финансовую устойчивость здравоохранения,
- высокий уровень качества и доступности медицинских услуг,
- широкий пакет медицинской помощи.

По ставкам взносов в фонд медицинского страхования в Казахстане создаются самые лояльные условия в сравнении с другими странами.

Сегодня, для избежания ошибок прошлого, предусмотрены четкие механизмы гарантий государства за сохранность активов фонда:

- регулирование деятельности фонда путем установления правительством РК норм и лимитов, обеспечивающих финансовую устойчивость фонда;

- учет всех операций по инвестиционному управлению активами фонда в Национальном Банке;
- проведение ежегодного независимого аудита;
- представление фондом регулярной финансовой отчетности;
- определение правительством перечня финансовых инструментов для инвестирования активов фонда;
- все активы фонда будут храниться на счетах в Национальном банке.

Предполагается, что взнос государства составит 7% от среднемесячной заработной платы, предшествующей двум годам ранее текущего финансового года, взнос работника – 2% от оплаты труда. Отчисления работодателя – 5% от фонда оплаты труда.

Размер взносов и отчислений будет расширяться поэтапно. Размер отчисления работодателя в 2017 году будет 2%, в 2018 году — 3%, в 2019 году – 4%, с 2020 года — 5%. Взносы работника составят 1% от оплаты труда в 2019 году и дополнительно 1% с 2020 года (всего 2%).

Размеры отчислений и взносов определены исходя из актуарных расчетов. Внедрение обязательного социального медицинского страхования предусмотрено путем поэтапного вовлечения работодателей, работников и самозанятого населения в финансирование медицинской помощи. Размер отчислений будет составлять: работодатель – 5%, работник – 2%, самозанятые – 7%.

Казахстанская модель ОСМС будет устойчивой за счет диверсификации источников финансирования [4].

Государство, обеспечивая надежную страховую защиту населения страны, должно концентрировать денежные ресурсы в едином фонде, подтверждая особую важность обязательного социального медицинского страхования. Исходя из этого, государство принимает все меры, направленные на понуждение плательщика страховых взносов к полной и своевременной уплате причитающихся сумм, включая привлечение виновного лица к установленной законом ответственности соответственно характеру и степени общественной опасности совершенного им деяния, с учетом характеристик его личности и обстоятельств конкретного дела.

Глобальные вызовы, такие как рост неинфекционных заболеваний, ресурсоемкость системы за счет внедрения новых дорогостоящих технологий, увеличение численности пожилого населения неизбежно приводят к увеличению расходов здравоохранения. Вывод один - нужна более эффективная система здравоохранения, которая бы предусматривала менее затратный и более качественный для получателя медицинских услуг подход к организации лечения. Если система продолжит работать в прежнем режиме, то расходы могут стать катастрофическими, а результаты работы здравоохранения будут только ухудшаться. Очевидно, назрела необходимость перестройки внутренних процессов. И одним из таких процессов и является обязательное социальное медицинское страхование.

Внедрение обязательного социального медицинского страхования, отвечающего всем мировым стандартам, приведет к доступности качественной медицинской помощи, улучшению здоровья, увеличению продолжительности жизни людей, расширению амбулаторно-лекарственного обеспечения, усилению контроля качества предоставляемых медицинских услуг. В нашей стране будет образована система здравоохранения, способная отвечать потребностям всего населения.

Список использованных источников:

1. Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗПК(с изменениями и дополнениями по состоянию на 22.12.2016 г.) [Электронный ресурс]. URL: <https://www.zakon.kz>
2. Концепция проекта Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» [Электронный ресурс]. URL: <http://sko.enbek.gov.kz>

3. «Проблемы развития страхового рынка в Казахстане», стат. Лепесова Г. Т. Алматы. 2011. [Электронный ресурс]. URL: <http://articlekz.com>

4. Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обязательного социального медицинского страхования» от 22 декабря 2016 года № 29-VI ЗРК [Электронный ресурс]. URL: <https://www.zakon.kz>

УДК 340 134

ВЛИЯНИЕ ЗАКОНОВ ХАММУРАПИ НА РАЗВИТИЕ ПРАВА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Мухаметжанов Султан Бауржанович

muhametzhanov.96@mail.ru

студент 3 курса специальности Юриспруденция ЕНУ им. Л. Н. Гумилева, Астана, Казахстан

Научный руководитель – М. Х. Жуманова

С целью создания системы права, которой бы регулировались земледелие, скотоводство, садоводство, торговля, социальные отношения между жителями, семейное право и судопроизводство XVIII в. до н.э. были приняты Законы царя Хаммурапи по праву считающиеся основным источником права Древнего Вавилона. Сборник законов выбит на черном базальтовом столбе.

По мнению ученых Законы Хаммурапи были весьма несовершенны: текст не разделен на части (главы, разделы) и статьи (параграфы), да и изложение правовых норм дается в казуистической форме, а не абстрактной. Но как мне кажется, данные несовершенства можно запросто простить вавилонскому законодателю, ссылаясь на время, когда данные законы были написаны, ведь это почти 4000 лет, да и сам закон содержит инновационные по отношению к своему времени статьи и положения.

Как показывают исследования данный законодательский древний памятник является самым ранним документом в истории человечества, в котором мы находим такие слова, как «муж», «жена», «брак», семья, «развод», «измена», «дети», «мужчина» и «женщина». То есть, уже тогда, в древние времена придавалось огромное значение таким понятиям как семья и брак, и даже присутствует понятие развода. Этот свод законов – измеритель, зафиксировавший изначальные ценности человеческого общества и показывающий, куда они сдвинулись спустя 4 тысячи лет. К лучшему или худшему. Параграф 128 Законов Хаммурапи утверждает: «Если мужчина взял себе жену, но не заключил с ней брачного договора, эта женщина не является его женой» - это указывает на то, что при отсутствии брачного договора между мужчиной и женщиной имели место отношения сожителства. Получается, уже в те времена признание брака действительным требовало определенного документирования, как и сейчас, брачные отношения требуют регистрации государственными органами.

Так как данный закон имел большую направленность на интересы привилегированной части населения, в нем имеет место быть понятие права собственности, означающее право владеть, пользоваться и распоряжаться имуществом. Объектами права собственности были земля, движимое имущество и рабы. В законе присутствуют статьи об аренде недвижимости, залогах, ссудах и льготах. Так, действовал следующий вид земельной аренды - с уплатой определенной денежной суммы вперед или с уплатой доли урожая (при аренде сада - до 2/3) после уборки. Некоторые из данных понятий даже не были использованы, в нормотворчестве последующих лет, а ведь эти институты широко используются в современном гражданском и гражданском процессуальном праве. Было развито обязательственное право представленное договорами купли-продажи, хранения займа, личного и имущественного найма и др.