

<https://doi.org/10.22363/2313-2337-2025-29-3-637-650>

EDN: AHDEOF

Научная статья / Research Article

Зарубежный опыт стран-участниц БРИКС по правовому регулированию функционирования публичной власти в сфере здравоохранения: на примере Федеративной Республики Бразилия

С.О. Каприна  

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация
Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация
 KaprinaSO@yandex.ru

Аннотация. Дан анализ реализации института публичной власти в сфере здравоохранения в странах-участницах БРИКС на примере Федеративной Республики Бразилия. Исследован ряд современных работ отечественных и зарубежных ученых-правоведов, которые посвящали свои труды современному устройству государства и вовлеченности в систему власти – органов, структур и институтов, осуществляющих свою деятельность на разных уровнях. Выявлены сильные и слабые стороны современного состояния реализации публичной власти в сфере здравоохранения Бразилии. Проведен анализ того, как определенные аспекты организации публичной власти в Бразилии могут послужить примером для совершенствования системы публичной власти в Российской Федерации с учетом современной макроэкономической составляющей международной политики и геополитической обстановки.

Ключевые слова: публичная власть, единая система здравоохранения, государственная власть, взаимодействие, структура, иерархия, региональный, муниципальный, федеральный, общественный, правовое поле, современное общество

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

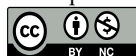
Поступила в редакцию: 10 февраля 2025 г.

Принята к печати: 15 июля 2025 г.

Для цитирования:

Каприна С.О. Зарубежный опыт стран-участниц БРИКС по правовому регулированию функционирования публичной власти в сфере здравоохранения: на примере Федеративной Республики Бразилия // RUDN Journal of Law. 2025. Т. 29. № 3. С. 637–650. <https://doi.org/10.22363/2313-2337-2025-29-3-637-650>

© Каприна С.О., 2025



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode>

BRICS legal practices in regulating public authorities in healthcare: Insights from Brazil

Sophia O. Kaprina  

RUDN University, Moscow, Russian Federation

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russian Federation

KaprinaSO@yandex.ru

Abstract. The article examines the implementation of public authority in the healthcare sector of BRICS member countries, using the Federal Republic of Brazil as a case study. The author reviews a range of contemporary works by domestic and foreign legal scholars focused on the modern structure of the state and its involvement in governance systems – bodies, structures, and institutions operating at various levels. The strengths and weaknesses of the current implementation of public authority in Brazil's healthcare sector have been identified. The article explores how certain aspects of Brazil's public power organization can serve as an example for improving the system of public authority in the Russian Federation, taking into account the current macroeconomic context of international politics and the geopolitical situation.

Key words: public authority, unified healthcare system, state power, interaction, structure, hierarchy, regional, municipal, federal, public, legal field, modern society

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Received: 10th February 2025

Accepted: 15th July 2025

For citation:

Kaprina, S.O. (2025) BRICS legal practices in regulating public authorities in healthcare: Insights from Brazil. *RUDN Journal of Law*. 29 (3), 637–650. (in Russian). <https://doi.org/10.22363/2313-2337-2025-29-3-637-650>

Введение

Современная геополитическая обстановка предъявляет новые вызовы как для стран «третьего мира», так и для развитых стран, менее подверженных процессам глобализации и не входящим в западноориентированные экономические и военно-политические блоки¹.

Особый интерес для изучения различных аспектов формирования современного многополярного мира в современных условиях представляют страны, входящие в трансконтинентальный глобальный форум БРИКС, отражающий экономическое, культурное и социальное взаимодействие четырех континентов – Азии, Африки, Европы и Латинской Америки. Экспертное сообщество позиционирует БРИКС как строящийся вне стереотипов новый алгоритм международных отношений со своим вектором развития (Bevelikova, 2015).

БРИКС (англ. BRICS – сокращение от Brazil, Russia, India, China, South Africa) – объединение десяти государств: Бразилии, России, Индии, КНР, ЮАР, ОАЭ, Ирана, Египта, Эфиопии и Индонезии, основанное в июне 2006 года как БРИК

¹ Sophe N. The Making of an East Asian Community: Strategic Challenges, Strategic Responses. Unpublished speech. Tokyo. 2004. С. 3–4.

(BRIC) в рамках Петербургского экономического форума с участием министров экономики Бразилии, России, Индии, Китая².

В состав БРИКС входит разнородная группа стран, для которых характерны различные политические системы и уровни экономического развития. В совокупности эти государства представляют значительную часть мирового населения, то есть примерно половину человечества.

Исследование опыта дружественных России стран-участниц БРИКС в современных условиях обретает особую актуальность.

В рамках БРИКС существует заметная взаимосвязь между уровнем жизни и состоянием здоровья населения. Быстрый экономический рост в сочетании с ускоряющейся урбанизацией парадоксальным образом привел к росту уровня бедности в городах и ухудшению состояния окружающей среды. В то же время демографические сдвиги, такие как старение населения и снижение рождаемости, способствовали увеличению ожидаемой продолжительности жизни и соответствующему росту распространенности неинфекционных заболеваний. Кроме того, значительное увеличение числа случаев дорожно-транспортного травматизма усугубляет сложную ситуацию в области здравоохранения. В результате страны БРИКС сталкиваются с «двойным бременем» болезней, характеризующимся сочетанием инфекционных заболеваний и состояний, связанных с загрязнением окружающей среды, стрессом и злоупотреблением психоактивными веществами. Приоритеты государств в области здравоохранения значительно совпадают, что отражает ключевые проблемы, с которыми сталкиваются их соответствующие структуры здравоохранения. Со временем страны БРИКС накопили значительный опыт в укреплении систем здравоохранения, а также в распространении и внутреннем производстве доступных фармацевтических препаратов и вакцин, что позиционирует их как потенциальную модель для других развивающихся стран (Konokhova, 2019).

Поскольку имеет смысл рассматривать зарубежный опыт по правовому регулированию функционирования публичной власти в сфере здравоохранения в условиях государственного устройства и правового поля, аналогичного российским, целесообразно ограничиться странами, имеющими федеративное устройство и республиканскую форму правления. При этом необходимо учесть влияние дестабилизирующих процессов на сегодняшнем макроэкономическом уровне (Kaprina, 2024).

Особый интерес в этом плане представляет Бразилия как страна, имеющая не только во многом схожую с Россией систему государственного управления, но также большую территорию (пятое место в мире по площади – 8,5 млн км²), население (7-е место в мире – 212,8 млн чел.)³, причем как и в России, неравномерно распределенное и многонациональное), обширные природные ресурсы и высокий экономический потенциал.

Понятие «публичной власти» в правовом поле Бразилии и России

Федеративная Республика Бразилия (Бразилия) представляет президентскую республику.

² The Strategy for BRICS Economic Partnership 2025. URL: <https://www.economy.gov.ru/material/file/3a71260309ef290a0cfa3fe698a55e83/Strategy%20for%20BRICS%202025.pdf> (accessed: 07.02.2025).

³ Портал «World Population Review». URL: <https://worldpopulationreview.com> (дата обращения 10.02.2025).

Основополагающим правовым документом Федеративной Республики Бразилия является Конституция, которая имеет обязательную силу для всех государственных органов и частных лиц в пределах границ страны. Собственную конституцию имеет также и каждый бразильский штат, причем эти субнациональные правовые акты должны соответствовать всеобъемлющим принципам и положениям, закрепленным в Федеральной конституции⁴.

Во главе государства стоит президент, который также выполняет функции главы правительства и верховного главнокомандующего. В соответствии со статьей 76 Конституции Бразилии Президент осуществляет исполнительную власть на федеральном уровне при помощи государственных министров, а также высших консультативных органов – Совета Республики и Совета национальной обороны.

Двухпалатный Национальный конгресс является высшим органом законодательной власти и состоит из Палаты депутатов и Федерального сената.

Президент также имеет право законодательной инициативы, имеет право налагать вето на законы, осуществляет делегированное законодательство, имеет право на издание актов, имеющих силу закона.

В каждом штате Бразилии действует однопалатное законодательное собрание, которое является представительным органом власти штата. В компетенцию законодательного собрания входит принятие законов штата, утверждение бюджета штата, контроль за деятельностью исполнительной власти штата и решение других вопросов, отнесенных к ведению штата. На уровне штата исполнительную власть представляет губернатор штата. Исполнительные, распорядительные, контролирующие органы штата учреждаются в соответствии с Конституцией и законодательством штата и возглавляются государственными секретарями (Minnibaev & Sharifullin, 2014).

В правовом поле Бразилии понятие «публичная власть» существует уже без малого 100 лет. Первое определение этой сущности дал известный бразильский юрист Оскар Жозеф де Пласидо и Силва в своем Юридическом словаре: «Публичная власть – это совокупность органов, уполномоченных осуществлять деятельность государства, состоящая из законодательной власти, исполнительной власти и судебной власти»⁵.

Современная формулировка размещена на официальном портале Палаты депутатов Бразилии: «Совокупность органов, посредством которых государство и другие публичные образования осуществляют свои конкретные функции. Сила государства, посредством которой оно сохраняет свой суверенитет»⁶. Данное определение весьма схоже с тем, которое прописано в российском Федеральном законе от 8 декабря 2020 г. № 394-ФЗ «О Государственном Совете Российской Федерации»: «совокупность органов государственной власти федерального уровня и уровня субъектов России, органов местного самоуправления и иных государственных органов, осуществляющих свою деятельность в соответствии с перечисленными принципами и предусмотренными законодательно видами взаимодействия в целях соблюдения и защиты

⁴ Constituição da República Federativa do Brasil. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm (accessed: 30.01.2025).

⁵ De Plácido E.S. Vocabulário Jurídico. Rio de Janeiro: Forense. 2014. 1518 p.

⁶ Poder Público. Câmara dos deputados. URL: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/responsabilidade-social-e-ambiental/acessibilidade/glossarios/dicionario-de-libras/p/poder-publico> (accessed: 25.01.2025).

прав и свобод человека и гражданина, а также создания условий для социально-экономического развития государства»⁷.

Рассмотрим, как в свете данных определений совокупность элементов государственного управления, объединенных понятием «публичная власть», сказывается на структуре и функционировании системы бразильского здравоохранения.

Исполнительную власть в сфере здравоохранения на федеральном уровне входят следующие структуры.

- Министерство здравоохранения.
- Национальный совет здравоохранения (CNS), объединенный комитет, учрежденный законом от 28 декабря 1990 г. № 8.142 «Об участии общественности в управлении Единой системой здравоохранения (SUS) и межправительственных переводах финансовых ресурсов в сфере здравоохранения»⁸, определяет стратегию развития и осуществляет общий контроль за состоянием системы общественного здравоохранения и ее экономическими аспектами, выступая, таким образом, в качестве высшего органа, принимающего решения в SUS.
- Национальное агентство наблюдения за здоровьем Бразилии (ANVISA), созданное в соответствии с законом от 26 января 1999 г. № 9.782 «О Национальной системе надзора за здоровьем»⁹, является основным регулирующим органом здравоохранения в Бразилии, его обязанности охватывают регулирование и надзор за лекарственными средствами, продуктами питания, косметикой, медицинскими приборами, дезинфицирующими средствами и т. д. ANVISA устанавливает правила, проводит испытания и сертификацию, а также контролирует безопасность и эффективность этих продуктов¹⁰.
- VISA – муниципальное агентство, отвечающее за надзор за здоровьем, эпидемиологию и контроль заболеваний в каждом муниципалитете. Оно осуществляет надзор и контроль за санитарными условиями в коммерческих учреждениях, отслеживает вспышки заболеваний, проводит профилактические мероприятия и содействует укреплению здоровья. В Сан-Паулу соответствующее агентство известно как COVISA (Координация надзора за здоровьем)¹¹.
- CRF – Региональный фармацевтический совет: CRF – региональное агентство, регулирующее и контролирующее фармацевтику. В каждом регионе страны есть CRF, отвечающий за обеспечение соответствия законодательству и техническим стандартам, связанным с фармацевтической деятельностью. CRF проводит проверки аптек, аптекарских магазинов, лабораторий и других фармацевтических учреждений, содействуя безопасности при отпуске лекарств.
- Национальное агентство по регулированию частного медицинского страхования (ANS), учрежденное законом от 28 января 2000 г. № 9.961 «О создании

⁷ Федеральный закон от 08.12.2020 № 394-ФЗ «О Государственном Совете Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2020. № 50 (ч.3), ст. 8039. URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/46186> (дата обращения: 25.01.2025).

⁸ Lei № 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm (accessed: 30.01.2025).

⁹ Lei No. 9.782 de 26 de janeiro de 1999. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm (accessed: 30.01.2025).

¹⁰ Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa // Ministério da Saúde. URL: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br> (accessed: 30.01.2025).

¹¹ The Different Health Regulatory Agencies in Brazil. URL: <http://www.novatradebrasil.com/en/the-different-health-regulatory-agencies-in-brazil/> (accessed: 30.01.2025).

Национального агентства по регулированию частного медицинского страхования»¹², является учреждением правительства Бразилии при Министерстве здравоохранения, которое осуществляет свою деятельность по всей стране с целью регулирования, стандартизации, контроля и инспектирования сектора частного медицинского страхования и планов. Закон от 12 февраля 2001 г. № 10.185 «О специализации страховых компаний на частных планах медицинского обслуживания»¹³ предусматривает специализацию страховых компаний на частных планах медицинского обслуживания, которые подлежат регулированию и надзору со стороны ANS. Нормативная база для этого сектора содержится в законе от 3 июня 1998 г. № 9.656 «О частных планах медицинского обслуживания и страхования»¹⁴, который содержит положения о частных планах медицинского страхования.

- Агентство по развитию возможностей первичной медицинской помощи (ADAPS) (Massuda et al., 2018).

- Национальный комитет по лекарственным растениям и фитотерапии.

- Федеральный медицинский совет (CFM) – независимое государственное агентство Министерства труда и занятости, отвечающее за профессиональное регулирование в области медицины, медицинское лицензирование и контролирующее соблюдение медицинской этики.

Современная система здравоохранения Бразилии была сформирована в конце 80-х годов прошлого века под влиянием общественности, требовавшей социальных реформ в области медицины и образования. Ее цели, задачи и основные принципы во многом основывались на положениях так называемой Алма-Атинской декларации. Концептуальный документ «Декларация по обеспечению равного доступа к первичной медицинской и санитарной помощи «Здоровье для всех» был принят в 1978 году Международной конференцией под эгидой ООН с учетом опыта создания системы доступного здравоохранения в Советском Союзе.

Принципы и задачи Единой системы здравоохранения (SUS)

Бразильская Единая система здравоохранения (Sistema Único de Saúde – SUS) базируется на следующих принципах, заложенных в Конституции 1988 г.¹⁵:

Ст. 196 гласит: «Здоровье является правом каждого и обязанность государства гарантировать его посредством социальной и экономической политики, направленной на снижение риска заболеваний и других опасностей, а также на обеспечение всеобщего и равного доступа к мероприятиям и услугам по его укреплению, защите и восстановлению».

Ст. 197 подчеркивает общественную ценность здравоохранения как государственного института: «Мероприятия и услуги в области здравоохранения имеют общественное значение, органы государственной власти имеют право издавать

¹² Lei No. 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm (accessed: 30.01.2025).

¹³ Lei No. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10185.htm (accessed: 30.01.2025).

¹⁴ Lei No. 9.656 de 3 de junho de 1998. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm (accessed: 30.01.2025).

¹⁵ Constituição da República Federativa do Brasil. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm (accessed: 02.02.2025).

нормы об их регламентации, надзоре и контроле, они могут осуществляться непосредственно или третьими лицами, а также частными физическими или юридическими лицами».

Ст. 198 определяет структуру системы здравоохранения: «Государственная служба здравоохранения структурирована по региональному принципу и составляет единую систему, организованную в соответствии со следующими принципами:

- децентрализация с единым управлением в каждой сфере государственного управления;
- полный комплекс услуг, с уделением приоритетного внимания профилактическим мероприятиям, без ущерба для услуг по оказанию медицинской помощи;
- участие общественности.

Единая система здравоохранения финансируется за счет средств из Федерального бюджета, бюджета штатов, Федерального округа и муниципий, а также из других источников».

Ст. 199 устанавливает нормы отношений между государственным и частным секторами системы здравоохранения: «Медицинская помощь может предоставляется частными организациями посредством договоров или соглашений публичного права, при этом предпочтение отдается благотворительным и некоммерческим организациям. Выделение государственных средств для оказания помощи или субсидирования частного бизнеса, ориентированного на получение прибыли запрещено. Прямое или косвенное участие иностранных компаний или капитала в оказании медицинской помощи в стране запрещено. Условия и требования, которые облегчают изъятие органов, тканей и субстанций человека с целью трансплантации, исследований и лечения, а также сбор, обработку и переливание крови и ее побочных продуктов, определяются соответствующим законом, при этом все виды получения дохода запрещены».

Ст. 200 определяет «прочие компетенции Единой системы здравоохранения:

- осуществление надзора и контроля за процедурами, продуктами и субстанциями, влияющими на здоровье человека, участие в производстве лекарств, оборудования, иммунобиологических препаратов, препаратов крови и иных материалов;
- осуществление мер санитарно-эпидемиологической безопасности, а также мероприятий по охране здоровья трудящихся;
- организация обучения персонала в области здравоохранения;
- участие в определении политики и в реализации основных санитарно-гигиенических мероприятий;
- содействие, научно-техническому развитию в области медицины;
- осуществление надзора и контроля за продуктами питания, включая их состав, а также за алкогольными напитками и питьевой водой;
- участие в надзоре и контроле за производством, транспортировкой, хранением и использованием психотропных, токсичных и радиоактивных веществ и продуктов;
- сотрудничество с экологическими организациями в охране окружающей среды, в том числе на рабочих местах»¹⁶.

¹⁶ Constituição da República Federativa do Brasil. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm (accessed: 04.02.2025).

Таким образом в Бразилии право на здоровье не только продекларировано в Конституции, но на конституционном уровне закреплено существование SUS и определены ее основные компетенции и принципы организации. Расширение механизмов участия общества в процессе законотворчества является основным путем построения подлинной демократии здравоохранения в Бразилии. Юридическое определение здоровья, эффективный объем этого права и объем обязанностей государства выражаются нормативным выбором государства в отношении обеспечения права на здоровье. Такой выбор должен осуществляться в среде демократии здравоохранения, которая допускает участие общества в процессе принятия решений и всеобщий и равноправный доступ к услугам, предоставляемым системой общественного здравоохранения (Aith & Dallari, 2014). Результатом является высокая оценка состояния бразильского здравоохранения мировым медицинским сообществом, в частности С.А. Белоусов и Е.А. Тарасова в своей работе утверждают, что «по мнению экспертов, Бразилия стала одним из немногих государств, в которых интересы здоровья населения ставятся выше, чем экономические интересы» (Belousov & Tarasova, 2023).

Положения статей основного закона страны конкретизированы и дополнительно раскрыты Федеральным законом от 19 сентября 1990 г. № 8.080 «О создании и функционировании Единой системы здравоохранения»¹⁷. Помимо этого бразильское здравоохранение регулируется следующими нормативными правовыми актами.

- Закон от 13 июля 1990 г. № 8.069/90 «О медицинском обслуживании детей и подростков»¹⁸.
- Закон от 1 октября 2001 г. № 10.741/03 «О медицинской помощи пожилым людям, включая уход и содержание»¹⁹.
- Закон от 13 ноября 1996 г. № 9.313/96 «О бесплатных лекарствах для лечения ВИЧ/СПИД»²⁰.
- Закон от 27 сентября 2006 г. № 11.347/06 «О бесплатных лекарствах для лечения диабета»²¹.
- Кодекс медицинской этики, утвержденный резолюцией Федерального медицинского совета Бразилии (CFM) от 24 сентября 2009 г. № 1931/2009²².
- Постановление от 30 октября 1998 г. № 3.916/98 «Об утверждении Национальной политики в области лекарственных средств»²³.

¹⁷ Lei No. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm (accessed: 04.02.2025).

¹⁸ Lei No. 8.069 de 13 de julho de 1990. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm (accessed: 04.02.2025).

¹⁹ Lei No. 10.741 de 1o de outubro de 2003. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm (accessed: 04.02.2025).

²⁰ Lei No. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm (accessed: 04.02.2025).

²¹ Lei No. 11.347 de 27 de setembro de 2006 // Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111347.htm (accessed: 04.02.2025).

²² Resolução CFM No. 1931/2009 // Portal Médico. URL: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/resolucao-cfm-no-1931-2009/> (accessed: 04.02.2025).

²³ Resolucao No. 3.916 de 30 de outubro de 1998 // Ministério da Saúde. URL: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html (accessed: 04.02.2025).

- Постановление Национального совета по здравоохранению от 6 мая 2004 г. № 338 «Об утверждении Национальной политики фармацевтической помощи»²⁴.

- Постановление от 26 ноября 2009 г. № 2982 «Об утверждении правил внедрения и финансирования фармацевтической помощи в первичной медико-санитарной помощи»²⁵.

- Указ от 22 июня 2006 г. № 5.813 «Об утверждении Национальной политики в области лекарственных растений и фитотерапии»²⁶.

- Межведомственное постановление от 9 декабря 2008 г. № 2960 «Об утверждении Национальной программы по лекарственным растениям и фитотерапии»²⁷.

- Национальная программа семейного здоровья 1994 г. в настоящее время – Стратегия семейного здоровья (ESF)²⁸.

- Резолюция Министерства здравоохранения Бразилии от 31 октября 2018 г. № 41 «О рекомендациях по организации паллиативной помощи в рамках помощи, оказываемой через Единую систему здравоохранения»²⁹.

Федеральный закон от 19 сентября 1990 г. № 8.080 «О создании и функционировании Единой системы здравоохранения» (в редакции Указа президента от 28 июля 2011 г. № 7508) (далее – Закон № 8.080)³⁰ предоставляет широкие полномочия регионам на субъектовом уровне. Ст. 13 Закона № 8.080 гласит: «Для обеспечения всеобщего, равного и упорядоченного доступа пользователей к действиям и услугам здравоохранения SUS субъекты федерации будут нести ответственность, в дополнение к другим обязанностям, которые могут быть согласованы межуправленческими комитетами за:

- инициативы по организации мероприятий и услуг в области здравоохранения на региональном уровне».

- прозрачность, полноту и равенство в доступе к действиям и медицинским услугам;

- планирование и организацию мероприятий в области здравоохранения.

В гл. 5 «Межфедеративное взаимодействие» Закон определяет иерархическую структуру взаимодействия органов управления здравоохранением на федеральном, субъектовом и муниципальном уровне следующим образом:

Ст. 30 определяет, что: «Межуправленческие комитеты согласуют организацию и функционирование мероприятий и услуг в области здравоохранения, на федеральном уровне (уровень Министерства здравоохранения – CIT), при этом к исключительной компетенции CIT относится формирование Национального перечня

²⁴ Resolucao No. 338 de 6 de maio de 2004 // Ministério da Saúde. URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html (accessed: 04.02.2025).

²⁵ Resolucao No.2.982 de 26 de novembro de 2009 // Ministério da Saúde. URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html (accessed: 04.02.2025).

²⁶ Decreto No. 5.813 de 22 de junho de 2006 // Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm (accessed: 04.02.2025).

²⁷ Portaria interministerial № 2.960, de 9 de dezembro de 2008 // Ministério da Saúde. URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html (accessed: 04.02.2025).

²⁸ Estratégia Saúde da Família (ESF) // Ministério da Saúde. URL: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/estrategia-saude-da-familia> (accessed: 04.02.2025).

²⁹ Resolucao No. 41 de 31 de outubro de 2018 // Ministério da Saúde. URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html (accessed: 07.02.2025).

³⁰ Lei No. 8.080 de 19 de setembro de 1990 // Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm (accessed: 07.02.2025).

мероприятий и услуг в области здравоохранения (RENASES); региональном (уровень Департамента здравоохранения штата – CIB) и муниципальном (региональная межуправленческая комиссия – CIR, связанная с Департаментом здравоохранения штата и обязанный соблюдать руководящие принципы CIB)».

Ст. 31 «В межуправленческих комитетах руководители общественного здравоохранения могут быть представлены Национальным советом секретарей здравоохранения – CONASS, Национальным советом секретарей муниципального здравоохранения – CONASEMS и Государственным советом секретарей муниципального здравоохранения – COSEMS».

Ст. 32 определяет полномочия межуправленческих комитетов:

- согласовывать операционные, финансовые и административные аспекты совместного управления SUS в соответствии с планами развития здравоохранения, утвержденными соответствующими советами по здравоохранению; рабочие моменты, связанные с интеграцией действий и услуг здравоохранения между субъектами федерации;

- определять национальные, государственные, региональные и межгосударственные руководящие принципы, в отношении институционального управления и интеграции действий и услуг субъектов федерации, а также обязанности субъектов федерации в системе здравоохранения в соответствии с их демографической численностью и финансово-экономическим развитием, установление индивидуальной и совместной ответственности.

Раздел 2 гл. 5 Закона № 8.080 закрепляет договорный характер взаимодействия между субъектами федерации по организации единой сети здравоохранения, а также определяет:

- цели договора (Ст. 34. «Целью Организационного договора о действиях в области общественного здравоохранения (далее – Организационный договор) является организация и интеграция действий и услуг в области здравоохранения, находящихся в ведении субъектов федерации, с целью обеспечения комплексной помощи пользователям»);

- обязанности его участников. (Ст. 35. «Организационный договор определяет индивидуальные и совместные обязанности субъектов федерации в отношении мероприятий и услуг в области здравоохранения, целеполагания и контрольных показателей деятельности системы здравоохранения, критериев оценки эффективности, финансовых ресурсов, формы контроля. и надзора за их выполнением и другие элементы, необходимые для комплексной реализации мероприятий и услуг в области здравоохранения»);

- разграничение полномочий (Ст. 39. «Правила подготовки и соблюдения Организационного договора согласуются СИТ, Департамент здравоохранения штата отвечает за координацию его реализации»);

- исключительные компетенции федерального уровня управления (ст. 35. «Министерство здравоохранения определяет национальные показатели, гарантирующие доступ к действиям и услугам в области здравоохранения в рамках SUS», ст. 36 «Министерство здравоохранения может разрабатывать способы поощрения в области здравоохранения» и ст. 41 «Министерство здравоохранения организует и обслуживает информационную систему здравоохранения»);

- процедуру контроля реализации мероприятий SUS на местах (Ст. 40 «Национальная система аудита и оценки SUS через специализированную службу контролирует соблюдение условий Организационного договора» и ст. 41 «Участники будут нести ответственность за мониторинг и оценку исполнения Организационного договора в отношении достижения установленных целей, его эффективности и использования предоставленных ресурсов»)³¹.

По данным Минздрава Бразилии, различными медицинскими услугами в рамках SUS пользуются более 190 млн чел. (население Бразилии в феврале 2022 г. составляло 214,2 млн чел.), при этом 80% участников SUS обращаются исключительно в государственные медицинские центры. Правом бесплатного пользования ЕСЗ обладают все граждане Бразилии, а также иностранцы, которым необходима медицинская помощь (Roman, 2023).

Финансирование SUS осуществляется из государственного налогового фонда, при этом отчисления муниципалитетов составляют 15 % от бюджета, а правительств штатов – 12 % от бюджета³².

Контроль за деятельностью медицинских учреждений разных уровней в рамках SUS возлагается, соответственно, на муниципальные власти, секретариаты по здравоохранению штатов Бразилии и ответственные органы исполнительной власти федерального правительства. В соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 1990 г. № 8.142 «Об участии общественности в управлении Единой системой здравоохранения (SUS) и межправительственных переводах финансовых ресурсов в сфере здравоохранения»³³ предусмотрен также и общественный контроль, осуществляемый постоянно действующим Национальным советом по здравоохранению (в который входят представители государственных структур и общественности, а также специалисты в области здравоохранения) и Конференцией по здравоохранению которая собирается каждые четыре года с участием представителей различных социальных слоев для оценки ситуации в области здравоохранения и предложения руководящих принципов для разработки политики в области здравоохранения на соответствующих уровнях (Fertonani et al., 2015).

Бразилия является лидером среди развивающихся стран по числу медиков. По данным исследователей университета Сан-Паулу, в 2020 г. в Бразилии насчитывалось порядка 502,5 тыс. специалистов в области здравоохранения, что составляет порядка 10 медиков на 100 тыс. населения.

К 2025 году благодаря государственной программе «Медики для Бразилии», реализуемой ADAPS с 2019 года, Бразилия может выйти на показатель в 18 медицинских работников на 100 тыс. населения, заняв, таким образом, третье место в мире после Ирландии и Дании.

Программа «Медики для Бразилии» предусматривает выделение государственных стипендий студентам, которые стали врачами общей практики и стремятся получить одну из востребованных медицинских специализаций, с гарантией последующего трудоустройства.

³¹ Lei No. 8.080 de 19 de setembro de 1990 // Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm (accessed: 07.02.2025).

³² Lei complementar No. 141, de 13 de janeiro de 2012 // Presidência da República. URL: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm (accessed: 07.02.2025).

³³ Lei No. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 // Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm (accessed: 07.02.2025).

Конституция Бразилии позволяет частному сектору предоставлять услуги в области здравоохранения. Благотворительные и некоммерческие организации имеют преимущество перед другими частными структурами в предоставлении услуг населению.

SUS обслуживает примерно 75 % населения Бразилии. Остальные граждане (около 48 миллионов бразильцев) имеют частный план медицинского обслуживания. Частное здравоохранение является третьим по востребованности активом для лиц, не являющихся бенефициарами, уступая только образованию и домовладению, и в значительной степени это связано с недостатками в сфере здравоохранения в государственном секторе, обусловленными, среди прочих факторов, бюджетными ограничениями и нехваткой квалифицированной рабочей силы в медицинской и стоматологической сферах. Процесс «исключительной универсализации», начатый SUS, в последнее время придал мощный импульс частному сектору здравоохранения.

Граница между государственными и частными медицинскими службами всегда была несколько размыта, и их сосуществование иногда приводило к дублированию и неэффективности. Пользователи могут обращаться к любой из сторон системы в зависимости от своих реальных потребностей или финансовых ресурсов.

Хотя эти два сектора отличаются друг от друга и не скоординированы, они взаимозависимы. Они не исключают или заменяют друг друга, учитывая универсальный характер SUS. Однако медицинские карты одного и того же пользователя не передаются государственному и частному секторам, что приводит к неэффективности системы здравоохранения.

С начала 2020 года пандемия COVID-19 вызвала дискуссии о сосуществовании и необходимости взаимосвязи между этими двумя подсистемами. Пациенты регулярно выбирают между SUS и частным сектором здравоохранения, принимая во внимание состояние своего здоровья, сложность лечения, близость доступных учреждений и другие факторы. В соответствии со ст. Федерального закона от 3 июня 1998 г. № 9.656 «О частных планах медицинского обслуживания и страхования»³⁴ частные поставщики медицинских услуг должны возместить SUS государственные расходы на лечение тех, кто охвачен частным планом медицинского обслуживания (Belousov & Tarasova, 2023).

Проблемы, стоящие перед бразильской системой здравоохранения, усугубляются несколькими ключевыми факторами. Стареющее население оказывает давление на и без того перегруженную систему здравоохранения. Распространение ненужных с медицинской точки зрения вмешательств, стимулирование и внедрение дорогостоящих новых технологий без соответствующих доказательств улучшения результатов лечения пациентов, расширение обязательных процедур в рамках частного медицинского страхования и финансовое бремя, налагаемое судебными решениями, требующими от государственных и частных организаций финансировать непредвиденные и потенциально дорогостоящие медицинские процедуры. Все эти факторы в совокупности оказывают давление на систему, потенциально снижая ее эффективность и доступность (Castro, 2019).

Опыт Бразилии представляет особый интерес развитием договорного характера межсубъектовых и межуровневых отношений участников Единой системы

³⁴ Lei No. 9.656 de 3 de junho de 1998 // Presidência da República. URL: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm (accessed: 07.02.2025).

здравоохранения (SUS), что наиболее полно отвечает требованиям современного общества, формирующегося в условиях постиндустриального общества. Применительно к России эту парадигму сформулировал, опередивший свое время на столетие, выдающийся мыслитель П.А. Кропоткин: «Отношения в государственном устройстве станут реализовываться, основываясь на свободном соглашении между людьми» (Kropotkin, 1906).

Заключение

Организации бразильского здравоохранения дает нам хороший пример сбалансированной иерархически построенной системы государственного управления. Интеграция всех государственных структур, консультативных органов и общественных объединений в единую систему (SUS) при централизованной подчиненности Министерству здравоохранения, как координирующему органу, обладающему законодательной инициативой, не оставляет места межведомственной разобщенности, к величайшему сожалению, имеющей место в России.

References / Список литературы

- Aith, F. M. A. & Dallari, S. G. (2014) Health legislation and democratic rule of law in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 30 (10), 2032–2034. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE011014>
- Belousov, S.A. & Tarasova, E.A. (2023) Legal regulation of the healthcare system of the Federative Republic of Brazil. *Courier of the Kutafin Moscow State Law University (MSAL)*. (6 (106)), 132–141. (in Russian). <https://doi.org/10.17803/2311-5998.2023.106.6.132-141>
Белосов С.А., Тарасова Е.А. Правовое регулирование системы здравоохранения Федеративной Республики Бразилия // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). 2023. №. 6 (106). С. 132–141. <https://doi.org/10.17803/2311-5998.2023.106.6.132-141>
- Bevelikova, N.M. (2015) BRICS: Legal Features of Development. *Journal of Russian Law*. (8 (224)), 110–123. (in Russian). <https://doi.org/10.12737/12253 EDN: SGRSWF>.
Бевеликова Н.М. БРИКС: правовые особенности развития // Журнал российского права. 2015. №. 8 (224). С. 110–123. <https://doi.org/10.12737/12253 EDN: SGRSWF>.
- Castro, M. C., Massuda A., Almeida G., Menezes-Filho N. A., Andrade M. V., de Souza Noronha K. V. M, et al. (2019) *Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future*. *Lancet Lond Engl*. 394 (10195), 345–56. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P. de., Biff, D. & Scherer, M. D. D. A. (2015) Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20 (6), 1869–1878. (in Portuguese). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- Fertonani, H. P., de Pires, D. E. P., Biff, D. & Scherer, M. D. D. A. (2015) The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20 (6), 1869–1878. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- Kaprina, S.O. (2024) Essence and characteristics of public power as a constitutional and legal institution in Russia. *Education and law*. (6), 82–89 (in Russian). <https://doi.org/10.24412/2076-1503-2024-6-82-89 EDN: CSJHWX>.
Каприна С.О. Сущность и характеристики публичной власти как конституционно-правового института России // Образование и право. 2024. № 6. С. 82–89. <https://doi.org/10.24412/2076-1503-2024-6-82-89 EDN: CSJHWX>.
- Konokhova, M.V. (2019) Development of the Healthcare System in the BRICS Countries. *Humanitarian accent*. (1), 55–61. EDN: EJIGOV. (in Russian).

Конохова М.В. Развитие системы здравоохранения в странах БРИКС // Гуманитарный акцент. 2019. № 1. С. 55–61. EDN: EJIGOV.

Kropotkin, P. (1906) *Communism and Anarchy: ("Satisfaction for All")*. St. Petersburg, Svobodny'j dogovor Publ. (In Russian).

Кропоткин П.А. Коммунизм и анархия: («Довольство для всех»). Санкт-Петербург : Свободный договор, 1906. 23 с.

Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., De Castro, M. C., & Atun, R. (2018) The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. *BMJ global health*. 3 (4), e000829. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>

Minnibaev, B.I. & Sharifullin, R.F. (2014) Features of the public administration system in the Republic of Brazil. *Young scientist*. (1.1 (60.1)), 31–33. EDN: RSRPGB. (in Russian).

Миннибаев Б.И., Шарифуллин Р.Ф. Особенности системы государственного управления Республики Бразилия // Молодой ученый. 2014. № 1.1 (60.1). С. 31–33. EDN: RSRPGB.

Roman, A. (2023) A closer look into brazil's healthcare system: what can we learn? *Cureus*. 15 (5), e38390. <https://doi.org/10.7759/cureus.38390>

Сведения об авторе:

Каприна София Олеговна – ассистент, кафедра административного и финансового права, Российский университет дружбы народов; 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6; аспирант кафедры государственно-правовых дисциплин, Высшая школа правоведения, Институт государственной службы и управления, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, 119571, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Тропарево-Никулино, пр-кт. Вернадского, д. 82, стр. 1.

ORCID: 0009-0009-4251-8039; SPIN-код: 1109-5565

e-mail: KaprinaSO@yandex.ru

About the author:

Sophia O. Kaprina – Assistant, Professor of the Department of Administrative and Financial Law, RUDN University, 117198, Moscow, Miklukho-Maklaya st., 6; Postgraduate student, Department of State and Legal Disciplines, Graduate School of Law, Institute of Public Service and Administration, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration; 119571, Moscow, v. Moscow city, Troparevo-Nikulino municipal district, 82, ul. Vernadskogo, 82, pp. 1

ORCID: 0009-0009-4251-8039; SPIN-code: 1109-5565

e-mail: KaprinaSO@yandex.ru