

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ЮРИСТОВ РОССИИ»
ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

══════════ МЕДИЦИНА И ПРАВО ══════════

В XXII ВЕКЕ

Материалы XII ежегодной
научно-практической конференции
с международным участием

«ПРАВОВЫЕ И КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Круглый стол

══════════ 25-26 декабря 2020 ══════════



ЦСЛК
Санкт-Петербург
2020

Медицина и право в XXI веке; материалы XI ежегодной научно-практической конференции с международным участием. – Санкт-Петербург: Центр современной литературы и книги на Васильевском, 2020. – 144 с.

В сборнике содержатся статьи по результатам исследований, выполненных при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-011-00193\20 / Acknowledgments: The reported study was funded by RFBR, project number 20-011-00193\20 проведенных с использованием оборудования ресурсного центра Научного парка СПбГУ «Социологические и интернет исследования» / Scientific research were performed at the Research park of St. Petersburg State University «Center for Sociological and Internet Research».

© Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ), 2020

© Центр современной литературы и книги на Васильевском, 2020



Оригинал-макет подготовлен в издательстве
“Центр современной литературы и книги на Васильевском”
Санкт-Петербург, наб. Макарова, д.10/1
Тел. (812) 323-52-95, (921) 934-79-05

Предисловие

Уважаемые читатели!

Данный сборник научных материалов подготовлен для круглого стола **«Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины»** в рамках ежегодной научно-практической Конференции с международным участием **«Медицина и право в XXI веке»**, которая проводится в СПбГУ уже 12 раз. В 2020 году Конференция состоится 25 – 26 декабря в Санкт-Петербургском государственном университете на юридическом факультете.

В этом году мы планируем продолжить дискуссии по актуальным вопросам медицинского права: **«Актуальные вопросы трансформации законодательства о здравоохранении в эпоху глобальных изменений общественно-экономических отношений в России и в мире»**; **«Юридическая оценка при ненадлежащем оказании медицинской помощи»**; **«Новые технологии в медицине: правовое регулирование и вопросы биомедицинской этики»**; **«Проблемы общественного здоровья и здравоохранения. Развитие медицинского права в РФ»**.

Данные темы, на наш взгляд, являются весьма актуальными, взаимосвязанными между собой. В связи с этим многократно возрастает вопрос о защите прав человека, частной жизни, личных неимущественных прав граждан, персональной медицинской информации и другого. Как и прежде актуальны вопросы ответственности медицинских работников в случае ненадлежащего оказания или неоказания медицинской помощи, которые требуют своего решения.

Особое внимание в этом году мы уделяем теме правовой оценки профилактической деятельности в здравоохранении. Круглый стол **«Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины»** посвящен исследованию исторического, на основе законодательства, пути развития данного направления в Российском здравоохранении, рациональному расходованию государственных финансовых средств, коррупционной составляющей некоторых видов профосмотров. Будет обсужден вопрос необходимости усиления контроля за профилактической деятельностью медицинских организаций, врачей, органов управления здравоохранением всех уровней,

участников системы медицинского страхования и государственного заказа.

Надеемся, что представленные в сборнике научные работы юристов, специалистов в области медицинского права, адвокатов, криминалистов и других авторитетных ученых и практиков будут полезны, как в научных исследованиях, так и в практической деятельности.

***Акулин И.М.,**
зав. кафедрой организации здравоохранения
и медицинского права СПбГУ,
руководитель магистерской программы
«Медицинское и фармацевтическое право» СПбГУ*



Содержание

Материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Медицина и право в XXI веке»

Пряхина Н. И., Суслина Е.В.

Квалификация подделки документов медицинскими работниками при проведении профилактических медицинских мероприятий 6

Савин С.Д., Смирнова А.Н.

Факторы отношения россиян к профилактическим медицинским мероприятиям 25

Щепельков В.Ф., Оленников С.М.

К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительных медицинских осмотров ... 43

Дивеева Н.И.

Трудо-правовые аспекты прохождения работниками обязательных медицинских осмотров (по материалам судебной практики) 62

Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Сопрун Л.А.

Исторический анализ развития правового регулирования профилактического принципа в организации охраны здоровья населения России 74

Материалы для круглого стола по теме:

«Общественное здоровье и здравоохранение.

Развитие медицинского права в РФ»

Шигина Е. А., Гарин Л.Ю., Леванов В.М., Перевезенцев Е.А.

Особенности правового применения норм права, характеризующих оценку медицинской эффективности при оказании помощи пациенту. 113

Пьянзина А.С., Гарин Л.Ю.

Медицинский Кодекс, как ключевой элемент защиты прав пациента при оказании медицинской помощи 125

Марченко Д.В., Бобков А.В., Акулин И.М.

К вопросу об особенностях системы организации медицинской помощи при ликвидации чрезвычайных ситуаций 135

Материалы XII ежегодной
научно-практической конференции
с международным участием
«Медицина и право в XXI веке»

**КВАЛИФИКАЦИЯ ПОДДЕЛКИ ДОКУМЕНТОВ
МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ¹**

Надежда Ивановна Пряхина, Елена Владимировна Суслина*

Доцент кафедры уголовного права Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат юридических наук
E-mail: pry-nadezhda@yandex.ru

*Доцент кафедры уголовного права Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат юридических наук
E-mail: elenasuslina81@gmail.com

Ключевые слова: профилактическая медицина, медицинский осмотр, вакцинация, диспансеризация, уголовная ответственность, официальный документ, амбулаторная карта, карта учета диспансеризации.

Аннотация. В статье рассматриваются основные проблемы правоприменительной практики в части квалификации подделки медицинских документов, оформляемых в процессе и по результатам проведения профилактических медицинских мероприятий. Авторами были проанализированы результаты исследования приговоров, в которых предмет подделки признавались как собственно медицинские документы (амбулаторные карты, медкнижки, карты учета диспансеризации), так и документы организационного и отчетного характера (отчетная форма № 131 и пр.), и сделан вывод о том, что суды порой не уделяют дос-

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-011-00193\20.

тщательного внимания выявлению признаков официального документа в каждом конкретном случае, что приводит к ошибочной квалификации содеянного.

Nadezhda Prjahina,

Associate Professor of the Criminal Law Department, St. Petersburg State University, Ph. D. in Law

Elena Suslina,

Associate Professor of the Criminal Law Department, St. Petersburg State University, Ph. D. in Law

Key words: *preventive medicine, physical examination, vaccination, prophylactic medical examination, criminal responsibility, official document, outpatient chart, medical examination's report chart.*

Abstract. *The article is devoted to the main practical problems of qualification of medical documents' falsification during the preventive medical measures. The results of sentences' monitoring were analyzed, where medical documents proper (outpatient charts, medical certificates, medical examination's report charts) as well as organizational and report documents (report form № 131, etc.) were the objects of the crime. The authors conclude that courts sometimes do not pay enough attention to the ascertainment of the official document's features in each case and it entails qualificational mistakes.*

Уголовный кодекс РФ содержит две статьи об ответственности за подделку официальных документов: ст. 292 УК РФ (Служебный подлог) и ст. 327 УК РФ (Подделка, изготовление или сбыт поддельных документов, государственных наград, штампов, печатей, бланков). Однако необходимо отметить, что в указанных статьях предмет преступления определяется по-разному. Так, в ст. 292 УК РФ им назван официальный документ, а в ст. 327 УК РФ в качестве предмета преступления указан официальный документ, предоставляющий права или освобождающий от обязанностей.

Разница в формулировках породила среди теоретиков и практиков спор о тождественности предметов преступлений, предусмотренных статьями 292 и 327 УК РФ². Даже на уровне высших судов нет единства в понимании официального документа как предмета подделки. Примени-

² См., например: Щепельков В.Ф. Позиции Пленума Верховного Суда Российской Федерации относительно квалификации служебного подлога // *Криминалистика*. 2015. № 2 (17). С. 9; Любавина М. О некоторых проблемах квалификации преступлений коррупционного характера // *Уголовное право*. 2013. № 5. С. 91.

тельно к ст. 292 УК РФ Конституционный Суд РФ в своем определении от 13 октября 2009 г. № 1236-00 «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мигутиной Юлии Сергеевны на нарушение ее конституционных прав положениями статьи 292 Уголовного кодекса Российской Федерации» указал, что оценка документа как предмета данного преступления не является произвольной, поскольку официальными документами в силу действующего законодательства (ст. 5 Федерального закона от 29.12.1994 г. №77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов») являются документы, принятые органами законодательной, исполнительной и судебной власти, носящие обязательный, рекомендательный или информационный характер³. Таким образом, Конституционный Суд РФ определил, что при квалификации содеянного по ст. 292 УК РФ следует руководствоваться дефиницией, содержащейся в Федеральном законе «Об обязательном экземпляре документов».

Применительно к ст. 327 УК РФ Конституционный Суд РФ придерживается иной позиции: в определении РФ от 19 мая 2009 г. № 575-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Морозовского Владимира Евгеньевича на нарушение его конституционных прав частью первой статьи 327 Уголовного кодекса Российской Федерации» указано, что законодатель наделил правоприменителя правом в каждом конкретном случае оценивать свойства документа и признавать его либо предоставляющим права (освобождающим от обязанностей), либо нет и в зависимости от этого привлекать или не привлекать к ответственности за использование документа как подложного⁴, тем самым отрицая возможность применения какой-либо дефиниции официального документа для определения предмета преступления по ст. 327 УК РФ.

С принятием Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 9 июля 2013 г. № 24 «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях»⁵ факти-

³ *Определение Конституционного Суда РФ от 13 октября 2009 г. №1236-00 «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мигутиной Юлии Сергеевны на нарушение ее конституционных прав положениями статьи 292 Уголовного кодекса Российской Федерации» // СПС «Консультант ПЛЮС»*

⁴ *Аналогичную позицию Конституционный Суд РФ отразил и в определении от 16 декабря 2010 г. № 1671-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Шишкина Виталия Юрьевича на нарушение его конституционных прав частью первой статьи 327 Уголовного кодекса Российской Федерации» // СПС «Консультант ПЛЮС».*

чески разница, отраженная в диспозициях статей 292 и 327 УК РФ, была нивелирована, поскольку в соответствии с п. 35 официальный документ удостоверяет факты, влекущие юридические последствия в виде предоставления или лишения прав, возложения или освобождения от обязанностей, изменения объема прав и обязанностей.

Однако такое понимание официального документа как предмета подделки не разрешает всех трудностей, возникающих в практике, в частности, не дает ответа на вопрос о том, какими еще обязательными признаками должен быть наделен официальный документ: может ли он исходить от юридических лиц различных организационно-правовых форм и от физических лиц⁶, должна ли для него быть установлена определенная форма и реквизиты⁷, должен ли он иметь материальный носитель⁸, может ли в современных условиях он иметь электронную форму⁹, может ли документ одновременно выступать в качестве официального и личного¹⁰, должен ли он одновременно удостоверять факты и влечь правовые последствия либо речь должна идти о юридическом значении документа в широком смысле¹¹ и многие другие¹².

⁵ *Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 9 июля 2013 г. (в ред. от 3 декабря 2013 г.) «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» № 24 // СПС «Консультант ПЛЮС».*

⁶ *Помнина С.Н. Некоторые вопросы определения предмета служебного подлога // Вестник Мордовского университета. 2014. № 4. С. 65.*

⁷ *Стяжкина С.А. Официальный документ как предмет служебного подлога: понятие, признаки, виды // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2014. Вып. 2. С. 186-187.*

⁸ *Савенко И.А. Проблемы правовой интерпретации официального документа как предмета преступления // Общество и право. 2012. № 5(42). С. 132.*

⁹ *Чесников О.В. Официальный документ как предмет служебного подлога // Общество и право. 2009. № 2(24). С. 123.*

¹⁰ *Рябченко О.Н. Документы как ресурсный элемент порядка управления (уголовно-правовые аспекты) // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2010. Вып. 1. С. 65.*

¹¹ *Борисов А.М., Хащина Э.Э. Нормативное определение официального документа как проблема юридической формы правоотношений // ПРАВО: история и современность. 2019. № 2. С. 15.*

¹² *О трудностях, возникающих на практике при определении предмета служебного подлога, см. подробнее: Щепельков В.Ф., Суслина Е.В. Официальный документ как предмет подделки // Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. 2017. № 4 (50). С. 18-21.*

В процессе осуществления медицинской деятельности, в том числе и профилактического характера, оформляется целый ряд документов, отражающих ее ход и результаты. Профилактика как вид медицинской деятельности представляет собой комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (п. 6 ст. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹³).

Профилактика осуществляется в отношении как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний и включает в себя:

- медицинские осмотры (ч. 1 и 2 ст. 46 ФЗ № 322) - комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития;

- диспансеризацию (ч. 4 ст. 46 ФЗ № 322) - комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ;

- вакцинацию (ст. 35 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»¹⁴, ст. 1 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»¹⁵) - профилактические прививки, т.е. введение в организм человека иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики в целях создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

¹³ *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. (с изм. от 01.04.2020 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ (далее - ФЗ № 322) // СПС «Консультант ПЛЮС».*

¹⁴ *Федеральный закон от 30 марта 1999 г. (с изм. от 26.07.2019 г.) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ // СПС «Консультант ПЛЮС».*

¹⁵ *Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. (с изм. от 28.11.2018 г.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» № 157-ФЗ // СПС «Консультант ПЛЮС».*

- профилактику заболеваний социального характера, таких как туберкулез, сахарный диабет, онкологические, инфекционные и венерические заболевания (ст. 1 Федерального закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»¹⁶, ст. 15 Федерального закона от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»¹⁷).

Для целей настоящего исследования наиболее интересными для анализа представляются первые три категории профилактических медицинских мероприятий и документация, которая оформляется в процессе и по результатам их проведения¹⁸.

Фиксирование хода и результатов проведения профилактических медицинских мероприятий осуществляется посредством внесения соответствующей информации в документацию, носящую как сугубо медицинский характер (амбулаторная книжка больного, личная медицинская книжка, карта учета диспансеризации и т.д.), так имеющую значение в качестве отчетной, позволяющей оценить деятельность конкретного медицинского работника или медицинской организации в целом (план вакцинации, форма статистической отчетности № 131 и т.д.). Подделка первой группы документов осуществляется, как правило, с целью предоставления (получения) возможности устройства на работу в определенных сферах (образования, оказания услуг и т.п.), получения допуска к работе (водителей и иных лиц, для допуска к выполнению обязанностей которых требуется прохождение предрейсовых или предсменных осмотров).

¹⁶ *Федеральный закон от 18 июня 2001 г. (с изм. от 03.08.2018 г.) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» № 77-ФЗ // СПС «Консультант Плюс».*

¹⁷ *Федеральный закон от 30 марта 1995 г. (с изм. от 23.05.2016 г.) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № 38-ФЗ // СПС «Консультант ПЛЮС».*

¹⁸ *Более подробно о профилактических медицинских мероприятиях и ответственности медицинских работников при их проведении см.: Пряхина Н.И., Суслина Е.В. О правовой квалификации ненадлежащего исполнения обязанностей медицинскими работниками при проведении профилактических медицинских мероприятий // Криминалисть. 2020. № 3 (32). С. 9-17.*

Подделка отчетных документов обусловлена в подавляющем большинстве случаев желанием выполнить показатели 85%-ого объема проведенных профилактических осмотров или диспансеризации, а также получить стимулирующие выплаты за участие в проведении диспансеризации или вакцинации отдельных групп взрослого населения¹⁹.

Для целей правильной уголовно-правовой оценки совершенной подделки следует, прежде всего, установить два обстоятельства: является ли подделанный документ официальным и каков статус субъекта подделки. Первое позволит отсечь деяния, не подлежащие самостоятельной оценке в качестве уголовно наказуемых, второе даст возможность дифференцировать ответственность в зависимости от субъекта преступления (ст. 292 или ст. 327 УК РФ).

По результатам изучения судебной практики следует сделать вывод, что медицинская документация в принципе и документы, оформляемые в ходе проведения профилактических мероприятий, в частности становятся предметом подделки достаточно часто. В ходе проведенного мониторинга правоприменения ст. 292 УК РФ было выявлено, что в 15 из 68 (22 % от числа проанализированных приговоров) случаев имело место осуждение за подделку медицинских документов. Наиболее часто подделываемым документом медицинского характера является, безусловно, листок временной нетрудоспособности. Однако было выявлено 5 случаев (7,4 %) осуждения лиц за подделку документов в рамках осуществления профилактических медицинских мероприятий (в 4 случаях подделка было осуществлена медицинскими работниками и в одном - лицом, не являющимся медицинским работником)²⁰.

¹⁹ Приговор Красноармейского районного суда Челябинской области от 07 августа 2015 г. по делу № 1-20/2015 // <http://docs.pravo.ru/document/view/78538910/90116793/> (дата обращения 08.07.2020); приговор Златоустовского городского суда Челябинской области от 02 сентября 2015 г. по делу № 1-426/2015 // <http://docs.pravo.ru/document/view/73548564/84941444/> (дата обращения 08.07.2020); приговор Ленинского районного суда города Челябинска от 03 февраля 2017 г. по делу № 1-111/2017 // <http://sud-praktika.ru/precedent/201625.html#> (дата обращения 08.07.2020).

²⁰ См подробнее: Анализ судебной практики применения статьи 292 УК РФ (Служебный подлог) // <https://pravoprim.spbu.ru/otchety/2019-god/item/453-fevral-2019.html> (дата обращения 19.07.2020 г.)

Порядок проведения предварительных и периодических осмотров определяется Приказом Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными»²¹. В соответствии с этим порядком по итогам прохождения медицинского осмотра оформляется заключение, подписываемое председателем врачебной комиссии и заверяемое печатью медицинской организации (при наличии). Для лиц, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, результаты данных осмотров заносятся в личную медицинскую книжку.

Личная медицинская книжка - это документ строгой отчетности, утвержденный Приказом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20 мая 2005 г. № 402 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте»²². Бланки личных медицинских книжек утверждены указанным приказом Роспотребнадзора и выдаются исключительно его территориальными центрами. Перечень профессий, чьи представители обязаны иметь медицинские книжки, закреплен в письме Минздрава России от 7 августа 2000 г. № 1100/2196-0-117²³. Судебная практика признает медицинс-

²¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. (с изм. от 18.05.2020 г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными» № 302н // СПС «Консультант ПЛЮС».

²² Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20 мая 2005 г. (с изм. от 02.06.2016 г.) «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте» № 402 // СПС «Консультант ПЛЮС»

²³ Письмо Минздрава РФ от 07 августа 2000 г. «О направлении перечня профессий» № 1100/2196-0-117 // СПС «Консультант ПЛЮС».

кие книжки официальными документами, поскольку они удостоверяют факты, имеющие юридическое значение, являются основанием для приема на работу и для допуска к работе.²⁴

Руководствуясь данной логикой, следует признавать официальным документом и заключение о предварительном или периодическом осмотре, для лиц, для которых не требуется личная медицинская книжка, поскольку данное заключение является основанием для приема на работу и для допуска к работе.

Порядок проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров определяется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. № 835н²⁵. Предсменные, предрейсовые медицинские осмотры проводятся перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения. По окончании рабочего дня (смены, рейса) осмотры проводятся для выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

Данные виды осмотров проводятся медицинскими работниками, имеющими высшее и (или) среднее профессиональное образование, их результаты вносятся в Журнал регистрации предрейсовых, предсменных медицинских осмотров и Журнал регистрации послерейсовых, пос-

²⁴ *Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 9 июля 2013 г. (с изм. от 24.12.2019 г.) «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» № 24 // СПС «Консультант ПЛЮС». Отметим, что суды при вынесении приговоров следуют рекомендациям, данным в указанном Постановлении. См., например, приговор Ленинского районного суда города Ижевска Удмуртской Республики от 11 января 2017 г. по делу № 1-41/2017 (1-502/2016) // <https://sud-praktika.ru/precedent/203143.html> (дата обращения 20.08.2020 г.).*

²⁵ *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. «Об утверждении проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров» № 835н // СПС «Консультант ПЛЮС».*

лесменных медицинских осмотров соответственно, при этом на путевых листах ставится штамп «Прошел предрейсовый медицинский осмотр, к исполнению трудовых обязанностей допущен» либо «Прошел послерейсовый медицинский осмотр» и подпись медицинского работника, проводившего осмотр. О результатах осмотров медицинский работник сообщает работодателю (уполномоченному представителю работодателя).

В случае выявления медицинским работником по результатам прохождения предрейсового, предсменного и послерейсового, послесменного медицинского осмотра признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения, работнику выдается справка для предъявления в соответствующую медицинскую организацию и он не допускается к работе.

Определение путевого листа дается в п.14. ст. 2 Устава автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта, где говорится, что путевой лист - это документ, служащий для учета и контроля работы транспортного средства, водителя.²⁶ Обязательные реквизиты и порядок заполнения путевых листов установлены приказом Минтранса России от 18 сентября 2008 г. № 152 «Об утверждении обязательных реквизитов и порядка заполнения путевых листов»²⁷. Среди обязательных реквизитов числится дата и время проведения предрейсового и послерейсового медицинского осмотра водителя, представленные медицинским работником, проводившим соответствующий осмотр, и заверение его подписью с указанием фамилии и инициалов.

Следует также отметить, что Кодексом РФ об административных правонарушениях предусмотрена ответственность за управление транспортным средством водителем, не имеющим при себе путевого листа (п. 2 статьи 12.3 КоАП РФ), а также за осуществление перевозок пассажиров и багажа, грузов автомобильным транспортом и городским

²⁶ *Федеральный закон от 8 ноября 2007 г. (с изм. от 18.03.2020 г.) «Устав автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта» № 259-ФЗ // СПС «Консультант ПЛЮС».*

²⁷ *Приказ Минтранса России от 18 сентября 2008 г. (с изм. от 21.12.2018 г.) «Об утверждении обязательных реквизитов и порядка заполнения путевых листов» № 152 // СПС «Консультант ПЛЮС».*

наземным электрическим транспортом с нарушением требований о проведении предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (п. 2 ст. 12.31.1 КоАП РФ).

Все вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что путевой лист является официальным документом и внесение в него искажений влечет уголовную ответственность по ст. 292 или ст. 327 УК РФ в зависимости от статуса медицинского работника²⁸. Журнал регистрации проведения данных видов осмотра, наоборот, признать официальным документом невозможно, поскольку он удостоверяет только факты, не влекущие юридические последствия.

Медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся только с согласия несовершеннолетнего либо его родителя или иного законного представителя в порядке, установленном приказами Министерства здравоохранения РФ²⁹. Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей. Осмотр врачами специалистами и набор лабораторных, функциональных и иных исследований зависит от возрастного периода, в который проводится профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего.

²⁸ Указанная позиция соответствует складывающейся судебной практике по данному вопросу. См., например, приговор Красногвардейского районного суда Санкт-Петербурга от 25 апреля 2017 года по делу № 1-338/2017 // <https://sudact.ru/regular/doc/TRDacSiymK8/> (дата обращения 20.08.2020 г.).

²⁹ См.: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. (с изм. от 13.06.2019 г.) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» № 514н; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 октября 2014 г. «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» № 581н; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2017 г. «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза» № 124н // СПС «Консультант ПЛЮС».

На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра:

- 1) определяет группу здоровья несовершеннолетнего,
- 2) определяет медицинскую группу для занятий физической культурой,
- 3) направляет информацию о результатах профилактического осмотра медицинским работникам медицинского блока образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний.

Карта осмотра, оформленная по его результатам, представляющая собой собственно медицинскую документацию, хранится в медицинской организации в течение 5 лет.

По итогам проведения профилактических осмотров медицинская организация также заполняет отчетный документ - форму статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», оформляемую в соответствии с Порядком заполнения и сроками представления формы статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних»³⁰. Отчет хранится в медицинской организации в течение 10 лет.

Карту осмотра и отчет о проведении медицинских осмотров несовершеннолетних нельзя, с нашей точки зрения, признать официальными документами, поскольку там не содержатся факты, влекущие юридические последствия в виде предоставления или лишения прав, возложения или освобождения от обязанностей, изменения объема прав и обязанностей. Первая выступает медицинским документом, содержащим информацию о проведенном обследовании и его результатах, о состоянии здоровья несовершеннолетнего, второй является отчетным документом, позволяющим вести по соответствующей форме учет количества проведенных в конкретной медицинской организации профилактических мероприятий.

Наибольшая часть приговоров, которые вынесены по ст. 292 и ст. 327 УК РФ за подделку медицинской документации, связаны с внесением заведомо ложных сведений в документы по диспансеризации, в связи с чем следует сделать особый акцент на этой категории. Резуль-

³⁰ Утвержден Приказом Минздрава России от 10 августа 2017 г. (с изм. от 13.06.2019 г.) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» № 514н // СПС «Консультант ПЛЮС».

таты диспансеризации оформляются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2015 г. № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»³¹ и вносятся в карту учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) и форму статистической отчетности № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения». Первый из указанных документов выступает собственно медицинским, отражающим ход и результаты диспансеризации конкретного лица, второй носит отчетный характер, оформляется в медицинской организации ежемесячно, нарастающим итогом, начиная с января текущего года, и до 10 числа месяца, следующего за отчетным, и представляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения ежемесячно, нарастающим итогом не позднее 15 числа представляет указанную форму в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Вакцинация оформляется в соответствии с Методическими указаниями МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок»³². В соответствии с разделом 10 методических указаний информация о проведенной вакцинации вносится в следующие документы:

- результаты осмотра пациента перед прививкой вносят в историю развития ребенка (ф. 112/у), медицинскую карту ребенка (ф. 026/у) либо (в зависимости от возраста пациента) медицинскую карту амбулаторного больного (ф. 025/у);

- сведения о выполненной профилактической прививке вносятся в карту профилактических прививок (ф. 063/у), историю развития ребенка (ф. 112/у), сертификат профилактических прививок (ф. 156/е-93),

³¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2015 г. «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению» № 87н // СПС «Консультант ПЛЮС».

³² Методические указания МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок». Утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 4 марта 2004 г. // СПС «Консультант ПЛЮС».

медицинскую карту ребенка (для школьников) (ф. 026/у); вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (ф. 025-1/у), амбулаторную карту больного (для взрослых) (ф. 025/у), журнал учета профилактических прививок (ф. 064/у);

- отчет о проведенных лечебно-профилактической организацией прививках составляют по форме № 5 Федерального государственного статистического наблюдения «Отчет о профилактических прививках» (квартальная, годовая) и форме № 6 Федерального государственного статистического наблюдения «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний по состоянию на 31 декабря истекшего года».

Первые две группы документов носят характер собственно медицинских, отражающих состояние здоровья пациента и факт вакцинации, последняя группа (формы 5 и 6) образована документами организационного, отчетного характера.

Судебная практика по вопросу признания указанных документов официальными весьма противоречива. В ряде случаев суды признают официальными как собственно медицинские документы, так и отчетные. Так, например, суды в приговоре указывают, что карта диспансеризации, форма которой утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации при наличии внесенных в установленном порядке сведений о прохождении конкретным гражданином диспансеризации, является официальным документом, удостоверяющим факт прохождения диспансеризации, который имеет правовое значение, связанное с дальнейшим получением врачом стимулирующих выплат за участие в проведении диспансеризации отдельных групп взрослого населения³³. Таким образом, признавая карту

³³ Приговор Ленинского районного суда г. Челябинска от 03 февраля 2017 года по делу № 1-111/2017 // <https://sud-praktika.ru/precedent/201625.html> (дата обращения 20.08.2020 г.). Аналогичное обоснование встречается и в других приговорах, см.: приговор Курчатовского районного суда г. Челябинска от 10 марта 2017 года по делу № 1-172/2017 // <https://sud-praktika.ru/precedent/255636.html> (дата обращения 20.08.2020 г.); приговор Курчатовского районного суда г. Челябинска от 28 сентября 2016 года по делу № 1-516/2016 // <https://sudact.ru/regular/doc/4Ry2pOZ4t9mC/> (дата обращения 20.08.2020 г.); приговор Ленинского районного суда г. Магнитогорска Челябинской области 2017 от 18 октября 2017 г. по делу № 1-285/2017 // <https://sudact.ru/regular/doc/knI3bpiGC0NP/> (дата обращения 20.08.2020 г.).

диспансеризации официальным документом для целей квалификации содеянного, суды опираются на наличие утвержденной формы документа и фиксацию факта прохождения диспансеризации. Вывод, что удостоверение факта диспансеризации влечет за собой право медицинского работника на получение стимулирующих выплат, судами основывается на том, что указанная в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2015 г. № 87н документация предоставляет учреждению здравоохранения право получения оплаты за оказание медицинских услуг населению. В частности, данная карта является единственным основанием для формирования реестра счетов на оплату проведенной диспансеризации и предоставляет возможность получить денежные средства, перечисляемые на расчетный счет медицинского учреждения в качестве компенсации затрат на диспансеризацию от страховых организаций.

Однако в судебной практике встречается и противоположная позиция: суды не рассматривают карты диспансеризации и отчетные формы в качестве официальных документов, аргументируя это тем, что данные документы не отвечают признакам официальных документов и не являются таковыми, поскольку не удостоверяют каких-либо фактов, влекущих юридические последствия в виде предоставления или лишения прав, возложения или освобождения от обязанностей, изменения объема прав и обязанностей³⁴. Аналогичная позиция отражена в приговорах и в отношении амбулаторных карт больного в части фиксации в них результатов дополнительной диспансеризации: «суд считает, что медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма №/у-04) не относится к официальным документам, так как она не исходит (не выдается) государственными органами, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными учреждениями для удостоверения фактов, имеющих юридическое значение, не предоставляет права и не освобождает от обязанностей, а является первичным учетным медицинским документом больного, предназначенным для внутреннего обращения в лечебно-профилактическом учреждении»³⁵.

³⁴ Апелляционное постановление Свердловского областного суда от 28 ноября 2017 г. по делу № 22-8920/2017 // СПС «Консультант ПЛЮС».

³⁵ Приговор Когалымского городского суда Ханты-Мансийского автономного округа-Югра от 24 января 2013 г. по делу № 1-11/2013 // <https://sudact.ru/regular/doc/3vpKkA0gqq6x/> (дата обращения 20.08.2020 г.)

Как представляется, форма и источник происхождения документа имеют определенное значение для признания его в качестве официального, однако ключевым параметром является способность данного документа порождать права или обязанности либо изменять их объем напрямую, а не опосредованно. Документ должен быть единственным основанием или частью комплекта документов, который непосредственно влечет за собой правовые последствия. В случае же с медицинской документацией, оформляемой в ходе и по результатам вакцинации и диспансеризации, ее содержание нацелено на фиксацию медицинской информации о состоянии здоровья пациента и проведенных медицинских процедурах (осмотрах, анализах, исследованиях, введении вакцины и т.д.) либо на отражение факта и объема оказанных медицинским учреждением и конкретным медицинским работником услуг. Никаких непосредственных правовых последствий ни для пациента, ни для медицинского работника данные документы напрямую не порождают. Что же касается основания для получения медицинским работником, участвующим в проведении диспансеризации или вакцинации, стимулирующих выплат, то документом, непосредственно предоставляющим право на их получение, указанные отчетные формы (форма № 5 «Отчет о профилактических прививках» (квартальная, годовая), форма № 6 Федерального государственного статистического наблюдения «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний по состоянию на 31 декабря истекшего года», форма № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения») не являются. Они лишь фиксируют факт проведения диспансеризации либо вакцинации в определенном объеме, но не предоставляют право на получение выплаты напрямую. Получение выплат осуществляется на основании документации, которая составляется медицинским учреждением и определяет объем стимулирующих выплат конкретным работникам из средств, полученных от территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Этот механизм находит свое отражение в текстах судебных актов, однако суд не дает ему надлежащей правовой оценки, увязывая право на получение стимулирующих выплат непосредственно с внесением данных в указанные формы и документацию медицинского характера: «по итогам заседаний комиссии по распределению средств, полученных за проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения за январь-февраль 2016 года, Ихсановой Ж.Х. установлена над-

бавка в сумме 7733 (семь тысяч семьсот тридцать три) рубля 00 копеек, в том числе 203 (двести три) рубля 00 копеек за проведение диспансеризации»; «комиссией по начислению денежных средств лицам, участвующим в дополнительной диспансеризации, председателем которой являлась заместитель главного врача по поликлинике, <...> были составлены протоколы начисления денежных средств лицам, участвующим в дополнительной диспансеризации. <...> на основании представленных протоколов начисления денежных средств лицам, участвующим в дополнительной диспансеризации, в период с 07.04.2014 по 31.12.2014 на лицевой счет Наумовой Н.А. перечислены денежные средства»³⁶.

Как представляется, в указанных случаях внесение заведомо ложных сведений о прохождении диспансеризации лицами, в отношении которых медицинские мероприятия не проводились, является формой обмана как способа совершения мошенничества в виде хищения денежных средств - выплат стимулирующего характера - при отсутствии оснований для их получения. Документация, оформляемая по итогам вакцинации и диспансеризации, не выступает правовым основанием для получения выплаты (что характерно для официального документа), а лишь фиксирует заведомо ложную информацию, создающую иллюзию существования фактических оснований для принятия соответствующего решения о производстве выплат. Таким образом, на наш взгляд, содеянное полностью охватывается составом мошенничества и не требует дополнительной квалификации ни по ст. 327, ни по ст. 292 УК РФ.

Как указывалось ранее, вопрос об уголовной ответственности за внесение недостоверных данных в медицинские документы, оформляемые в ходе и по результатам проведения профилактических мероприятий, которые могут быть отнесены к официальным, зависит от статуса медицинского работника, а именно является ли он должностным лицом в соответствии с примечанием к ст. 285 УК РФ. Одним из обязательных признаков должностного лица является выполнение организационно-распорядительных функций, под которыми правоприменительная практика понимает полномочия лиц по принятию решений, имеющих

³⁶ Приговор Златоустовского городского суда Челябинской области от 02 сентября 2015 г. по делу № 1-426/2015 // <http://docs.pravo.ru/document/view/73548564/84941444/> (дата обращения 08.07.2020).

юридическое значение и влекущих определенные юридические последствия, т.е. в том числе и выдачу официальных документов³⁷. Однако вряд ли можно согласиться с утверждением, что относительно медицинских работников, с учетом вышеприведенных разъяснений высшей судебной инстанции, можно сделать вывод о том, что, принимая решения организационно-распорядительного характера, медицинские работники становятся должностными лицами³⁸.

Исходя из законодательного определения должностного лица, наличия только организационно-распорядительных функций недостаточно для того, чтобы лицо приобретало статус должностного. Необходимо второе условие, а именно наделение этими функциями в государственном органе, органе местного самоуправления, государственном и муниципальном учреждении, государственной корпорации, государственной компании, государственном и муниципальном унитарном предприятии, акционерном обществе, контрольный пакет акций которых принадлежит Российской Федерации, субъекту Российской Федерации или муниципальному образованию, а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях Российской Федерации.

Лица, наделенные организационно-распорядительными функциями, в коммерческих организациях относятся к лицам, выполняющим управленческие функции в коммерческой или иной организации, и не являются должностными лицами³⁹.

В связи с тем, что профилактические мероприятия могут осуществлять медицинские организации любой организационно-правовой формы при наличии соответствующей лицензии, медицинский работник коммерческой организации за внесение недостоверных данных в офи-

³⁷ См. п. 4 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16 окт. 2009 г. (с изм. от 11 июня 2020 г.) «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» № 19// СПС «Консультант ПЛЮС».

³⁸ Боровых Л.В., Кирова Т.А. Уголовно-правовой взгляд на профессиональный статус медицинских работников // Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2018. Выпуск 41. С. 491.

³⁹ См. п. 1, 11 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 16 окт. 2009 г. (с изм. от 11 июня 2020 г.) «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» № 19// СПС «Консультант ПЛЮС».

циальные документы будет нести ответственность по ст. 327 УК РФ, а медицинский работник государственного либо муниципального учреждения при наличии корыстной либо иной заинтересованности - по ст.292 УК РФ.

Список использованных источников:

1. Борисов А.М., Хащина Э.Э. Нормативное определение официального документа как проблема юридической формы правоотношений // ПРАВО: история и современность. 2019. № 2. С. 7-20.
2. Боровых Л.В., Кирова Т.А. Уголовно-правовой взгляд на профессиональный статус медицинских работников // Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2018. Выпуск 41. С. 478-498.
3. Любавина М. О некоторых проблемах квалификации преступлений коррупционного характера // Уголовное право. 2013. № 5. С. 89-91.
4. Помнина С.Н. Некоторые вопросы определения предмета служебного подлога // Вестник Мордовского университета. 2014. № 4. С. 60-66.
5. Рябченко О.Н. Документы как ресурсный элемент порядка управления (уголовно-правовые аспекты) // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2010. Вып. 1. С. 64-70.
6. Савенко И.А. Проблемы правовой интерпретации официального документа как предмета преступления // Общество и право. 2012. № 5(42). С. 131-135.
7. Старчиков М.Ю. Юридически значимые медицинские документы: нормативные положения, типовые формы и судебная практика (справочное пособие с ситуационными задачами и ответами на них). М.; Инфотропик Медиа, 2018.
8. Стяжкина С.А. Официальный документ как предмет служебного подлога: понятие, признаки, виды // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2014. Вып. 2. С. 185-189.
9. Чесноков О.В. Официальный документ как предмет служебного подлога // Общество и право. 2009. № 2(24). С. 121-125.
10. Щепельков В.Ф. Позиции Пленума Верховного Суда Российской Федерации относительно квалификации служебного подлога // Криминалист. 2015. № 2 (17). С. 8-12.
11. Щепельков В.Ф., Суслина Е.В. Официальный документ как предмет подделки // Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. 2017. № 4 (50). С. 18-21.

ФАКТОРЫ ОТНОШЕНИЯ РОССИЯН К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕДИЦИНСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ¹

С. Д. Савин, А. Н. Смирнова*

Доцент СПбГУ, кандидат социологических наук,
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация.

*Доцент СПбГУ, кандидат социологических наук,
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Аннотация. В статье рассматриваются социальные детерминанты здоровья в аспекте отношения населения к профилактическим медицинским мероприятиям. На основе данных социологических исследований выделяются социальные факторы, влияющие на установки участия людей в вакцинации, профессиональных медицинских осмотрах и диспансеризации. Среди субъективных факторов выделяются недоверие к врачам и институту здравоохранения, личный негативный опыт прохождения медицинских процедур. Особое внимание уделяется и таким объективным факторам как плохое информирование о мерах профилактики здоровья, бюрократизм и незаконные практики в первичной системе здравоохранения, недостаточность правовых гарантий соблюдения законных интересов человека при его участии в программах медицинской профилактики здоровья.

Ключевые слова: отношение к здоровью, социология здоровья, профилактические медицинские осмотры, вакцинация, диспансеризация

Annotation. The article examines the social determinants of health in relation to population's attitudes to preventive medical measures. Based on the results of sociological research, the social factors that affect the people's involvement in vaccinations and preventive medical examinations, are identified. Distrust of medical staff and the institution of health care, along with personal negative experiences of medical procedures are also considered as subjective factors. Particular focus is put on objective factors such as lack of information about health prevention measures, bureaucracy, illegal practices and lack of legal guarantees in the primary health care system.

Keywords: health attitudes, sociology of health, preventive medical examination, vaccination

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-011-00193\20 / Acknowledgments: The reported study was funded by RFBR, project number 20-011-00193\20.

Здоровье нации – один из официально заявленных приоритетов развития российского общества. Между тем по показателям, характеризующим уровни здоровья, заболеваемости, смертности, а также продолжительности жизни Россию все еще трудно назвать благополучной страной. Вызывает беспокойство высокая смертность россиян, в первую очередь, это касается мужчин трудоспособного возраста – уровень смертности среди них на протяжении последних десяти лет почти в 3,5 раза выше чем среди женщин (в 2018 году 729,3 тыс. и 211 тыс. соответственно)². На фоне значительного сокращения числа заболеваний активными формами туберкулеза и вирусными гепатитами, по всем остальным группам заболеваний цифры растут: уже официально озвучено об эпидемии ВИЧ/СПИДа в РФ с превышением 1 млн ВИЧ-инфицированных, количество диагностируемых злокачественных новообразований повышается с каждым годом. Очевидно, это связано в том числе и с совершенствованием диагностических процедур, но все же ситуация продолжает оставаться угрожающей.

Несмотря на положительную динамику показателей по отдельным направлениям здравоохранения, таким как внедрение высокотехнологичной помощи, телемедицины, определенный прогресс в лекарственном обеспечении³, общая картина оценок здоровья россиян остается негативной. С этим фактом связаны действия властей по развитию системы мер профилактических медицинских мероприятий на государственном уровне, включая вакцинацию населения, профилактические медицинские осмотры в различных сферах трудовой занятости, диспансеризацию.

Дополнительную актуальность этому вопросу придала пандемия коронавируса COVID-19, выявившая ограниченные возможности работы медицинских учреждений в период чрезвычайных ситуаций и усилившая дискуссию о необходимости обязательной вакцинации населения от инфекционных болезней. Повысился интерес простых граждан к вопросам безопасности здоровья и мерам профилактики заболеваний. Актуальность состоит также в том, что все больше внимания уделяется правовой защищенности пациентов, их правовой грамотности.

² *Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб. М.: Росстат, 2019.*

³ *Назаров, В.С., Авксентьев, Н.А., Сисигина, Н.Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019.*

сти в вопросах защиты собственного здоровья. С этим связана необходимость того, чтобы меры профилактики и соответствующие ограничительные меры основывались на четкой правовой регламентации, не оставляющей возможностей нарушения прав человека под предлогом исполнения мер государственной политики.

Законодательство РФ устанавливает, что одним из важнейших принципов охраны здоровья граждан является приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан⁴. Следуя мировым трендам, в России продвигается новый тип организации системы здравоохранения – медицины, включающей «4П» измерения: она должна быть предсказательной/предиктивной (англ. predictive), профилактической/превентивной (англ. preventive), персонализированной (англ. personalized), партнерской/партисипативной (англ. participatory)⁵. Важно, чтобы в центре действия этого подхода находился сам человек с его интересами и потребностями в более широком социальном пространстве качества жизни, включая и медицинские услуги. Борьба за здоровый образ жизни – это не только борьба с вредными привычками, но целый комплекс условий, включающий социальные, экологические, образовательные и др. Среди общих детерминант здоровья исследователи выделяют четыре наиболее значимых фактора: человеческая биология, образ жизни, окружающая среда и организация здравоохранения⁶.

В данной статье мы поставили задачу выявления и описания факторов, влияющих на отношение россиян к профилактическим медицинским мероприятиям. Приведенные результаты исследования⁷ будут способствовать пониманию действенности предложенных Правительством РФ мер профилактики охраны здоровья и поиску путей по-

⁴ *Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.*

⁵ Герасименко Н.Ф. 4П-медицина “новое направление развития здравоохранения” / *Федеральный справочник. Здравоохранение России. Т. 13. М., 2012. С. 93–96.* (

⁶ Нилов, В.М. *Социология здоровья: проблемы статуса и регионального развития* // *Ученые записки Петрозаводского государственного университета. 2008. №1. С.71*

⁷ *Исследования проведены с использованием оборудования ресурсного центра Научного парка СПбГУ «Социологические и интернет исследования» / Scientific research were performed at the Research park of St. Petersburg State University «Center for Sociological and Internet Research».*

вышения их эффективности. Следует помнить, что осознанное и добровольное участие населения в мероприятиях профилактики заболеваний напрямую связано с установками на здоровый образ жизни и с общим уровнем доверия к системе государственного здравоохранения.

Применяемый в нашем исследовании социологический подход дает возможность шире взглянуть на проблемы современной профилактической медицины в России, включая и социально-правовые аспекты ее развития. При этом главным объектом социологического анализа выступает общественное здоровье, а предметом отношение людей к профилактическим мерам по его сохранению. Социология здоровья изучает не только факторы среды, влияющие на состояние общественного здоровья, но и его социокультурную обусловленность, ценности и нормы, которые способствуют или не способствуют ведению здорового образа жизни, заботе человека о своем здоровье. Таким образом, предмет нашего исследования в равной степени связан с двумя областями: социологии здоровья и социологии медицины. С одной стороны, анализируются задачи продвижения здорового образа жизни, включающего и осознанное вовлечение все большего количества людей в систему профилактических медицинских мероприятий. С другой стороны, изучаются общественные представления о медицине и сами социальные установки готовности участия в профилактических медицинских осмотрах, вакцинации и других официальных медицинских мероприятиях. Естественно, две указанных предметных области тесно взаимосвязаны, в том числе в конкретных эмпирических исследованиях отношения к здоровью. В системе профилактической медицины отношение к здоровью обусловлено стремлением человека к сохранению здоровья, мерам по предупреждению или раннему выявлению заболеваний.

Здоровье – один из показателей качества жизни населения, включает в себя и самооценку здоровья населением, что представляет социологический показатель. Социологические методы оценки здоровья населения позволяют, в отличие от обычной медицинской статистики, выявить более широкий массив заболеваемости, поскольку не всегда люди обращаются за профессиональной медицинской помощью⁸. Зачастую люди занимаются самолечением или вовсе игнорируют болезнь.

⁸ Новоселова Е.Н. *К вопросу о роли социологии в изучении и сохранении здоровья населения России // Вестник Московского университета. Сер. 18. Социология и политология. 2017. № 3. С.30.*

Некоторые обращаются к нетрадиционной или народной медицине. Так, по данным нашего исследования⁹ не посещают врачей совсем 13%

Таблица 1
Практики лечения россиян
Ответы на вопрос: «Как Вы обычно лечитесь, если заболете?»

Ответы на вопрос: «Как Вы обычно лечитесь, если заболете?»	ВСЕГО	мужской	женский	18-25 года	26-35 года	36-45 года	46-55 года	56-65 года	66 лет и старше
Обращаюсь к врачу в государственную поликлинику	59,0	53,3	63,6	55,3	55,0	54,6	57,4	66,7	67,9
Обращаюсь к врачу в платный медицинский центр	23,6	19,8	26,6	26,3	26,1	28,9	22,8	16,2	19,4
Никуда не обращаюсь, лечусь сам(а)	38,7	38,3	39,0	39,6	41,0	38,8	41,7	35,9	33,3
Обращаюсь к целителям (нетрадиционные методы лечения)	2,2	2,7	1,8	0,8	2,2	2,9	2,5	0,9	4,0
Ничего не предпринимаю (само пройдет)	5,5	7,8	3,7	4,7	5,6	6,2	7,4	6,0	2,4
Другое	4,5	6,1	3,2	2,7	4,3	5,9	5,6	4,7	3,6
Затрудняюсь ответить	0,7	1,2	0,2	0,8	1,2	0,4	0,3	0,4	0,8

Источник: Всероссийский телефонный опрос Центра социологических и интернет-исследований (май 2020, N=1600)

⁹ Исследование в форме телефонного опроса жителей России по квотной выборке проведено Центром социологических и интернет-исследований СПбГУ в мае 2020 г. (N=1600)

взрослого населения, а 15% опрошенных посещают менее одного раза в год. То есть как минимум четверть взрослого населения России пренебрегает медицинскими обследованиями, причем большая часть – это люди возрастной категории 36-55 лет, для которых профилактические медицинские осмотры должны иметь приоритетное значение. Еще больше количество тех, кто в случае болезни занимается самолечением в типичных ситуациях простудных заболеваний, – более трети населения.

Схожие, но еще более тревожащие, тенденции были выявлены в рамках Комплексного наблюдения условий жизни населения в 2018 году: 34,5% взрослого населения имели случаи необращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи. Среди причин были отмечены: самостоятельное лечение – 51%, неудовлетворенность работой медицинских организаций – 30,2%, отсутствие времени – 23,8%, 21,7% не обращались за медицинской помощью, потому что не рассчитывали на эффективное лечение¹⁰.

Таким образом, одной из основных причин, с которой исследователи связывают редкое обращение к врачам и игнорирование официальных медицинских профилактических мероприятий выступает недоверие к самому институту медицины в современном обществе. В условиях кризиса системы здравоохранения в России происходит и снижение ценности экспертного медицинского знания у населения, растет недоверие к врачам. Так, по данным опросов Фонда Общественное мнение (ФОМ) в 2019 году, 41% опрошенных высказались, что большинство российских врачей обладают низким уровнем квалификации, только 38% придерживаются противоположного мнения. При этом показательно, что негативные оценки в уровне квалификации медицинских специалистов только усилились в период пандемии коронавируса. Данные опроса ФОМ июня 2020 г. показывают, что отношение к врачам ухудшилось в большей степени у тех, кто сам или чьи родственники обращались за медицинской помощью при подозрении на коронавирус (11% от всей выборки). Среди них отметили низкий уровень квалификации врачей 52% (против 42% по населению в целом), высокий – лишь 25% (против 36%)¹¹.

¹⁰ *Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб. М.: Росстат, 2019.*

¹¹ *О работе системы здравоохранения во время пандемии // <https://covid19.fom.ru/post/povliyala-li-pandemiya-na-mnenie-rossiyan-o-sisteme-zdravoohraneniya> – дата обращения 31.07.2020.*

Таким образом, мы видим, что во многом такие оценки связаны с личным опытом лечения и ситуацией врачебных ошибок. Но не только. Речь идет и о состоянии общественного сознания в целом. Кризис доверия к медицине в некоторой степени был вызван также рядом исследований в области социологии здоровья, которые критиковали систему медицины за бюрократизм, коррупцию, неэффективность в расходах бюджетных средств, отсутствии реальной заинтересованности в росте показателей здоровья у населения (Р. Дюбо, Т. МакКеон, А. Иллич, Е. Фридсон и др.)¹². Некоторые авторы ушли в крайность, отрицая роль медицины в сохранении здоровья населения, а объясняя его факторами окружающей среды и социальными условиями жизни человека, прежде всего, социокультурными и социально-экономическими. Подобные взгляды на медицину нашли отражение в информационном пространстве современного общества, в т.ч. в появлении большого количества Интернет-ресурсов, критикующих традиционную медицину и предлагающих альтернативные методы сохранения здоровья¹³.

В то же время важность профилактических медицинских мероприятий для сохранения высокого уровня общественного здоровья давно подтверждена практикой на международном уровне и результатами сравнительных межстрановых исследований Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Например, результаты борьбы с инфекционными заболеваниями посредством вакцинации населения позволили существенно улучшить эпидемиологическую ситуацию с опасными заболеваниями (например, полная ликвидация оспы) не только в развитых, но и в развивающихся странах. Существуют проработанные рекомендации ВОЗ по вакцинам и иммунизации от болезней, имеющих международное воздействие на общественное здравоохранение¹⁴. Предупреждение и профилактика заболеваемости, мероприятия по укреплению общественного здоровья на сегодняшний день являются

¹² Нилов В.М. *Социология здоровья: проблемы статуса и регионального развития* // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. 2008. №1. С.70-71.

¹³ См. например: «Разоблачения врачей и их руководителей» <https://vk.com/razoblacheniyavрачи>; «Народная медицина и нетрадиционная медицина» <https://vk.com/narodmedecine> и др.

¹⁴ Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения // https://www.who.int/immunization/position_papers/ru/ “дата обращения 10.08.2020.

неотъемлемой политикой в области здравоохранения не только государств, но и общественных организаций, в том числе международных.

Не только в международной политике здравоохранения, но и в научных подходах наблюдается сдвиг в сторону профилактики здоровья. Так Е.Н. Новоселова говорит о развитии «здоровьесцентрической модели» в социологии (в отличие от «болезнecентрической»), которая изучает в большей степени не болезни, а профилактику заболеваний, вопросы укрепления здоровья населения.

Следует также отметить, что развитие профилактической медицины решает проблему равного доступа к ресурсам здоровья для населения: профилактические мероприятия дают возможность человеку получить достаточно полную и своевременную диагностическую картину состояния своего здоровья; по большей части в нашей стране данные процедуры носят бесплатный характер. Но при этом данные официальных отчетов и результаты социологических исследований выявляют ряд проблемных областей и вызовов для развития данного направления, таких как недостаток квалифицированных врачей, отсутствие процедур соответствующих медицинским рискам пациентов, крайне низкая мотивация населения прохождения данных процедур и недостаток реальных мероприятий по стимулированию участия людей в профилактике собственных заболеваний.

Как видим, отношение к профилактической медицине в обществе носит двойственный характер. Для более полной картины обратимся к результатам нашего социологического исследования, посвященного отношению россиян к профилактическим медицинским мероприятиям. Отметим, что в проведенном исследовании выявляемые показатели соответствовали структурным компонентам отношения человека к здоровью: самооценки здоровья, медицинской информированностью, нормами и ценностями здоровья, установками на поведение по сохранению своего здоровья. На отношение людей к профилактическим мероприятиям также влияют социальные факторы, такие как социально-экономическое положение, регион проживания, качество и доступность медицинских услуг. Кроме того, можно выделить некоторую специфику отношения в зависимости от пола, возраста и состояния здоровья.

Начнем с показателей оценок здоровья. Картина самооценок состояния здоровья российским населением выглядит умеренно оптимистической. 53,9% опрошенных считают свое здоровье хорошим и очень хорошим, 38,3% назвали его средним (ни хорошим, ни плохим), 6,7%

оценили как плохое и очень плохое. Разумеется, самооценка не всегда соответствует реальному состоянию, а иногда лишь восприятию. Но в целом можно выделить несколько социальных закономерностей. Так мы видим, что традиционно мужчины чаще оценивают свое здоровье лучше, чем женщины, молодые лучше, чем люди старших возрастных групп. А также, связь между уровнем доходов и оценками здоровья, что состоятельные люди чаще видят себя и здоровыми. Интересно, что не было выявлено статистически значимых связей между оценками здоровья и уровнем образования респондента. В то же время выяснилось, что в тех группах, которые реже посещают врачей, занимаются самолечением, игнорируют болезни или обращаются к помощи нетрадиционной медицины вера в собственное здоровье, выше, чем у тех, кто диагностирует его в медицинских учреждениях на регулярной основе.

Как показывают результаты исследования, большинство опрошенных в заботе о своем здоровье движимы внутренними мотивами, такими как *«желание дольше жить, быть физически сильнее, привлекательнее»* (60,3%), «лечебный» характер заботы о своем здоровье, когда только его ухудшение заставляет о нем заботиться, свойственен четверти опрошенных. В меньшей степени люди ориентируются на внешние стимулы – справочную медицинскую информацию и пропаганду здорового образа жизни (16,2%), еще меньше прислушиваются к близким или ориентируются на примеры окружающих людей (11,6%). Но при этом треть всех опрошенных (32,4%) среди причин положительного отношения к вакцинации указали доверие к врачам и официальным рекомендациям Минздрава.

Остановимся подробнее на отношении россиян к профилактическим медицинским мероприятиям. Одной из самых обсуждаемых тем в последнее время стала массовая вакцинация. И прежде острая проблема усилилась в связи с пандемией коронавируса COVID-19. Тяжелые последствия от пандемии сказались практически на всех сферах общества, непосредственно отразились на состоянии общественного здоровья. Выбор мирового сообщества между попустительством в ожидании выработки у населения коллективного иммунитета и разработкой новых вакцин борьбы с инфекцией однозначно сложился в сторону последнего. Но насколько безопасны применяемые вакцины от инфекционных заболеваний и в какой степени можно пренебречь требованиями безопасности при ускоренном вводе в действие новых вакцин в ус-

ловиях пандемии и угрозы чрезвычайной ситуации? Насколько население готово массово прививаться от коронавируса? В частности, в период пандемии был принят Федеральный закон № 61 «Об обращении лекарственных средств», в котором введены нормы о том, что в условиях чрезвычайной ситуации клинические испытания и регистрация лекарственных препаратов и вакцин могут проводиться по упрощенной форме¹⁵. Но в то же время для такого технологически сложного продукта как вакцина сложилась мировая практика, порядок проверки на безопасность и эффективность при допуске к применению, включающий ряд этапов клинических испытаний определенной длительности.

Данные социологических исследований подтверждают некоторые опасения россиян по вопросу вакцинации в целом и от COVID-19 в частности. Так по данным опроса ВЦИОМ¹⁶, проведенного в мае 2020 г. большинство опрошенных россиян (59%) готовы были бы сделать себе или членам своей семьи прививку от коронавируса. Но полную уверенность в этом выразили только 26% опрошенных, в то время как для остальных имеет значение доказанная эффективность и безопасность вакцины. В связи с чем абсолютное большинство (70%) выступило за добровольность такой вакцинации. Категорическими противниками собственной вакцинации от COVID-19 выступили 17% опрошенных россиян.

В другом мониторинговом исследовании Фондом общественного мнения (ФОМ), посвященном проблеме вакцинации от COVID-19 цифры противников вакцинации еще выше¹⁷. Только немногим более половины россиян (54%), согласно опросу, верят, что массовая вакцинация может остановить дальнейшее распространение коронавируса, в то время как почти каждый третий (29%) настроен по этому вопросу скептически. При этом в случае появления качественной вакцины 50% опрошенных готовы сделать прививку, а 44% все равно отказались бы. Аргументы в пользу отказа связаны с недоверием к вакцине, которая создается в спешке (10%), наличием дополнительных хронических за-

¹⁵ *Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «Об обращении лекарственных средств».*

¹⁶ *Вакцинация против COVID-2019: перспективы и ожидания // <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10284> “дата обращения 22.08.2020.*

¹⁷ *Представление россиян о вакцине от COVID-19 // <https://covid19.fom.ru/post/predstavlenie-rossiyan-o-vaccine-ot-covid-19> “дата обращения 22.08.2020.*

болеваний (3%), бесполезностью борьбы с постоянно мутирующими вирусами (3%), боязнью за собственные иммунные возможности организма (2%), с тем, что не видят смысла, так как уже переболели коронавирусом (1%), 9% вообще не верят в существование коронавируса, а 8% противники любой вакцинации вне зависимости от типа инфекции. В аналитических материалах ФОМ подчеркивается, что в большей степени они представлены в возрастной группе людей среднего возраста 36-45 лет, поскольку их социализация проходила в период наиболее распространенных информационных взбросов о вреде прививок в 1990-е годы в ситуации общего кризиса системы здравоохранения в нашей стране.

А теперь давайте рассмотрим отношение населения к вакцинации безотносительно к ситуации с пандемией COVID-19. Наше социологическое исследование было проведено весной 2020 года, в период, когда угроза новой вирусной инфекции еще только начала осознаваться, а общественное мнение по этому вопросу не было сформировано. При этом мы видим достаточно устойчивое отношение к вакцинации, в котором в разной степени положительное отношение к прививкам демонстрируют около 70% россиян, а количество противников вакцинирования колеблется от конкретной ситуации и вида вакцинации, но в целом представляет собой около четверти населения (см. табл. 2).

По данным распределения возрастных особенностей восприятия наблюдается описанная выше связь отношения к вакцинации со средним возрастом (36-45 лет) – наиболее негативное отношение. Отметим дополнительно, что в этой возрастной группе реже говорится о доверии к рекомендациям врачей, чаще о наличии негативного опыта в вакцинации детей.

Если мы говорим о конкретных позитивных и негативных факторах, влияющих на отношение людей к вакцинации по их самооценкам, то здесь выделяются несколько таких субъективных факторов. Прежде всего, это информирование. К претензиям, что врачи недостаточно информируют о пользе и возможных рисках вакцин (27,8%) можно добавить сомнения людей о соотношении пользы и вреда (рисков) от вакцинации (22,8%) и опасения конкретных вакцин, которым не доверяют (более 8%). Хотя как выяснилось в ходе других социологических исследований население больше доверяет российским вакцинам, нежели зарубежным. Далее можно отметить фактор личного опыта, как позитивного, так и негативного. Причем по результатам нашего иссле-

Таблица 2
Отношение к вакцинации населения России

Ответы на вопрос: «Как Вы относитесь к вакцинации?»	ВСЕГО	18-25 года	26-35 года	36-45 года	46-55 года	56-65 года	66 лет и старше
Положительно	46,7	47,8	42,5	36,6	43,5	53,0	60,3
Зависит от прививки: к одним ? положительно, к другим – негативно	25,4	35,3	31,1	31,9	25,3	14,5	11,1
Негативно	22,1	13,3	22,0	27,1	25,0	25,2	19,0
Затрудняюсь ответить	5,8	3,5	4,3	4,4	6,2	7,3	9,5

Источник: Всероссийский телефонный опрос Центра социологических и интернет-исследований (май 2020, N=1600)

дования негативный личный опыт у противников вакцинации (15,3%) упоминался чаще, чем позитивный у сторонников (13,6%). Но здесь можно сказать, что негативный опыт в практике людей более заметен, наносит психологическую травму (травму памяти). И тем не менее указанный процент случаев личного опыта от вакцинации высокий, с учетом того, что в целом 38,3% опрошенных сталкивались наступлением некоторых негативных последствий на практике у себя или своих близких, вплоть до 20 летальных случаев (на 1600 опрошенных). Для оценок надежности и безопасности вакцинации в России – эти цифры выглядят тревожно.

Еще один фактор отношения к вакцинации, как и к медицинским осмотрам - это дефицит времени у работающего населения. Точнее сказать, отсутствие приоритета на поиск времени для общих медицинских мероприятий. Так, по данным опроса 11,6% респондентов сослались на то, что вакцинация – это пустая трата времени. При этом значимой разницы в ответах по социально-демографическим показателям опрашиваемых выявлено не было. Этот фактор может являться свидетельством как общего отношения к своему здоровью, так и рассматриваемой нами проблеме недоверия к институту медицины.

Другой проблемный вопрос в реализации системы профилактических мероприятий – это включенность населения в профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию. В соответствии с целевыми показателями Национального проекта «Здравоохранение» к 2024 году

охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год должен составить 70% всех граждан. Эксперты отмечают спорность возможности обеспечить такой охват и выделяют ряд проблем как в части определения состава профилактических мероприятий (наличие малоэффективных процедур, несоответствие состава обследования фактическому профилю медицинского риска пациента), так и в части организации проведения диспансеризации взрослого населения страны (недостаток квалификации и перегрузка врачей первичного звена, исключающие реальные возможности ранней диагностики)¹⁸. Уже накопленный опыт, а с 2013 года диспансеризация включена в систему обязательного медицинского страхования, свидетельствует о трудностях выполнения даже текущего уровня охвата (39,7%), а в условиях пандемии его достижение представляется еще менее возможным. Так, проведенный ВЦИОМ в июне 2020 года опрос показал, что в этом году диспансеризацию прошли только 16% населения. По данным этого опроса, 44% россиян проходили диспансеризацию в течение последних трех лет, а 21% – не делали этого никогда¹⁹.

Врачебное сообщество, на которое возложена ответственность за достижение показателей охвата профилактическими осмотрами, предлагает разделить ее с работодателями. Так, в числе мероприятий, направленных на повышение вовлеченности населения в прохождении профилактических медицинских осмотров в 2020 году, внесение изменений в Трудовой Кодекс о предоставлении оплачиваемого выходного дня для прохождения диспансеризации – работникам после 40 лет ежегодно, предпенсионного возраста дважды в год, остальные работники могут воспользоваться этой возможностью один раз в три года. Но основной проблемой все же остается отсутствие желания у граждан к прохождению профилактических осмотров, а конкретных мер на развитее соответствующей мотивации пока не предлагается.

Эту тенденцию демонстрируют и результаты нашего исследования: роль работодателя достаточно существенна – 47,3% опрошенных в возрасте от 18 до 55 лет в последние два года проходили профилактические медицинские осмотры по направлению работодателя или для по-

¹⁸ Назаров, В.С., Авксентьев, Н.А., Сисигина, Н.Н. *Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии* М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019.

¹⁹ *Здоровье – высшая ценность* // <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10321> – дата обращения 24.08.2020.

ступления на работу (39,2% в целом по выборке). Кроме этого, у населения отсутствует четкое понимание о разнообразных мероприятиях в рамках профилактической медицины – этапах диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. 64,6% опрошенных отметили, что было бы удобнее *«оставить только один общий для всех работающих граждан медицинский осмотр – диспансеризацию, которая проводится бесплатно»*.

Среди тех, кто проходил профилактические мероприятия большинство (65,8%), остались удовлетворены (полностью или частично) их орга-

*Таблица 3
Проблемы при прохождении
профилактических медицинских осмотров*

	ВСЕГО	мужской	женский	18-25 года	26-35 года	36-45 года	46-55 года	56-65 года	66 лет и старше
Принудительность медосмотра	3,5	4,1	3,1	4,2	5,5	4,1	2,5	3,4	1,0
Осмотр проводился формально	48,4	44,6	50,9	41,7	49,7	50,4	55,8	39,8	48,5
Были большие очереди	34,5	36,4	33,3	47,9	41,4	32,5	31,3	24,6	31,3
Не было нужных мне врачей, обследований	23,4	18,0	26,9	26,0	20,7	25,2	23,3	28,0	17,2
Низкая культура медицинского обслуживания	9,7	10,5	9,1	11,5	17,2	8,9	4,9	5,9	10,1
Заняло очень много времени	17,3	18,7	16,4	25,0	17,2	17,1	17,2	13,6	15,2
Низкий профессионализм врачей	18,0	18,4	17,8	17,7	25,5	16,3	18,4	14,4	13,1
Качество не соответствует затратам	9,4	7,8	10,4	9,4	7,6	10,6	13,5	5,9	8,1

Источник: Всероссийский телефонный опрос Центра социологических и интернет-исследований (май 2020, N=1600)

низацией и качеством. 79,6% обращались в государственные учреждения, 63% проходили их бесплатно. Но при этом было отмечено и большое количество претензий к прохождению осмотров (см. табл. 3), основные из них: формальность осмотра – 48,4%, большие очереди – 34,5%, низкая культура медицинского обслуживания и низкий профессионализм врачей – 27,7%, нехватка нужных врачей и обследований – 23,4%. То, что на осмотры ушло слишком много времени не понравилось 17,3%.

И все же большинство респондентов (85%) относятся к профилактическим медицинским опросам и диспансеризации положительно. Существенных различий по полу и возрасту в отношении к профилактическим мероприятиям выявлено не было – примерное одинаковое мужчин и женщин оценивают данные мероприятия положительно (83,9% и 85,9% соответственно); может быть увидеть незначительное возрастание числа негативных оценок с возрастом – 3,3% отрицательных оценок в возрастных группах до 35 лет до 6,1% у людей старше 55 лет, что может быть обусловлено накоплением негативного опыта и более высокой потребностью и ожиданиями в предоставлении медицинских услуг.

Среди факторов, обуславливающих отношение граждан к профилактической медицине, отдельно можно выделить социально-правовые. Они, как мы уже отмечали, влияют на общий уровень доверия к системе здравоохранения, на установки людей по участию в медицинских профилактических мероприятиях. Ряд исследователей отмечают низкую правовую грамотность населения в сфере получения медицинских услуг. Так, результаты масштабного исследования НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования демонстрируют, что уровень самооценки информированности о правах застрахованных в системе обязательного медицинского страхования нельзя назвать удовлетворительным – только 41,2% уверены, что они знают свои права, каждый второй не уверен в своих знаниях, а каждый десятый своих прав не знает. Так, практически каждый второй респондент не знал, что имеет право на получение восстановительной помощи и реабилитации, почти 40% не осведомлены о возможности получить бесплатное лечение за пределами региона, а треть участников опроса не знала о праве на выбор лечащего врача²⁰.

²⁰ Решетников А.В., Стадченко Н.Н., Соболев К.Э. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Социология медицины. 2015. №1. С.24.

В рамках нашего исследования мы также рассмотрели ряд проблем, имеющих правовую обусловленность. Это и проблема низкой компенсации рисков в случае нанесения вреда здоровью при процедурах медицинского осмотра и вакцинации. Проблема соблюдения необходимых требований при проведении медицинских процедур с обязательной информированностью о них пациента со стороны врача. Проблема обеспечения равного и качественного доступа к услугам обязательного медицинского страхования, в том числе в сфере первичной медицины с системой ранней диагностики заболеваний. Проблема соблюдения прав пациента на конфиденциальность личных данных и состоянии своего здоровья, а также на отсутствие принуждения к участию в профилактических медицинских мероприятиях.

Отдельной в правовом поле для российского общества в целом является проблема коррупции и неэффективности деятельности государственных учреждений. В опросе мнения о коррумпированности сферы профилактической медицины разошлись: практически равное количество респондентов считают, что она коррумпирована – 36,7% и 35,7% не коррумпирована. Однако, если мы возьмем общие представления россиян об уровне коррумпированности различных сфер российского общества, то сфера здравоохранения будет твердо входить в тройку наиболее коррупциогенных наряду с органами власти и правопорядка. В связи с этим, на негативное отношение к медицинским профилактическим мероприятиям может влиять в том числе и личный опыт использования таких практик как дополнительная оплата процедур при прохождении медицинских осмотров (18,3%), покупка медицинских справок (7,1%) и др. Создание правовых гарантий, отвечающих интересам человека одна из важнейших задач развития профилактической медицины в России.

Итак, по данным исследований можно выделить ряд факторов, которые определяют отношение людей к собственному здоровью и их включенность в мероприятия по его поддержанию и сохранению. Эти факторы могут быть представлены в трех группах: биологические или индивидуальные факторы (пол, возраст, состояние здоровья), психологические или личностные факторы (самооценка здоровья, ценность здоровья, информированность о рисках и способах поддержания здоровья, установки на ведение того или иного образа жизни и др.), социальные факторы (социально-экономического положение, доступность

и качество медицинских услуг и др.). Результаты нашего исследования демонстрируют влияние этих факторов на отношение к профилактическим мероприятиям.

В целом, исследование продемонстрировало наличие противоречивой связи между когнитивной составляющей отношения к здоровью и поведенческим аспектом, когда индивид может иметь определенные представления о том, что необходимо предпринимать с целью сохранения и поддержания здоровья, но эти представления не приводят к выбору позитивного типа поведения, направленного на сохранение здоровья. Так, 85% опрошенных относятся положительно к прохождению профилактических медицинских опросов, 46,7% « к вакцинации, отмечая, что это эффективная профилактика болезней, но при этом, как было обозначено выше, реальное включение в профилактические мероприятия людьми трудоспособного возраста невысоко « в среднем, в возрастных группах 18”55 лет, 19,2% делали прививки в прошлом осеннем сезоне и 26,8% проходили профилактические осмотры по собственной инициативе.

Основной критикой в адрес профилактических мероприятий выступает качество предоставляемого обслуживания: более половины респондентов отмечают формальное и неуважительное отношение, а практически половина имеет негативный опыт прохождения или знает о нем от своих близких. Недостаточность информации о процедурах была отмечена третью респондентов.

Исследование еще раз подтвердило важность изучения социальных детерминант здоровья, к которым относятся как объективные характеристики жизни людей и состояние здравоохранения, так и конкретные факторы, обуславливающие отношение различных социальных групп к своему здоровью и предлагаемым мерам по его сохранению. Без использования методов социологической диагностики, проведения мониторинга действия программы мероприятий по профилактике здоровья населения России государственные цели по созданию «здоровой нации» вряд ли будут достижимы в ближайшей перспективе.

Список использованной литературы

1. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «Об обращении лекарственных средств».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» .

3. Герасименко Н.Ф. 4П-медицина “ новое направление развития здравоохранения / Федеральный справочник. Здравоохранение России. Т. 13. М., 2012. С. 93–96. (

4. Дмитриева Е. В., Фролов С. А. Социология здоровья: от теории к практике (на примере реализации коммуникативной программы «СМСмаме») // Социологические исследования. 2020. Том 46. № 7. С. 118-127.

5. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб. М.: Росстат, 2019.

6. Киселева Л.С. Социальные детерминанты здоровья россиян // Регионология. 2016. № 1. С. 133-142.

7. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении: от профилактики медицинской к профилактике социальной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 240 с.

8. Назаров, В.С., Авксентьев, Н.А., Сисигина, Н.Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019.100 с

9. Нилов В.М. Социология здоровья: проблемы статуса и регионального развития // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. 2008. №1. С.70-76.

10. Новоселова Е.Н. К вопросу о роли социологии в изучении и сохранении здоровья населения России // Вестник Московского университета. Сер. 18. Социология и политология. 2017. № 3. С.30"57.

11. Решетников А.В., Стадченко Н.Н., Соболев К.Э. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Социология медицины. 2015. №1. С.19-25.

12. «Вакцинация против COVID-2019: перспективы и ожидания» [Электронный ресурс] <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10284>

13. «Здоровье – высшая ценность» [Электронный ресурс] <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10321>

14. «Народная медицина и нетрадиционная медицина» [Электронный ресурс] <https://vk.com/narodmedecine>

15. «О работе системы здравоохранения во время пандемии» [Электронный ресурс] <https://covid19.fom.ru/post/povliyala-li-pandemiya-namnenie-rossiyan-o-sisteme-zdravoohraneniya>

16. «Представление россиян о вакцине от COVID-19» [Электронный ресурс] <https://covid19.fom.ru/post/predstavlenie-rossiyan-o-vaccine-ot-covid-19>

17. «Разоблачения врачей и их руководителей» [Электронный ресурс] <https://vk.com/razoblacheniyavrachei>

18. Официальный сайт Всемирной Организации Здравоохранения https://www.who.int/immunization/position_papers/ru/

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ ОБОСНОВАННОСТИ И КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВОЙ ОПРАВДАННОСТИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ¹

В. Ф. Щепельков, С. М. Оленников*

Профессор СПбГУ, доктор юридических наук,
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

*Доцент СПбГУ, кандидат юридических наук,
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Аннотация. В статье рассматриваются социальные и юридические вопросы проведения профилактических медицинских осмотров в Российской Федерации. Исследуются положения нормативно-правовых актов, проектов нормативно-правовых актов о принуждении к медицинским осмотрам, на предмет их социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности. Дается анализ результатов Всероссийского социологического опроса, проведенного в мае 2020 года², об отношении населения к профилактическим медицинским осмотрам, а также отзывов на проекты приказов Минздрава РФ, посвященных профилактическим медицинским осмотрам.

Авторы приходят к выводам об отсутствии социальной обоснованности ряда положений нормативно-правовых актов о медицинских осмотрах населения в Российской Федерации, а также об отсутствии конституционно-правовой оправданности ряда положений подзаконных актов о принуждении к прохождению медицинских осмотров. По результатам исследования предлагается правовая модель регулирования прохождения медицинских профилактических осмотров определенными группами населения.

Ключевые слова: охрана здоровья, профилактическая медицина, медицинский осмотр, принуждение к медицинскому осмотру, медицина.

¹Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-011-00193\20 / Acknowledgments: The reported study was funded by RFBR, project number 20-011-00193\20.

²Исследования проведены с использованием оборудования ресурсного центра Научного парка СПбГУ «Социологические и интернет исследования» / Scientific research were performed at the Research park of St. Petersburg State University «Center for Sociological and Internet Research».

ON THE ISSUE OF SOCIAL VALIDITY AND CONSTITUTIONAL AND LEGAL JUSTIFICATION COMPULSORY MEDICAL EXAMINATIONS

Annotation. *The article deals with social and legal issues of preventive medical examinations in the Russian Federation. The provisions of normative legal acts and draft normative legal acts on the need for medical examinations are examined for their social validity and constitutional legal justification. The article analyzes the results of the all-Russian sociological survey conducted in May 2020 on the attitude of the population to preventive medical examinations, as well as reviews of draft orders of the Ministry of Health of the Russian Federation on preventive medical examinations.*

The authors come to conclusions about the lack of social validity of a number of provisions of normative legal acts on medical examinations of the population in the Russian Federation, as well as the lack of constitutional and legal justification of a number of provisions of bylaws on coercion to undergo medical examinations. Based on the results of the study, a legal model for regulating the passage of medical preventive examinations by certain groups of the population is proposed.

Keyword: *health protection, preventive medicine, medical examination, compulsory medical examination, medicalization.*

1. Введение. Проблема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения в последнее время часто обсуждается в средствах массовой информации, в сети интернет, на различных площадках. Это связано с реализацией государственной политики в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации, наличием нормотворческих инициатив Минздрава РФ, которые зачастую влекут неоднозначную реакцию со стороны населения, медицинского сообщества, юридической общественности. Профилактические медицинские осмотры, диспансеризация касаются каждого, а потому интересантами по этой теме являются все граждане. Анализ отзывов на проекты приказов Минздрава РФ о медицинских осмотрах и комментарии на отзывы представителей Минздрава РФ, которые разрабатывали эти проекты, исследование результатов всероссийского социологического опроса, опросов отдельных групп населения показывает, что по некоторым аспектам содержания медицинских осмотров, процедуры их проведения, правовых последствий отказа от медицинских осмотров имеет место серьезное противоречие между позициями различных интересантов (отдельных

групп населения, работодателей, официального здравоохранения, медицинских организаций и др.).

Один из основных обсуждаемых правовых вопросов – **проблема принуждения к профилактическому медицинскому осмотру**.

Для целей настоящей статьи под профилактическими медицинскими осмотрами будут пониматься медицинские осмотры (включая предварительные, периодические, предменструальные, предсменструальные, послесменструальные, послерейсовые)³, медицинские освидетельствования, а также диспансеризация⁴.

Понятие принудительности применительно к профилактическим медицинским осмотрам будем трактовать максимально широко, включая в него и использование зависимого положения человека, когда отказ от осмотра связан для него с негативными правовыми последствиями.

Согласно законодательству диспансеризация является добровольной и отказ от нее не порождает для гражданина негативных правовых последствий. Также не порождает негативных правовых последствий отказ от профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, хотя до недавнего времени Минздрав РФ увязывал такой отказ с определенными правовыми последствиями, когда возникали проблемы с допуском несовершеннолетнего в образовательные учреждения⁵.

³ *Предусмотрены статьей 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Костяк нормативно-правовых актов, регламентирующих проведение профилактических медицинских осмотров составляют: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. N 302н “Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда”; Приказ Минздрава России от 10.08.2017 N 514н “О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних”. Специальными нормативно-правовыми актами предусмотрены проведение медицинских осмотров отдельных категорий населения.*

⁴ *Порядок ее проведения регламентирован Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н “Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения”.*

⁵ *См.: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н “О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них”.*

Проведение медосмотра сопряжено с вторжением медицинского работника в личную сферу осматриваемого, с пересечением правовой границы личной неприкосновенности, которая охраняется Конституцией РФ. Медицинский осмотр представляется собой разновидность медицинского вмешательства и требует для его проведения информированного добровольного согласия (далее - ИДС) осматриваемого. Против воли человека он проводится не может. В то же время отказ от обязательного медосмотра сопряжен с определенными правоограничениями.

В соответствии со статьей 69 Трудового кодекса РФ (далее – ТК РФ) обязательному предварительному медицинскому осмотру при заключении трудового договора подлежат лица, не достигшие возраста восемнадцати лет, а также иные лица в случаях, предусмотренных ТК РФ и иными федеральными законами.

Согласно статье 213 ТК РФ работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, на работах связанных с движением транспорта, проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний. В соответствии с медицинскими рекомендациями указанные работники проходят внеочередные медицинские осмотры.

Работники организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, медицинских организаций и детских учреждений, а также некоторых других работодателей проходят медицинские осмотры в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний.

Федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации для отдельных категорий работников медицинскими осмотрами может предусматриваться проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов.

Работники, осуществляющие отдельные виды деятельности, в том числе связанной с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающие в условиях повышенной опасности, проходят обязательное психиатрическое освидетельствование не реже одного раза в пять лет в порядке, устанавливаемом уполномоченным Правитель-

ством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Работодатель обязан отстранить от работы (не допускать к работе) работника не прошедшего в установленном порядке обязательный медицинский осмотр, а также обязательное психиатрическое освидетельствование (ст. 76 ТК РФ). Если работник отказывается от прохождения обязательного медицинского осмотра, то его отстраняют от работы, повторный отказ может повлечь и увольнение работника (ст. 81 ТК РФ).

2. О социальной обоснованности принуждения к медицинским осмотрам. Профилактические медицинские осмотры населения обусловлены заботой о здоровье человека. Именно это обстоятельство в известной степени предопределяет их социальную обоснованность. В то же время медицинский осмотр создает для личности определенные «неудобства», нередко служащие причиной отказа от медосмотра.

Согласно результатам всероссийского социологического опроса населения в возрасте старше 18 лет (всего опрошено 1600 респондентов)⁶ 66,1% опрошенных положительно относятся к медосмотрам, 18,9 % – скорее положительно. Отрицательно и скорее отрицательно относятся к участию в профилактических медицинских осмотрах 10% респондентов. За последние 2 года свыше 80% опрошенных проходили различные медосмотры. При этом обязательный профилактический медосмотр по направлению работодателя /для поступления на работу прошли 39,2 % опрошенных, 33,5 % прошли диспансеризацию, 23,7 % респондентов проходили медосмотр по собственной инициативе. Полностью удовлетворены организацией и качеством медосмотра 43,4% респондентов, скорее удовлетворены - 22,4%, в одном случае удовлетворены, в другом нет - 16,4% опрошенных, скорее не удовлетворены - 9,3%, полностью не удовлетворены 7,1 % респондентов. Таким образом, в целом можно отметить положительное отношение большинства населения к прохождению медицинских осмотров.

В то же время изучение отзывов на проекты нормативно-правовых актов о медосмотрах, анализ обсуждения проблемы на интернет-площадках позволило выявить обстоятельства, которые вызывают недовольство или даже неприятие населения (применение инвазивных,

⁶ Проведен в мае 2020 года в рамках Гранта РФФИ с использованием оборудования ресурсного центра Научного парка СПбГУ «Социологические и интернет исследования».

причиняющих физическую боль и создающих риски для жизни и здоровья пациента методов осмотра, обнажение пациента, установка видеокамер наблюдения в кабинетах врача, формальность медосмотра, непрофессионализм врачей, узаконенное вымогательство денег, отсутствие выбора врача и медорганизации и др.), и задать соответствующие вопросы респондентам⁷.

2.1. Иногда в качестве обязательных в программы профилактических медицинских осмотров включаются инвазивные методы обследования пациента, создающие опасность причинения вреда здоровью или жизни. Так, согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н “Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда” работники, занятые на работах в особых географических регионах со значительным удалением мест проведения работ от медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь, должны в обязательном порядке на профилактических медосмотрах проходить ФГДС («глотать лампочку»). Эта процедура небезопасная. Например, 27 декабря 2018 года Московский районный суд Санкт-Петербурга признал врача эндоскописта Ш., проводившую ФГДС, виновной в неосторожном причинении смерти пациенту в силу ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей при проведении ФГДС (Постановление по Делу № 1-65/18).

⁷ Из-за ограниченного объема анкеты респондентам предлагалось ответить только по наиболее острым проблемам, порождающим недовольство медосмотрами. За рамками исследования остались такие проблемы как обеспечение приватности медосмотра, сохранение врачебной тайны (бывает, что информация с медосмотров против воли осматриваемого становится достоянием третьих лиц), выбор пациентом для медосмотра врача и организации, выбор методов обследования при медосмотре, определение критериев медицинских противопоказаний для допуска к выполнению конкретного вида работ, допустимость обязательного психиатрического освидетельствования несовершеннолетних и некоторые другие. План работы по гранту РФФИ «Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины» на 2021-2022 годы предполагает изучение и этих проблем.

Социологический опрос показал, что 15,8 % респондентов выступает против обязательного включения в профилактические медицинские осмотры вмешательств, сопряженных с риском для здоровья и жизни пациента, 15,6 % допускают включение в число обязательных таких видов медицинских вмешательств, большинство - 61,4 % считают, что такие вмешательства можно включать только на усмотрение самого осматриваемого, отказ от них не должен быть сопряжен с негативными последствиями для осматриваемого. Данные опроса показывают, что «квалифицированное большинство» против навязывания населению в обязательном порядке прохождения рискованных медицинских обследований. В то же время большинство за то, чтобы у пациента было право на такие исследования, но без санкций за отказ от них.

2.2. 22,5 % опрошенных (360 из 1600) в качестве претензии к медосмотру, который они проходили за последние два года, назвали его формальность. 26 % респондентов дали положительный ответ на вопрос о том, была ли в их жизни ситуация, когда по результатам прохождения медицинского осмотра не было выявлено заболевания, которое имело место и должно было быть выявлено, если бы врач сделал все как надо (среди работников здравоохранения 24 % ответили положительно на данный вопрос). Полученные данные свидетельствуют о том, что у значительной части населения есть основания сомневаться в результативности медосмотра и соответственно в обоснованности принуждения к медосмотру. Чтобы уменьшить процент недовольных необходимо улучшить качество медосмотра.

2.3. Возмущение общественности вызвал факт установки в кабинете УЗИ в женской консультации камеры видеонаблюдения. При этом женщины должным образом не уведомлялись о том, что их снимают и не давали информированного согласия на подобную съемку. Администрация, установившая камеры, объясняла это заботой о безопасности, а также необходимостью контроля качества медицинского обслуживания⁸. На вопрос о том, допустимо ли устанавливать камеры видеонаблюдения в кабинетах врача/ процедурных кабинетах 66,7 % опрошен-

⁸ В Калининграде разгорелся скандал из-за установки видеокамер в кабинетах гинекологов // <https://www.ntv.ru/news/2291083/> - дата обращения 31.05.2020. В последствие Следственный комитет РФ не усмотрел в установке видеокамер наличия состава преступления. См.: СК не нашел нарушений в установке видеокамер в женской консультации в Калининграде // <https://tass.ru/obschestvo/8852747> - дата обращения 11.06.2020.

ных ответили, что это недопустимо, поскольку нарушает права пациентов. 19,0 % опрошенных заявили о допустимости видеосъемки, поскольку это усилит ответственность врача (самый низкий процент допущения установления видеокamer в кабинетах врачей среди работников здравоохранения (12 %), военнослужащих (6,5 %), работников органов государственной власти (5,9 %)).

2.4. Изучение блогосферы и материалов интернет-форумов показало, что определенная часть населения высказывает недовольство ситуацией, когда под угрозой отстранения от работы и последующего увольнения работника принуждают пройти медицинский осмотр с обнажением закрытых частей тела человека (гинекологический, венерологический и т.п. осмотры). На вопрос о допустимости включения в обязательные медосмотры работников осмотров закрытых частей тела человека под угрозой увольнения в случае отказа от них положительно ответили 43,3 % респондентов, 5,5 % - ответили отрицательно, 44,9 % опрошенных считают, что отказ от таких осмотров не должен порождать негативные правовые последствия для работника, но вместе с тем право на такие осмотры у работников должно быть. Таким образом, 50,4% опрошенных высказались за то, чтобы отказ от медицинского осмотра интимных зон тела человека, не породил отстранения работника от работы и его увольнения⁹. Важно заметить, что подобные осмотры, как правило, направлены на заботу об осматриваемых, а не на обеспечение здоровья других лиц. А поскольку это так, то люди и хотят принимать решение о прохождении очень чувствительных осмотров сами, а не под принуждением. Когда такие осмотры направлены на установление инфекционных заболеваний, то, как правило, диагностика этих заболеваний возможна и без доступа к закрытым частям тела человека. Поэтому конфликта можно избежать, отказавшись от обязательности таких осмотров и применением методов обследования, не требующих от осматриваемого снятия нижнего белья.

2.5. Еще одно обстоятельство, которое вызывает нарекания у интересантов – это избыточность обязательных исследований на медосмот-

⁹ Следует обратить внимание, что ответы работников здравоохранения на данный вопрос существенно контрастируют с общим ответом. Среди них 64 % считают допустимым принуждать женщин под угрозой увольнения к гинекологическим осмотрам, 2 % считают такое положение недопустимым и 32 % полагают, что осмотр интимных частей тела человека должен проводиться на усмотрение работника без негативных для него правовых последствий.

ре. Медицинские организации, надо об этом прямо сказать, заинтересованы в увеличении платных услуг. И в связи с этим с их стороны поступают предложения и лоббируется максимальное увеличение программ платных медицинских осмотров. Ярким примером тому последний случай, связанный с попыткой Минздрава РФ включить в программу медицинского осмотра, который проходят кандидаты на получение или продление водительских прав, в обязательном порядке дорогостоящего химико-токсикологические исследования¹⁰. После острой реакции населения и Президента РФ Минздрав РФ «отыграл обратно»: сначала предусмотрел отсрочку вступления в силу соответствующего правила¹¹ и в настоящее время разместил на правительственном портале проект Приказа, отменяющего данное нововведение¹². Даже для непосвященного человека понятно, что введение данной нормы предоставляло медицинским структурам, которые будут проводить подобные исследования, возможность дополнительного заработка. Обоснования реального КПД нововведения, надо сказать прямо, не было. Была страшилка, что на дорогах много нетрезвых водителей, и было предложено дорогостоящее лекарство. Как это повлияло бы на аварийность, по большому счету никто не проверял. При этом заинтересованные структуры, по некоторым оценкам, стали бы зарабатывать миллиарды, если не десятки миллиардов рублей в год. При обсуждении Проекта Приказа от 10.09.2019 N 731н на него были негативные отзывы, высказывались опасения, которые в последствие реализовались, он получил отрицательную оценку¹³. Тем не менее, он был подписан.

¹⁰ Приказ Минздрава России от 10.09.2019 N 731н «О внесении изменений в порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2015 г. N 344н».

¹¹ Приказ Минздрава России от 20.11.2019 N 942н «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2015 г. N 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)» – причем данный приказ на следующий день после его подписания был зарегистрирован в Минюсте РФ.

¹² https://regulation.gov.ru/Entities/Npa_Text - дата обращения 5.06.2020 г.

¹³ https://regulation.gov.ru/Entities/Npa_Text.

Много нареканий на избыточные обследования, не связанные с обеспечением безопасности работ, имеет место в отношении Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. N 302н “Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда”, его изменений и дополнений¹⁴.

Таким образом, медосмотры, если брать только медицинскую сторону вопроса, – явление по большей части социально полезное, поскольку связано с заботой о здоровье осматриваемого и окружающих. В случаях, когда медосмотр увязывается с допуском к работам, то его функционал еще и в том, что он направлен на обеспечение безопасности выполняемых работ. С другой стороны, обязательные медосмотры для осматриваемого – дело далеко не всегда приятное, поскольку они требуют раскрытия личной тайны (информация о состоянии здоровья передается третьим лицам, тогда как медосмотр по своей инициативе может быть анонимным при той же заботе о своем здоровье), иногда создают угрозу для здоровья, а бывает, что и для жизни (поскольку включают небезопасные диагностические процедуры), предполагают материальные затраты (причем иногда весьма серьезные и не всегда обоснованные), некоторые осмотры по своим объективным свойствам совпадают с действиями сексуального характера и иногда воспринимаются как унижение человеческого достоинства, причем существует вероятность стать участником «видеошоу» (когда вопреки воле осматриваемых в кабинетах устанавливаются видеокамеры), и, наконец, по результатам медосмотра в отношении осматриваемого может быть принято негативное правовое решение, связанное с ограничением его прав, причем очень чувствительное - человек может лишиться работы. Сравнивая «за» и «против» нельзя сказать о том, что принуждение к медосмотру является абсолютно социально обоснованным шагом. Оно могло быть таким, если бы были исключены «неудобства» осмотра и негативные для осматриваемого последствия.

3. О конституционно-правовой оправданности принуждения к медицинским осмотрам. Любое медицинское вмешательство (а медосмотр

¹⁴ https://regulation.gov.ru/Entities/Npa_Text.

является таковым) требует по общему правилу информированного добровольного согласия пациента, поскольку предполагает преодоление правовой границы, называемой личной неприкосновенностью (статья 22 Конституции РФ). Причем речь идет о самой что ни на есть чувствительной для человека части этой границы – здоровье и жизни.

В соответствии со статьей 55 Конституции Российской Федерации права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. В связи с этим принуждение к медицинскому осмотру допустимо при наличии трех условий: 1) оно должно быть предусмотрено законом (это формальное требование); 2) оно возможно, если преследует цели, указанные в ст. 55 Конституции РФ; 3) ограничение прав и свобод человека является соразмерным результату, который будет получен путем этого ограничения.

3.1. Применительно к медицинскому осмотру первое условие его обязательности (принудительности) для определенных групп населения, на первый взгляд, выполняется: ТК РФ и другими законами предусмотрена обязательность медосмотра для определенных групп населения. Однако содержание этого медосмотра определяется подзаконными актами, как правило, приказами Минздрава РФ. Анализ материалов интернет-форумов, отзывов на проекты нормативно-правовых актов показывает, что недовольство в основном вызывает не сам факт обязательности предварительного или периодического медосмотров, а содержание таких медосмотров. Минздрав РФ получает небезосновательные упреки в злоупотреблении правом определять содержание медосмотра, когда в него включаются болезненные, унижительные, затратные и небезвредные виды медицинского вмешательства. В сложившейся ситуации, когда степень доверия системе здравоохранения невысока, имеет смысл включить в процедуру принятия нормативно-правовых актов, определяющих содержание медосмотра, правовую и криминологическую экспертизу ведущих научных юридических центров (МГУ, СПбГУ, МГЮА) с привлечением специалистов различных областей. Кроме этого целесообразно проекты таких актов «пропускать» через социологические исследования. Положения, которые не получают поддержки у значительной части населения, необходимо исключать из нормативно-правовых актов. Возможно, стоит подумать и о закреплении на уровне закона минимума обязательных медицинских обследований.

дований, сверх которого Минздрав РФ сможет только рекомендовать медицинские вмешательства ко включению в программу медосмотра.

3.2. Из перечисленных в Конституции РФ целей, которые могут служить оправданием принуждения, медосмотры могут быть средством достижения таких целей как защита здоровья и интересов других лиц или обеспечение безопасности, в т. ч. и государства. Принуждение к медосмотру в этих целях может получить конституционно-правовое оправдание.

Так, в известной степени в обществе есть консенсус относительно профилактического медосмотра на предмет выявления туберкулеза. Рентгенография воспринимается как средство защиты здоровья, в том числе и других лиц (хотя имеются и противники этой процедуры, заявляющие о ее небезвредности). Медицинский осмотр в целях обеспечения безопасности других лиц требуется при допуске к выполнению работ повышенной опасности (например, предрейсовый осмотр летного состава, водителей автобусов). Можно привести и другие примеры.

В то же время в Приказе № 302н в качестве профилактических предусмотрены некоторые виды медицинских вмешательств, принудительность которых не имеет конституционно-правового оправдания. Например, сложно обосновать обязательность прохождения гинеколога для допуска к любым работам (например, преподавателям в школе, парикмахерам и др.).

В самом Приказе № 302н цель медосмотров определяется следующим образом:

- для предварительного медицинского осмотра - определение соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе; раннее выявление и профилактика заболеваний.

- для периодического осмотра - 1) динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, своевременного выявления заболеваний, начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска по развитию профессиональных заболеваний; 2) выявление заболеваний, состояний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов, а также работ, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний; 3) своевременное проведение профилактических и реабили-

тационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников; 4) своевременное выявление и предупреждение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний; 5) предупреждение несчастных случаев на производстве.

Из всех перечисленных целей конституционно-правовым оправданием принудительности медицинского осмотра могут служить лишь цели предупреждения распространения инфекционных, паразитарных заболеваний, несчастных случаев на производстве. Остальные цели связаны с обеспечением здоровья самого осматриваемого и не могут оправдывать принудительность медосмотра в конституционно-правовом отношении. Для достижения этих целей есть диспансеризация населения, которая проводится исключительно на добровольной основе.

Кроме этого следует иметь в виду, что Приказом № 302н предусмотрены осмотры не любых лиц, а только тех, которые выполняют определенные работы. В связи с этим принудительность может получить конституционно-правовое оправдание только в отношении таких медицинских вмешательств, которые направлены на выявление заболеваний, наличие которых создает угрозы для других в связи с осуществлением лицом профессиональных обязанностей. Например, наличие венерического заболевания у продавца не создает угрозы для других. Поэтому включение врача венеролога в список обязательных специалистов для медосмотра работников, по результатам которого принимается решение о его допуске к работам, не имеет конституционно-правового оправдания. В связи с этим предложения Минздрава РФ о введении чуть ли не тотального тестирования на венерические заболевания под угрозой недопуска к исполнению трудовой функции видятся необоснованными.

Обновленный Конституционно-правовое оправдание принуждения к медосмотру с правовой санкцией в виде недопуска к работе или увольнения будет иметь место только в том случае, когда осмотр у каждого врача-специалиста, входящего в комиссию, и каждое исследование, проводимое в рамках медосмотра, направлены на выявление заболеваний, наличие которых при выполнении профессиональных обязанностей создает опасность для здоровья других. Те виды медицинских вмешательств, принудительность которых не имеет конституционно-правового оправдания, подлежат исключению из числа обязательных. В то же время при наличии медицинской оправданности их целесообразно оставить в качестве рекомендуемых и проводимых по инициати-

ве самого осматриваемого. Необходимо применять формулу медосмотра, которая закреплена в Приказе, посвященном медосмотрам несовершеннолетних, который действует с 1 января 2018 года.

Даже неспециалисту в области медицины сегодня понятно, что обязательность многих медицинских вмешательств, предусмотренных приказами Минздрава РФ, противоречит Конституции РФ. При этом удивляют ответы разработчиков, утверждающих, что нет никаких излишеств при включении тех или иных видов медицинских вмешательств в программу профилактического медицинского осмотра. Вот стандартная отписка на замечание по поводу противоречия предлагаемых положений в Проекте Приказа Минздрава РФ: «Данное заявление не соответствует действительности. Неоднократно обсуждалось на различных площадках. В проекте соблюдены положения действующего законодательства (ТК РФ, ФЗ №323, ФЗ № 426 и др.)». При этом не указывается ни на одну площадку, где подобные правовые вопросы обсуждались. Более того, там, где действительно эти вопросы обсуждаются (блоги, сайты) - представителей Минздрава РФ нет.

Такой ответ свидетельствует о нежелании, а может быть и о неспособности представителей Минздрава РФ объяснить по существу правовые, содержательные основания включения в программу медосмотра видов медицинского вмешательства, которые вызывают недовольство населения. И более того, появляются основания считать, что за этим стоит являющаяся проявлением медиализации¹⁵ определенная

¹⁵ Медиализация – тема отдельного разговора. См. подробнее об этом: Conrad P. *The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior* / P. Conrad // *Social Problems*. 1975. V. 23 (1). P. 12-21; Фуко М. *Рождение клиники* / М. Фуко. М.: Смысл, 1998; Lock M. *Medicalization and the Naturalization of Social Control* / M. Lock // Ember C.R., Ember M. (eds.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. New York: Kluwer, 2004. P. 116-125; Szasz T. *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays* / T. Szasz. Syracuse, New York: Syracuse University Press, 2007. P. XXVI и др.); Illich I. *Medicalization and primary care* // *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1982. Vol. 32. P. 466; Zola I. *Medicine as an Institute of Social Control* / I. Zola // *Sociological Review. New Series*. 1972. V. 20 (4). P. 487-504; Мухель Д. В. *Медиализация как социальный феномен* // *Вестник Саратовского государственного технического университета*. 2011. № 4. С. 256–263; Сенокосова Е.К. *Профессиональная некомпетентность и недобросовестность при оказании медицинской помощи: криминологические и уголовно-правовые аспекты*. Дисс... канд.юрид. наук. Омск, 2018. С. 45 и далее.

корпоративная заинтересованность, связанная с нежеланием терять клиентов и проявляющаяся в навязывании населению медицинских услуг. Включение определенного вида обследования в программу обязательного медицинского осмотра обеспечивает соответствующих врачей и медорганизации большим числом клиентов, что является гарантией получения доходов. Есть непопулярные медицинские обследования у населения, прохождение которых, как, по-видимому, считают представители Минздрава РФ, добровольно мало кто будет проходить. Отсюда и стремление включить эти медицинские обследования в обязательную программу осмотра под угрозой санкции и, конечно же, с объяснением заботой о здоровье осматриваемого.

Купировать риски медиализации, связанные с принуждением к медицинскому осмотру при отсутствии конституционно-правовой оправданности, опять же можно путем включения в процедуру принятия нормативно-правовых актов, непосредственно определяющих содержание медосмотра, правовой и криминологической экспертизы, которую должны проводить ведущие юридические центры, имеющие в своем составе специалистов в области конституционного, трудового, уголовного, медицинского права, криминологии, социологии, психологии.

3.3. Проблема возникает и с соблюдением третьего условия. В основе принципа соразмерности в конечном счете лежит сопоставление, балансирование самих конкурирующих прав. Чтобы осуществить такого рода сопоставление необходимо установить конкурирующие интересы, дать им юридическую оценку и затем определить, какая ценность имеет преимущество в современных условиях.¹⁶

Применительно к медосмотру проверка данного условия предполагает сопоставление последствий, с которыми столкнется население, если медосмотр не проводить, с рисками, которые несет в себе сам медосмотр и принуждение к нему. При сопоставлении рисков также важно установить возможные пути минимизации рисков, при которой вполне возможно, что цели медосмотра могут быть достигнуты альтернативными методами, не порождающими медицинских и социальных рисков.

При определении социальной обоснованности принуждения к медосмотру был указан ряд рисков, которые порождает сам медосмотр и принуждение к нему.

¹ Фосскуле Андреас. Принцип Соразмерности / А. Фосскуле // Сравнительное Конституционное Обозрение. 2015. № 1. С. 159-163.

Во-первых, риск причинения вреда здоровью или жизни при использовании небезопасных методов обследования. Данный риск в принципе недопустим на потоковом профилактическом медицинском осмотре, а потому методы медицинского обследования, допускающие такие риски подлежат исключению из числа обязательных. Если их и применять, то только по инициативе самого осматриваемого.

Во-вторых, существует серьезный риск некачественного медосмотра, когда врачами «пропускается» заболевание, которое должно было быть установлено. У значительной части населения есть основания сомневаться в полезности (нужности) медосмотра. Купирование данного риска требует, чтобы обязанности каждого врача-специалиста были предусмотрены нормативно-правовым актом, по которому можно было бы судить о полноте и качестве медосмотра. С этим правовым актом нужно знакомить осматриваемых при получении от них ИДС.

В-третьих, требуется купировать риски несанкционированной видеосъемки пациентов во время медосмотра. Этот риск сводится к минимуму прямым запретом на видеосъемку медицинского осмотра с установлением ответственности вплоть до уголовной за производство такой съемки.

В-четвертых, надо исключить риски чрезмерного обнажения пациента на медосмотре. Этот риск предотвращается за счет отказа от избыточных обязательных обследований на наличие заболеваний, не влияющих на безопасность выполнения работ, к которым будет допущен работник, а также замены обследований, связанных с обнажением пациентов, обследованиями, которые не требуют обнажения, но обеспечивают диагностический результат. Вместе с тем за осматриваемым целесообразно оставить право на бесплатной для него основе пройти по своей инициативе в рамках медосмотра обследования, связанные с обнажением закрытых зон тела человека. С одной стороны, отказ работника от таких обследований не должен порождать для него негативных правовых последствий, а с другой – у осматриваемого должно быть право на подобные обследования в рамках профилактического медицинского осмотра.

В-пятых, существуют риски больших временных затрат на прохождение медосмотра. По данным социологического опроса на большие очереди при медосмотре жалуются 34,5 % респондентов (это самая часто называемая причина недовольства медосмотрами), на длительность медосмотра жалуются – 17,3 % опрошенных. Законодатель и Минзд-

рав РФ уже предприняли ряд усилий, чтобы сократить время, требуемое для диспансеризации и профилактических осмотров, которые проходят в рамках ОМС. С одной стороны, работникам для этих нужд выделен специальный день, а с другой – нормативно установлены сроки, в течение которых проходят медосмотры. Следующий шаг – закрепление жесткого временного лимита на медосмотры. Минздраву РФ необходимо минимизировать время «простоя» осматриваемого. Может, стоит подумать на переход к осмотрам, когда работника осматривает один врач общей практики (семейный врач). Такой порядок существенно облегчит организацию самого медосмотра.

И, наконец, организация медицинских осмотров должна исключать повторное их прохождение в учетном периоде. Предположим, что человек прошел диспансеризацию в 2020 году. А ему надо еще пройти медосмотр по направлению работодателя, а также пройти медосмотр для получения права управления транспортным средством. Так вот, все обследования, которые имели место на диспансеризации, должны быть учтены при прохождении других медосмотров. Следует исключить дублирование медобследований и соответственно повторное взимание платы с работодателей, граждан. В связи с этим предлагается изменить статью 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и обязать медорганизации учитывать результаты ранее проведенных медицинских осмотров, диспансеризации.

В перспективе целесообразно индивидуально формировать программу диспансеризации с учетом потребностей конкретного человека, чтобы на основании прохождения диспансеризации пациент из своего личного кабинета мог направлять заинтересованным организациям сведения о врачебном допуске к работам посредством информационно-телекоммуникационного оборудования.

В отзыве на данное предложение представитель Минздрава РФ ответил, что медосмотры и диспансеризация преследуют разные цели и их нельзя соединять¹⁷. Однако эта позиция не помешала Минздраву РФ внести изменения в Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н, которые позволяют учитывать результаты обследований, пройденных при диспансеризации. Оказывается разные цели здесь совершенно ни причем.

¹⁷ https://regulation.gov.ru/Entities/Npa_Text.

Проблема заключается, во-первых, в деньгах, - медорганизации теряют серьезный доход от платных медосмотров (сегодня это бизнес, который по скромным оценкам обеспечивает медорганизациям миллиарды рублей в год дохода) и, во-вторых, - это нежелание системы здравоохранения ориентироваться на клиента. Анализ Приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н и Проектов приказов по его изменению показывает, что для работников и работодателей устанавливаются избыточные требования (сроки, поголовные списки, печати), которые порождают коррупционные риски, вызывают недовольство участников отношений. Иногда складывается впечатление, что Минздрав РФ планирует проводить ветеринарные осмотры, а не осмотры людей.

От реализации предлагаемой модели интеграции всех медосмотров в один безусловно выиграют граждане и работодатели (и по времени, и в затратах), в целом здравоохранение, поскольку это высвободит серьезные мощности, государство (уменьшатся издержки). В проигрыше будут представители медсообщества, которые получают за счет избыточных медобследований материальные выгоды. В ходе проведенного социологического опроса идея замены всех медосмотров для работающих граждан одним в рамках диспансеризации поддержало большинство респондентов – 64,6 %. Поддержали эту идею и работники здравоохранения (62 % опрошенных). В то же время самый низкий уровень поддержки это предложение нашло у работников органов государственного и муниципального управления (48,4 %) и у руководителей производств (44,8 %). Перестройка системы медосмотров и ее заточка, что называется «под клиента», потребует изменения управления, уменьшения властных полномочий аппарата управления и объема управленческой работы, как следствие это повлечет незначительное сокращение штата управленцев (по-видимому, этим вызван низкий процент поддержки предложения со стороны управленцев).

Подводя итог рассуждениям о конституционно-правовом оправдании принудительных (обязательных) медицинских осмотров, следует заключить, что нормы об обязательных медицинских осмотрах смогут получить конституционно-правовое оправдание при выполнении ряда условий: 1) отказа от обязательности методов осмотра, сопряженных с опасностью для жизни и здоровья осматриваемого; 2) нормативно-правовой урегулированности содержания медосмотра, предполагающей описание прав и обязанностей врачей и осматриваемых, а также меди-

цинских вмешательств, которые будут выполняться в отношении осматриваемого; 3) предоставления осматриваемому при получении от него ИДС возможности ознакомления со своими правами и обязанностями на медосмотре, и с содержанием медосмотра; 4) предоставлении гарантии сохранения лично тайны, которую при медосмотре осматриваемый передает врачам. В частности необходимо запретить под угрозой ответственности (вплоть до уголовной) без согласия осматриваемого осуществление видеосъемки медосмотра; 5) исключения из медосмотра обязательность вмешательств, предполагающих обнажение закрытых частей тела человека, такие вмешательства следует включать в медосмотр только по инициативе самого осматриваемого; 6) исключения обязательности медицинских вмешательств, не связанных с достижением цели обеспечения здоровья других лиц, безопасности работ, к которым допускается работник, с оставлением за работниками право на такие вмешательства; 7) исключения «правового вымогательства» денег у населения и работодателей посредством требования неоднократного прохождения в течение одного учетного периода одних и тех же медицинских обследований.

Список использованной литературы

1. Михель Д. В. Медикализация как социальный феномен // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2011. № 4. С. 256–263.
2. Сенокосова Е.К. Профессиональная некомпетентность и недобросовестность при оказании медицинской помощи: криминологические и уголовно-правовые аспекты. Дисс... канд.юрид. наук. Омск, 2018. 234 с.
3. Фосскуле Андреас. Принцип Соразмерности // Сравнительное Конституционное Обозрение. 2015. № 1. С. 159-163.
4. Фуко М. Рождение клиники / М. Фуко. М.: Смысл, 1998. 310 с.
5. Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior / P. Conrad // Social Problems. 1975. V. 23 (1). P. 12-21.
6. Illich I. Medicalization and primary care // Journal of the Royal College of General Practitioners. 1982. Vol. 32. P. 463-470.
7. Lock M. Medicalization and the Naturalization of Social Control / M. Lock // Ember C.R., Ember M. (eds.) Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures. New York: Kluwer, 2004. P. 116-125.
8. Szasz T. The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays / T. Szasz. Syracuse, New York: Syracuse University Press, 2007. 232 p.
9. Zola I. Medicine as an Institute of Social Control / I. Zola // Sociological Review. New Series. 1972. V. 20 (4). P. 487-504.

ТРУДО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОХОЖДЕНИЯ РАБОТНИКАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ)¹

Н.И. Дивеева, профессор СПбГУ, доктор юридических наук
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация. В статье рассматриваются правовые вопросы прохождения работниками обязательных медицинских осмотров в сфере труда, влияющие на динамику индивидуального трудового правоотношения, изменение прав и обязанностей конкретного работника и работодателя. Подобные вопросы касаются правовых последствий прохождения (непрохождения) работником медицинских осмотров при заключении трудового договора, при отстранении работника от работы, при прекращении с ним трудового договора. На основании изучения и анализа судебных дел автор выявляет применяемые на практике способы защиты прав работников, определяя правомерность их применения и эффективность их реализации.

Ключевые слова: охрана здоровья, обязательный медицинский осмотр, отказ в заключении трудового договора, отстранение от работы, перевод на другую работу по состоянию здоровья, увольнение работников по состоянию здоровья.

LABOR AND LEGAL ASPECTS OF MANDATORY MEDICAL EXAMINATIONS BY EMPLOYEES (BASED ON THE MATERIALS OF JUDICIAL PRACTICE)

Annotation. The article is devoted to the consideration of legal issues of mandatory medical examinations by employees in the field of labor, which affect the dynamics of individual labor relations, changes in the rights and obligations of a particular employee and employer. Such questions relate to the legal effects of passing (non-passing) medical examinations by an employee at the conclusion of an employment contract, when an employee is suspended from work, or when an employment contract is terminated. Based on the study and analysis of court cases, the author identifies the methods used in practice to protect the rights of employees, determining the legality of their application and the effectiveness of their implementation.

Keyword: health protection, mandatory medical examination, refusal to conclude an employment contract, suspension from work, job transfer for health reasons, dismissal of employees for health reasons.

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-011-00193\20 / Acknowledgments: The reported study was funded by RFBR, project number 20-011-00193\20.

1. Введение.

Согласно 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон об охране здоровья) одной из сфер организации охраны здоровья граждан в РФ являются медицинские осмотры. Они представляют собой комплекс медицинских вмешательств (видимо, в организм человека), направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Таким образом, цели проведения медицинских осмотров лежат в частно-публичной сфере, что позволяет сохранять как здоровье конкретного гражданина (индивидуальное здоровье), так и выявлять закономерности развития общественного здоровья, способы его охраны и улучшения.

Одной из областей общественных отношений, где проводятся медицинские осмотры граждан является сфера трудовой деятельности, предполагающая личное выполнение физическим лицом за вознаграждение трудовой функции в интересах, под управлением и контролем работодателя. При этом стоит отметить, что исторически первые медицинские осмотры граждан появились именно в сфере применения наемного труда в качестве одного из механизмов охраны труда, способствующего поддержанию рабочей силы как важнейшего средства производства в «товарном состоянии» и ограничивающего степень эксплуатации наемных работников со стороны работодателей.

На сегодняшний день трудовое законодательство РФ, следуя традициям, так и относит проведение медицинских осмотров к сфере охраны труда как системе сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности (ст. 209 ТК РФ). При этом правила проведения медицинских осмотров действующее трудовое законодательство распространяет и на медицинские (психиатрические) освидетельствования работников, несмотря на то, что медицинское освидетельствование лица (в соответствии со ст. 65 Закона об охране здоровья) не является разновидностью медицинского осмотра.²

² Во всяком случае применительно к сфере труда с различным целеполаганием медицинских осмотров и освидетельствований можно поспорить, поскольку основным отличием медицинского освидетельствования является его направленность на выявление состояния здоровья человека, влекущего за собой наступление юридически значимых последствий. Однако и медицинский осмотр влечет за собой юридически значимые последствия применительно к динамике трудового правоотношения.

Во всяком случае применительно к сфере труда с различным целеполаганием медицинских осмотров и освидетельствований можно поспорить, поскольку основным отличием медицинского освидетельствования является его направленность на выявление состояния здоровья человека, влекущего за собой наступление юридически значимых последствий. Однако и медицинский осмотр влечет за собой юридически значимые последствия применительно к динамике трудового правоотношения.

На работодателя в рамках трудового правоотношения (согласно ст. 212 ТК РФ) возлагается обязанность организовывать проведение за счет собственных средств обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, других обязательных медицинских осмотров, обязательных психиатрических освидетельствований работников, внеочередных медицинских осмотров, обязательных психиатрических освидетельствований работников по их просьбам в соответствии с медицинскими рекомендациями с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка на время прохождения указанных медицинских осмотров, обязательных психиатрических освидетельствований.

В свою очередь, согласно ст. 214 ТК РФ, работник обязан проходить обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры, другие обязательные медицинские осмотры, а также проходить внеочередные медицинские осмотры по направлению работодателя в случаях, предусмотренных ТК РФ и иными федеральными законами.

Прохождение (не прохождение) работником медицинских осмотров влечет за собой наступление различного рода правовых последствий. Такого рода последствия лежат в разных сферах общественной жизни и касаются как индивидуального здоровья работника (его прав и интересов - не только трудовых), так и общественного здоровья. В частности, подобные последствия могут быть связаны с: компенсацией вреда здоровью работника, причиненного профессиональным заболеваниями (социально-обеспечительные правоотношения), улучшением санитарно-бытового обслуживания и медицинского обеспечения работников в соответствии с требованиями охраны труда в конкретных организациях, отраслях экономики (правоотношения в сфере оказания медицинской помощи), установлением причинно-следственных связей

между развитием заболеваний и условиями труда (правоотношения в сфере общественного здоровья и организации здравоохранения) и пр.

В фокусе настоящей статьи находится исключительно анализ правовых последствий прохождения (не прохождения) работниками обязательных медицинских осмотров³, влияющих на динамику индивидуального трудового правоотношения, изменение прав и обязанностей конкретного работника и работодателя. Для этих целей проанализирована практика судов общей юрисдикции РФ за период с 2015 г. по 2020 г. по вопросам применения соответствующих правовых норм.

2. Правовые последствия прохождения работниками медицинских осмотров в динамике индивидуального трудового правоотношения.

Обязательные медицинские осмотры для работников можно разделить на 2 группы: проводимые при заключении трудового договора (предварительные); периодические, осуществляемые в течение всего срока действия трудовых отношений между работником и работодателем.

2.1. Правовые последствия прохождения работниками предварительных медицинских осмотров при заключении трудового договора.

Согласно ст. 69 ТК РФ, которая называется “Медицинский осмотр при заключении трудового договора”, обязательному предварительному медицинскому осмотру при заключении трудового договора подлежат лица, не достигшие возраста восемнадцати лет, а также иные лица в случаях, предусмотренных настоящим Кодексом и иными федеральными законами.

Толкование данной нормы позволяет сделать два важных вывода:

1) предварительный медицинский осмотр при приеме на работу проходят не все потенциальные работники, а только определенный круг лиц⁴;

2) случаи предварительных медицинских осмотров должны устанавливаться исключительно конкретным видом нормативного правового акта - федеральным законом.

Обязанные к прохождению предварительных медицинских осмотров категории работников указаны, например: в Трудовом кодексе РФ

³ *Добровольные медицинские осмотры не являются предметом настоящего исследования.*

⁴ *Вопрос о необходимости и достаточности объективных критериев, на основании которых такие категории работников должны определяться, не является предметом настоящего исследования.*

(ст. 69, 213, 328); в Законе РФ от 02.07.1992 N 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”⁵ (ст. 6); в Федеральном законе “Об образовании в Российской Федерации” от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ст. 48) и некоторых других федеральных законах.

2.1.1. В этой связи вызывает возражение встречающаяся в решениях судебных органов позиция о том, что обязательные предварительные медицинские осмотры могут устанавливаться иными (нежели федеральные законы) правовыми актами, содержащими нормы трудового права. В частности, в Решении Ленинского районного суда г. Кемерово от 27 января 2020 г. по делу № 2-2072/2019 указывается, что “...несмотря на то, что предполагаемая должность истца не была непосредственно связана с движением транспорта, она была обязана пройти предварительный медицинский осмотр, поскольку требование о его прохождении закреплено у работодателя в локальном акте, следовательно, оно является обязательным для всех желающих поступить на работу”. Такого рода выводы судебного органа напрямую противоречат ст. 69 ТК РФ и ст. 8 ТК РФ, поскольку подобная норма локального нормативного акта, возлагая дополнительную обязанность на работника, ухудшает его положение по сравнению с установленным трудовым законодательством, а, значит, не должна применяться.

2.1.2. Действующее российское законодательство исходит из того, что для определенных законом лиц заключению трудового договора предшествует обязательный медицинский осмотр, направление на который от работодателя может получить любое лицо, соответствующее по профессиональным характеристикам установленным требованиям для занятия должности. Причем сам факт направления работодателем такого лица на предварительный медицинский осмотр не является гарантией подтверждения того обстоятельства, что именно с данным лицом работодатель обязуется заключить трудовой договор. Судебная практика единообразно решает подобного рода дела. Так, показательное решение Ленинградского районного суда г. Калининграда от 5 декабря 2019 г. по делу № 2-4307/2019, в котором определяется, что “... на дату направления на медицинский осмотр истца вакантные должности стропальщика-бетонщика в АО «ГУОВ» были, а на дату пред-

⁵ *Через установление Перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности.*

ставления истцом медицинского заключения, вакантных должностей стропальщика-бетонщика в АО «ГУОВ» уже не было. Истцом не представлено доказательств, свидетельствующих о факте дискриминации со стороны ответчика. Прием истца в АО «ГУОВ» не состоялся именно из-за отсутствия вакантных должностей, а не по причине несоответствия истца должностям, на которые он претендовал, по состоянию здоровья”.

2.1.3. Как уже отмечалось, ст. 212 ТК РФ возлагается на работодателя обязанность организовывать проведение обязательных предварительных (при поступлении на работу) медицинских осмотров за счет собственных средств. В практике судов общей юрисдикции встречается довольно значительная по объему категория дел, в которых граждане просят работодателей компенсировать им суммы денежных средств, затраченных ими лично на прохождение предварительного медицинского осмотра. Такого рода споры в 100 % случаев заканчиваются вынесением решения о взыскании с работодателя в пользу работника подтвержденных в судебном заседании истцами сумм (см.: решение Железнодорожного районного суда г. Красноярска от 28 января 2020 г. по делу № 2-275/2020; решение Ремонтненского районного суда Ростовской области от 12 февраля 2020 г. по делу № 2-525/2019 и пр.).

При этом абсолютно обосновано суды констатируют, что работодатель обязан возместить расходы, понесенные соискателем должности на предварительный медицинский осмотр, независимо от того, был ли заключен в дальнейшем с данным лицом трудовой договор (см.: решение Ленинского районного суд а г. Кемерово от 27 января 2020 г. по делу № 2-2072/2019). Обязательства такого рода можно отнести к кадровым рискам, негативные последствия от которых для работодателя могут наступить независимо от правомерного и добросовестного поведения последнего.

Иная позиция была занята судебным органом при рассмотрении дела о взыскании денежных средств с организации за прохождение медицинского осмотра при приеме на службу в уголовно-исполнительную систему РФ. В соответствии с российским законодательством такого рода служба регламентируется не трудовым законодательством, а служебным правом. Согласно ст. 8 Федерального закона от 19 июля 2018 г. N 197-ФЗ “О службе в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации” взаимосвязь службы в уголовно-исполнительной системе, государственной гражданской службы, военной службы и го-

сударственной службы иных видов обеспечивается на основе единства системы государственной службы и принципов ее построения и функционирования. В решении Железнодорожного районного суда г. Орла от 13 августа 2019 г. по делу № 2-923/2019 указывается, что “по результатам рассмотрения документов кандидата Тимохина ответчиком (организацией) было принято решение об отказе ему в приеме на службу в уголовно-исполнительной системе по состоянию здоровья на основе медицинского заключения. Предусмотренные ст. 213 ТК РФ медицинские осмотры, которые работодатель в силу императивного указания нормы закона осуществляет за счет собственных средств, направлены на охрану здоровья населения, предупреждение возникновения и распространения заболеваний, в то время как пройденное истцом медицинское освидетельствование необходимо было ему для подтверждения квалификационных требований к должности в уголовно-исполнительной системе при поступлении его на службу”. Таким образом, суд не нашел оснований для удовлетворения требований истца о взыскании с организации денежных средств за прохождение за счет собственных денежных средств медицинского осмотра.

2.1.4. Вызывает интерес категория судебных дел, связанных с обя-званием потенциального работника пройти предварительный медицинский осмотр при приеме на работу, независимо от наличия у него на руках данных предшествующего медицинского осмотра по прежнему месту работы. Так, в решении Новосибирского районного суда Новосибирской области от 23 января 2020 г. по делу № 2-225/2020 констатируется: “Трудовой кодекс РФ предусматривает прохождение предварительного медицинского осмотра при каждом трудоустройстве, вне зависимости от его прохождения при трудоустройстве по прежнему месту работы – исключений ТК РФ не устанавливает, независимо от срока, истекшего с момента предыдущего трудоустройства и, соответственно, с момента прохождения предварительного медицинского осмотра на прежнем месте работы... Медицинский осмотр, на который ссылается Истец, является периодическим медицинским осмотром, что подтверждается указанием на дату, до которой он действителен... Согласно пп.1 п.3 приложения №... к Приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н обязательные периодические медицинские осмотры (обследования) проводятся, в том числе, в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления заболеваний, начальных форм профессиональных заболе-

ваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска по развитию профессиональных заболеваний. Таким образом, цели проведения предварительных и периодических - медицинских осмотров различны, соответственно различны методы медицинских исследований, и ни ТК РФ, ни Приказ Минздравсоцразвития России N 302н не допускают возможности подмены одного вида медицинского осмотра другим”.

2.2. Правовые последствия прохождения (непрохождения) работниками периодических медицинских осмотров, связанные с отстранением работника от работы и прекращением с ним трудового договора.

Согласно ст. 212 ТК РФ на работодателя возлагается обязанность не допускать работников к исполнению ими трудовых обязанностей без прохождения обязательных медицинских осмотров, обязательных психиатрических освидетельствований, а также в случае медицинских противопоказаний, выявленных, в том числе, в ходе таких осмотров. Работника, нуждающегося в переводе на другую работу в соответствии с медицинским заключением с его письменного согласия работодатель обязан перевести на другую имеющуюся у работодателя работу, не противопоказанную работнику по состоянию здоровья (ч. 1 ст. 73 ТК РФ). Если в соответствии с медицинским заключением работник нуждается во временном переводе на другую работу на срок более четырех месяцев или в постоянном переводе, то при его отказе от перевода либо отсутствии у работодателя соответствующей работы трудовой договор прекращается в соответствии с пунктом 8 части первой статьи 77 настоящего Кодекса (ч.3 ст. 73 ТК РФ).

2.2.1. Предметом судебных споров по данной категории дел является само основание для принятия работодателем решения об отстранении работника от работы и переводе его на другую работу (увольнении с работы) по состоянию здоровья.

Во-первых, истцами обжалуется медицинское заключение о пригодности (непригодности) к выполнению отдельных видов работ, которое влечет за собой отстранение от работы и (или) прекращение трудового договора. Так, в Решении Ангарского городского суда Иркутской области от 29 ноября 2019 г. по делу № 2-5334/2018 указывается, что истец просит признать незаконным (недействительным)- Медицинское заключение о пригодности (непригодности) к выполнению отдельных видов работ от ** №, выданное в отношении него

МСЧ-36. Судом в рамках гражданского дела была проведена судебно-медицинская экспертиза. “Как следует из Заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы № от **, ФИО2 поставлен диагноз «Рефлекторный (неврогенный) синкопе в анамнезе», который соответствует диагнозу, установленному истцу МСЧ-36. Истцу противопоказана работа по должности механика на основании пункта 48 Приложения № Приказа Минздравсоцразвития РФ №н от ** в связи с наличием заболевания, сопровождающегося расстройствами сознания (эпилепсия и эпилептические синдромы различной этиологии, синкопальные синдромы различной этиологии и др.)”. На основании проведенной экспертизы судом была установлена правомерность применения к работнику правовых последствий, связанных с отстранением его от работы.

Во-вторых, истцы ссылаются на то, что ранее (до проведения медицинского осмотра) в течение долгого времени работали на соответствующих должностях без ограничения условий труда. В частности, в решении Йошкар-Олинского городского суда Республики Марий Эл от 11 февраля 2020 г. по делу № 2-690/2020 указывается, что “заявленные требования истец мотивировал тем, что с 15 октября 1990 года он осуществлял трудовую деятельность в должности <данные изъяты> Республиканского противотуберкулезного диспансера, приказом от ДД.ММ.ГГГГг. № был уволен по п. 8 ч. 1 ст. 77 ТК РФ, на основании медицинского заключения ГБУ РМЭ «Медико-санитарной части №1» от ДД.ММ.ГГГГг. №. С данным увольнением он не согласен, поскольку предложенная вакантная должность рабочего по комплексному обслуживанию зданий хозяйственно-обслуживающего персонала его не устраивает. Истец полагает, что работодатель должен был оставить его на прежней должности.” Суд в данном решении справедливо указывает на то, что доводы истца о его работе ранее (в течение длительного времени) без ограничений в условиях труда, не свидетельствует об обязанности работодателя допустить продолжение работы истца в занимаемой ранее им должности, поскольку это нарушает право на охрану здоровья работника и противоречит действующему трудовому законодательству.

В-третьих, истцы ссылаются на незаконность самого направления работника работодателем на медицинский осмотр (Решение Калининского районного суда г. Санкт-Петербурга от 29 января 2020 г. по делу № 2-2016/2020).

2.2.2. Работниками обжалуются нарушения работодателем процедур отстранения от работы и (или) увольнения по состоянию здоровья, таких как:

- отказ работодателя создать для истца на его рабочем месте специальные условия труда, соответствующие ограничениям по состоянию здоровья, определенным медицинским заключением (Решение Нарьян-Марского городского суда Ненецкого автономного округа от 21 февраля 2020 г. по делу № 2-172/2020);

- непринятие работодателем необходимых мер по трудоустройству нуждающегося в переводе работника, выразившееся в непредоставлении работнику (в нарушение ст. 73 ТК РФ) предложений о вакантных должностях, для работы по которым медицинские противопоказания у него отсутствуют, а соответствующая квалификация имеется (Решение Ангарского городского суда Иркутской области от 29 ноября 2019 г. по делу № 2-5334/2018);

- отстранение работника от работы по состоянию здоровья без сохранения за ним заработной платы (Решение Ленинского районного суда г. Кирова от 27 января 2020 г. по делу № 2-348/2020; Решение Нарьян-Марского городского суда Ненецкого автономного округа от 21 февраля 2020 г. по делу № 2-172/2020).

2.3. Законность для установления в нормативных правовых актах - медицинских противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности.

Особняком в рассматриваемых категориях дел стоят дела об обжаловании работниками (посредством административных исков) положений нормативно-правовых актов, устанавливающих противопоказания для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, на основании которых работники по состоянию здоровья должны не допускаться к работе. Подобного рода противопоказания учреждаются уполномоченными органами на уровне подзаконных нормативных актов (например, Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утв. Постановлением Правительства РФ от 28.04.1993 N 377; Перечень медицинских противопоказаний для осуществления работ, непосредственно связанных с движением поездов и маневровой работой, утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.12.2005 N 796 и пр.).

Так, Суханова А.С. обратилась в Верховный Суд Российской Федерации с административным иском о признании частично не действующим подпункта «а» пункта 12 Перечня медицинских противопоказаний для осуществления работ, непосредственно связанных с движением поездов и маневровой работой, в части, предусматривающей «ожирение с индексом массы тела более 40», которым, по сути, устанавливается запрет на работу на железнодорожном транспорте на основании антропологических данных (Апелляционное определение Верховного суда РФ от 23 августа 2018 г. N АПЛ18-305). В своем решении Верховный суд указал, что "... Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в отличие от Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, не предусматривает возможности утверждения перечней работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, а предусматривает возможность установления противопоказаний лишь к выполнению отдельных видов работ (ч.3 ст. 24). Оспоренное положение Перечня в виде указания «ожирение с индексом массы тела более 40» обусловлено не антропологическими признаками как таковыми (на что ссылается в апелляционной жалобе Суханова А.С), а наличием у работника заболевания, являющегося противопоказанием для осуществления работ, непосредственно связанных с движением поездов". Таким образом, суд высказался об отсутствии в данных положениях правового акта нарушений прав гражданина по формальным основаниям, что оправдано с точки зрения заявленных исковых требований. Суд не вдавался в вопросы об обоснованности и целесообразности установления подобного рода ограничения с точки зрения соразмерности соблюдения трудовых прав конкретного лица и интересов охраны здоровья других граждан (при осуществлении работ, непосредственно связанных с движением поездов и маневровой работой).

Другое Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 30 июня 2011 г. N КАС11-339 касается оспаривания работником правового акта как основания для отстранения от работы - Инструкции Министерства здравоохранения СССР от 27 декабря 1973 г. № 1142 «а»-73 «О проведении обязательных профилактических медицинских осмотров на туберкулез и порядке допуска к работе в некоторых профессиях лиц, больных туберкулезом». Суд пришел к выводу, что на

момент рассмотрения спора отсутствует какой-либо нормативный правовой акт большей юридической силы, регулирующий рассматриваемые правоотношения (вопрос медицинских противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности), которому бы не соответствовал названный список профессий и должностей, в связи с чем правовых оснований для признания Инструкции действующей не имеется.

2.4. Правовые последствия несоблюдения работодателем обязанности по организации и проведению за счет собственных средств обязательных медицинских осмотров.

Такого рода последствия связаны с нарушением прав работников на охрану труда, защита которых может осуществляться различными способами:

- защита прав конкретных работников на прохождение медицинских осмотров через привлечение работодателя к административной ответственности по ст. 5.27.1 Кодекса об административных правонарушениях (Решение Верховного Суда Республики Алтай от 27 февраля 2020 г. по делу № 21-32/2020; Решение Тульского областного суда от 19 февраля 2020 г. по делу № 21-97/2020; Решение Кемеровского областного суда от 26 февраля 2020 г. по делу № 21-3/2020 и др.);

- защита прав неопределенного круга лиц (всех работников организации) на прохождение медицинских осмотров осуществляется несколькими способами:

(а) привлечением работодателя Государственной инспекцией труда к административной ответственности по ст. 5.27.1 Кодекса об административных правонарушениях в период проведения плановых и внеплановых проверок (Постановление от Верховного суда РФ от 19 сентября 2019 г. по делу № 12-1804/2017; Решение Челябинского областного суда от 26 февраля 2020 г. по делу № 12-28/2020 и др.);

(б) подача прокурором, действующим в интересах неопределенного круга лиц, в суд иска к работодателю о понуждении к исполнению обязанности по организации проведения обязательных медицинских осмотров (Решение Татарского районного суда Новосибирской области от 28 февраля 2020 г. по делу № 2-82/2020; Решение Ленинского районного суда г. Екатеринбурга от 14 февраля 2020 г. по делу № 2-1090/2020; Решение Морозовского районного суда Ростовской области от 6 февраля 2020 г. по делу № 2-863/2019 и др.).

ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИНЦИПА В ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ¹

И.М. Акулин, Е.А. Чеснокова*, Л.А. Сопрун**

Д.м.н., проф. СПбГУ, зав кафедрой организации здравоохранения и медицинского права, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

*К.м.н., LL.M., доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского права, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

**К.м.н., кафедра организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

***Аннотация.** Настоящая статья посвящена историческому анализу развития правовых основ профилактического принципа в здравоохранении России с момента появления официальной медицины (начало IX – XIV вв.) и до начала 90-х годов связанных с переходом от государственной системы здравоохранения (системы Бевериджа – Семашко) к системе медицинского страхования (Система Бисмарка). На примере борьбы с особо опасными инфекциями (оспа, холера, полиомиелит и др.) показан гуманный подход российского государства к ограничительным мерам, отсутствие жестких принудительных мер, сохранение принципа добровольности и автономии личности. Доказывается, что подобные принципы вполне подходят и в наше время, в условиях пандемии коронавируса, когда в некоторых странах активно обсуждаются предложения о необходимости принудительной вакцинации, более жестких ограничительных мер по отношению к населению.*

***Ключевые слова:** здоровье, профилактика, профилактические меры, охрана здоровья населения, массовая вакцинация, всеобщая диспансеризация, законодательство в сфере профилактики здоровья населения.*

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-011-00193.

HISTORICAL ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF LEGAL REGULATION OF THE PREVENTIVE PRINCIPLE IN THE ORGANIZATION OF HEALTH PROTECTION OF THE POPULATION OF RUSSIA²

Igor.M. Akulin, Ekaterina A. Chesnokova

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract. *This article is devoted to the historical analysis of the development of the legal basis of the preventive principle in healthcare in Russia from the moment of the emergence of official medicine (early 9th - 14th centuries) and until the early 90s associated with the transition from the state healthcare system (Beveridge - Semashko system) to the health insurance system (Bismarck system). The example of combating especially dangerous infections (smallpox, cholera, poliomyelitis, etc.) shows the humane approach of the Russian state to restrictive measures, the absence of strict coercive measures, the preservation of the principle of voluntariness and individual autonomy. It is proved that such principles are quite suitable in our time, in the context of the coronavirus pandemic, when proposals on the need for compulsory vaccination and stricter restrictive measures in relation to the population are actively discussed in some countries.*

Key words: *health, prevention, preventive measures, public health protection, mass vaccination, general medical examination, legislation in the field of public health prevention.*

1. Введение. Российская система здравоохранения прошла долгий путь становления от частной системы здравоохранения – народной медицины средневекового периода (возмездной, с участием иностранных врачей)³, до хорошо развитой системы здравоохранения советского периода, основанной на профилактических принципах (конец 70-х годов 20 века).⁴

Существенные изменения система здравоохранения претерпела в связи с переходом от бюджетного здравоохранения к системе медицинского страхования, внедрению рыночных отношений и развитию медицинских услуг, не характерных для традиций отечественной меди-

² *Acknowledgments: The reported study was funded by RFBR, project number 20-011-00193*

³ Загоскин Н.П. Врачи и врачебное дело в старинной Руси - Казань, 1891, - 37 с.

⁴ Венедиктов Д.Д. О некоторых уроках Алма-Атинской конференции. // Всемирный форум здравоохранения. - 1982. - Т. 2. - № 4. - С. 20 - 28.

цины. Данная реформа здравоохранения на долгие годы отдалила здравоохранение России от профилактических принципов.⁵

Тем не менее, нельзя не признать, что одним из основных достижений отечественного здравоохранения было развитие профилактических принципов, начиная с применения массовой вакцинации от оспы в XIX веке и уникального опыта внедрения диспансеризации раннего социалистического периода 30-х годов прошлого столетия. Главным достижением данного метода был массовый охват населения прививками, поддержание здоровья на высоком уровне путем соблюдения рекомендаций здорового образа жизни (ЗОЖ), повышение самосознания населения о необходимости предупреждения болезней. Подобные принципы невозможно внедрять только методом массового убеждения, они требовали законодательного закрепления с целью неуклонного их соблюдения. Однако баланс между общественной безопасностью, связанной, в основном, с массовыми инфекционными заболеваниями и автономией личности, соблюдением обязательности и добровольности, всегда входил в противоречие с государственными интересами, направленными на защиту общественного здоровья нации.

Каким же образом развивалась система здравоохранения, законодательство о здравоохранении, когда впервые появилась идея профилактики как основного метода российского государства в сохранении общественного здоровья? Подобный историко-правовой анализ представляет большой интерес. Остановимся кратко на истории этого вопроса.

2. Профилактика и здоровье населения в древней Руси. Роль государства.

До введения христианства на Руси медицина существовала в основном как народное целительство, используя опыт предшествующих поколений, природные факторы, сборы трав, языческие обряды и многое другое, что до сих пор мало изучено. Развитие медицины и появление зачатков профилактики началось с введения христианства в Древнерусском государстве (IX -XIV в. в.). Изменился образ жизни и мировоззрение людей. Дипломированных врачей не было, и народные вра-

⁵ DEVELOPMENT OF MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION. AT THE CROSSROADS. WHATS NEXT?

Akulin I.M., Zhiguleva L.Yu. Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine. 2019. T. 14. № 2. С. 147-157.

чеватели, “лечцы”, на Руси получали медицинские знания в “семейных школах”, где на основе семейного опыта и образа жизни древнерусских передавались знания о целительстве из поколения в поколение. Целительство, исцеление, во многом было связано с верой и душевными усилиями над собой. Роль народных врачей зачастую сводилась к поддержанию духовных сил. Доверительный характер этих отношений имел решающее значение для больного. В толковых словарях русского языка приводятся значения слов «целитель» и «целительство», раскрывающие глубинную сущность данных явлений. Так, в словаре Ожегова даётся определение **ЦЕЛИТЕЛЬ** - равнозначно исцелитель, Целитель недугов⁶. **Исцеление** - То же, что вылечить. И. больного. Время исцелит душевные раны (перен.).⁷ **ЦЕЛИТЕЛЬ**, м. устар. 1) Тот, кто исцеляет, врачует от чего-л.; 2) перен. Тот, кто способен утешить, успокоить, облегчить душевные страдания.⁸

Надо понимать, что исцеление в раннем периоде развития медицины было равнозначно душевному успокоению, излечение духа в первую очередь и основанного на вере в личность целителя и конечно на высшее силы, Бога. Не есть ли это главное начало в развитии деонтологических принципов в деятельности медицинских работников?

Несмотря на то, что в древней Руси еще не было врачей-профессионалов, ряд древнейших законодательных актов Руси подтверждает факт существования недипломированных врачей- “лечцов”. Труд их был возмездным и в “Правде русской”, например, говорится о том, что за излечение полагалась “лечцю мзда”. В статье 30 определено, что за нанесение раны виновный платит в казну пострадавшему “за рану ж лечебное”.⁹

Таким образом, впервые в истории здравоохранения России государство определило порядок оплаты частных лекарей, что явилось толчком к становлению профессиональной медицины и предпринимательства в сфере врачевания, однако до развития профилактических принципов на основе права было еще далеко.

В X веке в Древнерусском государстве, в основном, при княжеских дворах и монастырях работали врачи-профессионалы, находившиеся,

⁶ *Словарь русского языка Ожегова. 2012.*

⁷ *Толковый словарь Ожегова. С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. 1949-1992*

⁸ *Ефремова. Новый толково-словообразовательный словарь русского языка Ефремовой. 2012*

⁹ *”Правда русская.” - М. - Л.: Изд-во АН СССР, 1947, т. 11, - 354 с.*

по существу на службе у государства - Иван Смерч (двор князя Владимира), врач Агапий (Киево-Печерский монастырь) и другие.¹⁰ Древнерусское государство просуществовало 300 лет, а затем распалось на отдельные княжества. Завоевания русских земель татарами-монголами (1237-1240 гг.) привело к утрате политической независимости России почти на два с половиной столетия, погибли многие культурные ценности, в том числе и первые медицинские учреждения. Однако, в свободных от порабощения землях продолжалось развитие производительных сил, особенно в Северо-Западной Руси, которые способствовали развитию отечественной системы здравоохранения. В древнем Новгороде в XIV веке построена первая гражданская больница.¹¹ Продолжали развиваться монастырские больницы, широко использовался опыт народной медицины, основанной скорее на интуитивном, практическом профилактическом опыте защиты от многочисленных угроз здоровью россиян.¹²

Куликовская битва (1380 г.) открыла путь для создания централизованного Московского государства (1480 г.). Этот период характеризовался быстрым экономическим развитием страны, постоянной угрозой военного нападения извне, однако это способствовало развитию зачатков государственной медицины. В 1620 г. был создан Аптекарский Приказ, ставший высшим органом медицинского управления в Московском государстве.¹³

Аптекарский Приказ на первом этапе своей деятельности являлся придворным медицинским учреждением, управлял царской аптекой, ведал медицинским персоналом. В обязанности Приказа входило лечение царя и его семьи, а также ряда приближенных. По сути это был первый опыт посемейного принципа медицинского обслуживания в государстве. В 1631 году штат Аптекарского Приказа был небольшим: два врача, пять лекарей, один аптекарь, один окулист, два переводчика и один подъячий. В середине XVII века Аптекарский Приказ из придворного превратили в общегосударственное учреждение, ведавшее приглашением иноземных врачей, подготовкой национальных кадров,

¹⁰ *Киево-Печерский патерик*. - Киев. - 1870. - 88 с.

¹¹ Хлопин Г., Эрисман Ф. *Медицина и народное здравоохранение в России*. // *Энциклопедический словарь*. - Л.: Лениздат, 1991: - С.214- 217.

¹² Бердищев В.И. *О народном врачевании при православных монастырях*. // *Врач*. - 1901. - № 39. - С. 85 - 119.

¹³ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси* - Казань, 1891. - 37 с.

контролем за деятельностью медперсонала, аптеками и позднее созданием медицинской службы в армии. В 1681 году штат Аптекарского Приказа значительно увеличился. Среди 80 сотрудников было 6 докторов, 4 аптекаря, 3 алхимика, 16 лекарей-иноземцев, 21 русский лекарь, 38 учеников лекарского костоправного дела.¹⁴

В 1690 году был издан Указ царей Ивана и Петра Алексеевичей “Об улучшении постановки аптечного и медицинского дела в Аптекарском приказе”. В нем отмечались частые споры и несогласия между докторами и аптекарями “безо всякой причины... вражда ссоры, клевета и нелюбовь”, отсюда у младших чинов “докторам и аптекарям и непослушание, в делах нерадение”. Отмечалось, что при таких условиях изготовленные лекарства вместо пользы могут причинить людям страдания. Указом предписывались обязанности для каждого доктора и аптекаря принимать клятву и присягу.¹⁵

Эти меры способствовали становлению государственного здравоохранения, тем более, что все лекари состояли на государственной службе. В 1646 году открывается школа русских лекарей, появляются первые учебники (около 300 отечественных “травников” и “лечебников”), переводятся иностранные труды в области врачевания. Входит в традицию коллегиальность в решении сложных случаев, устраиваются консилиумы. Появились первые доктора медицины из числа “природных русских”: в XV в. - Юрий Дрогобычский и Георгий Скорина.^{16, 17}

Итак, в Московском государстве XVII столетия заложены основы для развития государственной медицины, однако, на уровне первичной медицинской помощи для населения Руси отсутствовала медицинская помощь как система, не существовало профилактических принципов, которые в основном основывались на семейных и народных знаниях, передаваемых из поколения в поколение. Тем более не существовало общегосударственных законодательных актов, способствующих оздоровлению населения.

¹⁴ *Материалы для истории медицины в России.* - СПб., 1881-1884. - Вып. I-III. - С. 309

¹⁵ *Правда русская.* - М. - Л.: Изд-во АН СССР, 1947. - Т. 11. - 354 с.

¹⁶ *Материалы для истории медицины в России.* - СПб., 1881-1884. - Вып. I-III. - С. 309

¹⁷ *Материалы для истории медицины в России.* - СПб., 1885. - Вып. IV. - С. 916-1015.

Появление государственной системы здравоохранения начинается с реформ Петра I в эпоху феодализма (XVII-XVIII в.в.) и она была ориентирована на потребности созданной реформами Петра I регулярных армии и флота. В связи с этим стал остро ощущаться недостаток во врачебных кадрах, была проведена реорганизация медицинского дела в стране. В Москве (1707 г.), а затем в Петербурге (1718 - 1719 гг.) были открыты военные госпитали и госпитальная школа при них, ставшие базой для подготовки врачебных кадров.^{18, 19} Развивается и совершенствуется государственное управление врачебным делом в России - вместо Аптекарского приказа учреждается медицинская канцелярия (1719 г.), а затем - медицинская коллегия (1763 г.).

На уровне уездов формируются Приказы общественного призрения, для управления лечебными учреждениями учреждается должность уездного лекаря (1775 г.) и затем губернские управы (1797 г.). В Москве и Петербурге действовали медицинские конторы, управляли ими главные врачи города. К концу XVIII столетия на гражданской службе состояло 878 врачей. Таким образом, появляется медицинская публичная служба, действовавшая в основном в первичном звене, под управлением местных властей.

Профилактическая деятельность врачей была сосредоточена на уровне семьи пациента и касалась мер индивидуальной профилактики, основывалась на личном опыте врачей, не носила массового характера. Именно поэтому она не способствовала настоящей борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями, которые в тот период уносили многие жизни россиян.

Недостаток врачебных кадров способствовали появлению отечественных школ подготовки врачебных кадров - Медико-хирургическая академия (Санкт-Петербург - 1798 г.), Московская медико-хирургическая академия, медицинский факультет Московского университета (1764-1761 гг.). В начале XIX столетия открылись медицинские факультеты в Казани, Дерпте, Вильно, Харькове.

Одновременно накапливаются знания в области общественной профилактики, в основном, направленной на предупреждение и ликвида-

¹⁸ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси - Казань, 1891.* - 37 с. 69. 69. .

¹⁹ Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. *История медицины.* - М.: Медицина., 1981. - 352 с.

цию эпидемий, началом которой стали масштабные мероприятия по борьбе с оспой, свирепствовавшей в России и по всей Европе. К общегосударственным мероприятиям по предупреждению и ликвидации эпидемий можно отнести организацию карантинных застав (1755 г.), утверждение должности “пограничного доктора” (1743 г.), утверждение Сенатом “Карантинного устава” (1800 г.), утверждение Медицинской коллегией Наставления о прививании предохранительной оспы (1803 г.) и другие.^{20, 21}

Появление правовых актов государства, поддерживающих профилактическое направление в охране здоровья общества, при отсутствии подготовленных кадров не могло обеспечить значительных успехов, т.к. врачебная прослойка в России была еще слишком мала.

Россия в период разложения феодализма (первая половина XIX в.) характеризовалась дальнейшим развитием капиталистических отношений в экономике (международной торговли, промышленности, сельского хозяйства), ростом населения. В связи с этим возникла острая потребность в медицинских специалистах и мерах, направленных на создание системы охраны здоровья, прежде всего в армии и затем - в общинах.^{22, 23}

Несмотря на достижения отечественной медицинской науки, состояние здоровья основной массы населения - крестьян - было крайне тяжелым. Эпидемии, недороды, голод были настоящими бедствиями. Вспышки чумы отмечались в 1804 и 1806 гг. на Кавказе, в 1806 г. - в Астрахани, в 1808 г. - в Саратовской губернии, в 1814г. - в Одессе. В 1830 году холера, впервые занесенная в страну из Персии, распространилась по всей Европейской части России.²⁴

Число врачей было крайне недостаточно, Если в 1809 году имелось 2508 врачей, то в 40-х годах их числилось свыше 8000, из них не менее трети служили в армии и флоте.^{25, 26} Большинство гражданских врачей

²⁰ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси - Казань, 1891. - 37 с.*

²¹ Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. *История медицины. - М.: Медицина., 1981. - 352 с.*

²² Мудров М.Я. *Избранные произведения. - М.: Медгиз, 1949. - С. 169-170.*

²³ Мудров М.Я. *Избранные произведения. - М.: Медгиз, 1949. - С. 221.*

²⁴ Жбанков Д.Н. *Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. - М., 1915. - 552 с.*

²⁵ *Материалы для истории медицины в России. - СПб., 1881.- Вып. II. - С. 207.*

²⁶ *Материалы для истории медицины в России. - СПб., 1885.- Вып. IV. - С. 916-1015.*

находились в городах. Устройство медицинской части в селах, больниц всецело было предоставлено помещикам. Медицинское дело в стране находилось в ведении департамента Министерства внутренних дел.

Таким образом, в этот период нельзя было говорить о существовании системы здравоохранения общегосударственного характера, особенно на уровне первичной медицинской помощи. Ситуация особенно ухудшилась в связи с чрезвычайно высокой детской смертностью (из 1000 родившихся лишь половина достигла шестилетнего возраста). Борьба за улучшение медицинского обслуживания населения, охрану здоровья народа, снижение детской смертности не могла успешно вестись одиночками. Врачи России объединялись вокруг многочисленных губернских, а затем уездных обществ врачей, съездов русских испытателей и врачей, журналов нового стиля.²⁷

К началу XIX века в России сформировалась сильная школа медицинской науки и практики, явившаяся основой для последующих успехов в решении проблем общественного здоровья. Несмотря на большое число иностранных врачей, ведущая роль в преподавании и становлении отечественного врачебного дела, врачебных кадров принадлежала отечественным ученым.²⁸

Для развития профилактических принципов в здравоохранении требовался объективный факт безусловной необходимости широких масштабных мероприятий для сохранения населения страны, введение законодательных актов. Таким фактом явилась стремительно распространявшаяся эпидемия оспы в мире, в том числе и России. Страх перед этой смертельной болезнью способствовал запретительным мерам принимаемым государствами, однако способы борьбы с этой инфекцией сами по себе таили смертельные опасности, имели немало исторически объективно «запланированных» жертв среди населения, на которых отработывалась методика оспопрививания. На примере истории оспопрививания хорошо можно проследить историю негативного отношения населения к вакцинации, необходимость соблюдения автономии личности, добровольности и обоснование жестких правоохранительных мер направленных на безопасность общественного здоровья нации.

²⁷ Бердачевский Г. *Перспективы русской общественной медицины. // Русское богатство. - 1907. - № 2. - С. 33 - 57.*

²⁸ Дядьковский И.Я. *Соч. - М.: Медгиз, 1954. - 77 с.*

3. Вакцинация против оспы – начало развитие профилактических принципов в здравоохранении России.

На протяжении последних столетий одной из самых спорных тем была и остается – специфическая профилактика (вакцинация), которая затрагивает основные человеческие ценности, свободу выбора, добровольность в принятии решений в сфере здоровья, автономию личности. Интересы индивидуума и общества в целом часто не совпадают. Однако, научный прогресс в медицине начался именно с открытием вакцинопрофилактики, что ярко подтвердилось на практике. Данное открытие способствовало развитию общественной профилактики и принятию законодательных ограничительных мер, зачастую носящих запретительный характер.

Определений понятию вакцинации огромное количество, но основным является данное Всемирной организацией здравоохранения: «**Вакцинация** – это простой, безопасный и эффективный способ защиты от болезней до того, как человек вступит в контакт с их возбудителями. Вакцинация задействует естественные защитные механизмы организма для формирования устойчивости к ряду инфекционных заболеваний и делает вашу иммунную систему сильнее».

ВОЗ утверждает: «Иммунизация спасает миллионы жизней и получила широкое признание в качестве одной из самых действенных и затратоэффективных мер в области здравоохранения».²⁹

Вакцинация является одним из самых важных достижений медицины в истории. Проблему «антипрививочников» ВОЗ отнес к одной из десяти проблем системы здравоохранения во всем мире в 21 веке.³⁰

До момента открытия в истории вакцинации, научное общество, да и само человечество прошло огромный путь. Одним из первых примеров проведения вакцинации стало использование вариоляции – намеренного заражения здорового человека оспой путем введения содержимого оспенного пузырька под кожу при помощи тонкого ножа, а после открытия Э.Дженнера в 1796 г. – вакцинации. До XVIII века предохранение от оспы по методу вариоляции долгое время практиковалась в народной

²⁹ *Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации. Доклад об оценке осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин за 2018 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. WHO/IVB/18.11). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

³⁰ *Еженедельный эпидемиологический бюллетень 22 ноября 2019 года, 94-й год № 47, 2019, 94, 541-560 <http://www.who.int/wer>.*

медицине ряда стран, а также на отдельных территориях России, отличалось местным характером, не получая широкого распространения. Постепенно в XVIII веке вариоляция как метод предохранения от оспы становится общим достоянием и распространяется из Западной Европы в Россию. В Европу она пришла через письма, а потом и личную инициативу леди Монтак, путешествовавшей по восточным странам и обнаружившей эту процедуру в Стамбуле в 1715 году.³¹

Пропагандистами оспопрививания были многие известные люди. Один из крупнейших французских философпросветителей XVIII века Франсуа-Мари Аруэ Вольтер (Franzois Marie Arouet Voltaire, 1694–1778) в своих философских письмах (письмо XI: «Sur l'insertion de la petite verole») подвергал критике англичан за предубеждение против прививок.

Горячим сторонником распространения этой прививки был американский государственный деятель и ученый Б. Франклин (Benjamin Franklin, 1706–1790). Как и во многих странах в США попытки прививать оспу вызывали стихийные протесты, вплоть до физических расправ с врачами. Законодательные и исполнительные власти колоний демонстрировали непонимание и противодействие оспопрививанию, а в провинции Массачусетс издали закон, запрещающий его. Б. Франклин всеми имевшимися у него средствами боролся с подобными невежественными действиями, будучи убежденным в том, что «прививка – безопасная и полезная мера». ³² В ходе войны за независимость США от Англии Джордж Вашингтон вариолировал натуральную оспу всем своим солдатам и этим защитил армию от заболевания.³³

Введение массовой вакцинации невозможно без принуждения, о чем говорит история развития этого метода, но все-таки метод убеждения остается приоритетным для большинства стран. Только стихийный непредсказуемый характер особо опасных инфекций ставит под сомнение принцип добровольности и приоритетности автономии личности. Анализ истории в нашей стране также подтверждает этот вывод на примере оспы.

³¹ *Inaya Hajj Hussein, Nour Chams, Sana Chams, Skye El Sayegh, Reina Badran, et. al.. (2015).*

³² *Иванов Р.Ф. Бенджамин Франклин. М.: Молодая Гвардия; 1972.*

³³ *Ann M. Becker. (2004). Smallpox in Washington's Army: Strategic Implications of the Disease During the American Revolutionary War. The Journal of Military History. 68, 381-430.*

До сих пор нет единого мнения, когда на Руси появилась оспа. Практически единственными источниками сведений о повальных (эпидемических) болезнях в древней Руси служат летописи, начиная с 1097 г., а с середины XVII века первое Полное собрание законов Российской империи. Основываясь на этих источниках, можно проследить, как изменялись, усложнялись, совершенствовались мероприятия по борьбе с эпидемиями, но они мало сообщают о характере эпидемии, ее масштабах.

Известный историк В.О. Губерт (1862–1941), указал, что одно из первых описаний эпидемий оспы в русских летописях, в частности в Никоновской, относится к 1427 г., когда на Руси «Мор бысть велик во всех градах русских по всем землям, и мерли прыщем ...».³⁴ Первое правительственное распоряжение относительно оспы появилось в царствование Федора Алексеевича – именной указ № 826 от 8 июня 1680 г., где говорилось, что тем, которые имели доступ ко двору, объявлено, чтобы они не имели никакого сообщения с особою государя, пока у них в доме не пройдет болезнь. За неисполнение этих правил виновный подвергался строгому наказанию: «И тот за такую их бесстрашную дерзость и за неостерегательство Его Государева здоровья, по сыску быть в великой опале, а иным и в наказаньи, и в разореньи без всякого милосердия и пощады, и поместья их, и вотчины взяты будут на него, Великого Государя, и отданы в раздачу бесповоротно».³⁵

Эти мероприятия имели прямое отношение главным образом к особе государя и окружающим его лицам. О массовом характере профилактических мероприятий в России не шло.

В царствование Петра I вышло более десятка указов о мерах по недопущению распространения инфекционных заболеваний. Издавались они и позже. Во время оспенной эпидемии в Петербурге в 1727 г. было распространено строгое распоряжение о прекращении доступа населения на Васильевский остров, где находилась в то время резиденция четырнадцатилетнего царя Петра II. В указе от 10 декабря 1722 г. № 34130, п. 39 требовалось срочно сообщать о всех случаях оспы в Поллицейстерскую канцелярию. Несмотря на все меры, инфекция была

³⁴ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

³⁵ *Полное собрание законов Российской империи. Собрание 1-е / Под ред. М.М. Сперанского.* СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии; 1830; т. 2: 269.

занесена во дворец, по предположению князем С.Г. Долгоруким, у которого оспой болели дети. Петр II заболел оспой и умер (1730 г).

Во время царствования Елизаветы Алексеевны эпидемия оспы вспыхнула в Петербурге в 1741 г. Она инициировала указ от 11 февраля 1742 г. № 8512 «О воспрещении проезда ко дворцу лицам, у которых в домах окажется оспа...», в котором, оговаривались меры по изоляции больных.

Вариоляция как метод предохранения от оспы пришла в Россию из Западной Европы. Имеются сведения, что в 1741 г., когда в Петербурге вспыхнула эпидемия оспы, греческим врачом Д. Манолаки было предложено императрице Елизавете Петровне произвести предохранительную прививку. Помня об участии своего племянника Петра II и опасаясь за свою жизнь, Елизавета Алексеевна, тем не менее, так и не решилась на инокуляцию оспы.

Первой областью, где она была введена, была Лифляндская губерния (название территории северной Латвии и южной Эстонии в XVII – начале XX века). Имеются относящиеся к 1756 г. сведения, что здесь доктор Шуленius удачно применил вариоляцию в Дерптском округе.

В Петербурге первые прививки были проведены в 1764 г. главным врачом русского флота А.Г. Бахерахтом и доктором И.З. Кельхом. В 1765 г. доктор медицины, член Императорского вольно-экономического общества, ученый секретарь медицинской коллегии Х. Пекен (1731–1779) сделал доклад об оспе и оспопрививании, который напечатал в Трудах Вольно-экономического общества и выпустил отдельным изданием.³⁶

На заседании Комиссии для сочинения проекта нового уложения (законодательства) 11 декабря 1767 г. депутат Медицинской коллегии доктор Г.Ф. Аш (1729–1807) обратил внимание коллег на успехи Западной Европы в борьбе с оспой, особенно в Англии и на территории Российской империи в Лифляндии и Эстонии. Приводя успешные примеры, он убеждал собравшихся разделить его мнение, «...что вернейшим средством для предохранения русского населения от оспенных эпидемий следует признать искусственное заражение этою болезнью».³⁷

³⁶ *Способ, как сельским обывателям пользоваться себя в оспе; сочинение Пекена; перевел Алексей Протасев. Санкт-Петербург, 1766 г*

³⁷ *Губерт В. О. Оспа и оспопрививание. Исторический очерк д XIX столетия. СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.*

Одним из тормозов введения и развития не только вариоляции, но в последующем и вакцинации были существовавшие в российском обществе, как в других странах, предрассудки против прививки оспы. Вариоляция производилась в специальных оспенных домах, в воспитательных домах и учебных заведениях (училище при Академии художеств, кадетский корпус, Смольный институт). Прививались в основном дети, начиная с первого года жизни.

В России вариоляция была внедрена императрицей Екатериной³⁸. Ее пример способствовал распространению прививки оспы в 1770—1780-е годы, и по числу привитых Россия не только сравнялась с европейскими странами, но и опередила их. В память привития оспы Екатерине II было отчеканено 12 медалей по Сенатскому указу от 14 мая 1772 г. Екатерина «не только осмелилась быть из первых», но и повелела обнародовать описание своей болезни, «чтоб и другие, употребляя те же средства, удобно предохраняли себя от опасностей...».³⁹

Вызывает искреннее восхищение поступок Екатерины II, так как на своем примере впервые государственный деятель показал эффективность новации в медицине на себе, но и последующие ее указы говорили, о том, что забота о здоровье населения также вдохновляло ее на этот опасный эксперимент. Однако Екатерина понимала, что распространение прививки все еще недостаточное. Иницируется целый ряд мероприятий правительственного характера. Для производства вариоляции были открыты новые оспенные дома: в Иркутске (1772), Киеве, Царском Селе, Ижоре.

Вместе с открытием оспенных домов был усилен врачебный контроль санитарного состояния различных местностей. Издавались указы о запрещении больным или имеющим больных в доме посещать церкви, приглашать знакомых на похороны, вносить покойника в кладбищенскую церковь, а кладбищенские священники вообще изолировались от остальной иерархии священнослужителей.

³⁸ Микиртичан Г.Л. (2016). Из истории вакцинопрофилактики: оснопрививание. *Российский педиатрический журнал*. 19, 55–62.

³⁹ Димсдаль Ф. *Нынешний способ прививать оспу, к которому прибавлено несколько опытов учиненных для усмотрения следствий, чтоб лечить подобным же образом и естественную, или природную оспу: к сему переводу прибавления, которых содержание означено после предисловия: Пер. с англ. по 4 изд. Сичкарева Л.* СПб.: Императорская Академия Наук; 1770.

В те же годы Медицинская коллегия командировала врачей в другие города для проведения оспопрививания. Всего с 1756 по 1780 г. в России было сделано 20 090 прививок против оспы. Первоначально правительство назначало денежные награды родителям за каждого ребенка, принесенного в оспопрививательное заведение. А врачам вменялось в обязанность проводить прививки в каждом доме, где появится в этом необходимость. За успешное привитие оспы выдавалась золотая, серебряная или бронзовая медаль. С середины 50-х годов XVIII века до 1780 г. число привитых в России превысило 20 000 человек.⁴⁰

В 1770 г. в Санкт-Петербурге было опубликовано два сочинения: официальное наставление о прививании оспы, включенное в Полное собрание законов Российской империи № 13 445, 30 марта 1770 г., с. 47–52. «Краткое и ясное наставление, каким образом содержать больного как в натуральной, так и прививной оспе по методу господина барона Димсдаля».

Второе – сочинение Ф. Димсдаля «Нынешний способ прививать оспу...», приложение к которому стало своеобразным медицинским дневником, где врач подробно, день за днем, описывает состояние Екатерины после прививки.

Многочисленные данные об опасности вариоляций способствовали появлению свидетельств ряда исследователей Англии, Германии, Дании, но это не остановило исследователей по дальнейшим экспериментам и английский сельский врач Э. Дженнеру (Edward Jenner, 1749–1823), был первым, кто представил и опубликовал доказательство того, что вакцинация эффективна.

Успехи вакцинации привели к тому, что вариоляция стала уходить в небытие и ее в конце концов, запретили в Англии в 1840 г.⁴¹ В Россию изобретение Э. Дженнера проникло в октябре 1801 г., первую вакцину прислал в Москву из Бреславля доктор Friese: вакцинной лимфой были пропитаны нитки и палочки из слоновой кости. Вдовствующая императрица Мария Федоровна, начальница над Обществом благородных девиц и воспитательными домами, находившаяся в это время в Москве по случаю коронации сына Императора Александра I, поручила за-

⁴⁰ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

⁴¹ Wolfe R. M., Sharp L. K. *Anti-vaccinationists past and present.* *Br.Med. J.* 2002; 325: 430.

няться опытами прививания вакцины питомцам Московского воспитательного дома.

Первая прививка в октябре 1801 г. была выполнена публично в присутствии Совета воспитательного дома, придворных, лейб-медиков и других почетных особ воспитаннику этого дома Антону Петрову, прививку успешно сделал известный врач Е. О. Мухин (1766–1850).⁴²

В декабре 1801 г. было решено проводить вакцинацию всех детей даже с 7–8-дневного возраста, не обращая внимания на различные заболевания, сопровождающие этот возраст. Это же указание было повторено в 1807 г.⁴³ Позже было принято решение о вакцинировании детей только по достижении ими 3 мес, причем питомцев, находившихся на воспитании в деревнях, приказано было привозить для этой цели в город. В 1804 г. предписано было объездным лекарям в случае необходимости повторять прививку, и даже неоднократно. За период с 1801 по 1810 г. в Петербургском воспитательном доме вакцинация была сделана 18 626 детям. С 1804 по 1810 г. в 52 губерниях в России вакцинация была проведена 937 080 детям.⁴⁴ Как и в других странах, в России вакцинация встречала сопротивление части населения, ряда священнослужителей и некоторых врачей. Распространению вакцинации способствовала активная пропаганда этого метода отечественными врачами, а также выход официальных инструкций и распоряжений об оспопрививании (**прививание было не обязательным**). Интересным фактом является указ Синода 1804 г., предлагающий священникам распространять в народе правильный взгляд на прививание коровьей оспы и развеять существующие в некоторых местностях против нее предрассудки.⁴⁵

В 1805 г. министр внутренних дел разослал циркуляр, в котором предписывалось всем врачебным управам заниматься оспопрививанием, «...поставив предмет сей в непременную обязанность уездных ме-

⁴² Шер С.А. *История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2011; 4: 58–61..

⁴³ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

⁴⁴ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

⁴⁵ Губерт В. О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия.* СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

дицинских чиновников». В то же время от медицинских чинов требовали строго следить за тем, чтобы вакцинация проводилась только свежей лимфой, а «не из сухого оспенного струпа», не дозволялось производить прививание людям «не имеющими на то никакого дозволения».

Мария Федоровна находилась в переписке с Э. Дженнером, неоднократно выражала ему свою признательность. По окончании наполеоновских войн Э. Дженнер в 1814 г. посетил Россию и был представлен Великой княгине Елене Павловне и Императору Александру I, который сказал ему: «Доктор Дженнер, вы должны быть очень счастливы: сознание добра, сделанного вами человечеству, должно быть для Вас источником неисчерпаемого наслаждения, и мне приятно слышать, что Вы снискали себе благодарность, похвалу и воздаяние от людей».⁴⁶

В течение XIX века неоднократно поднимался вопрос о введении в России обязательного оспопрививания, однако все законопроекты отклонялись.

Краткая история оспопрививания и взгляд современного этико-правового регулирования, не смотря на высокую и благородную цель – ликвидации опустошительных эпидемий натуральной оспы, объектом своих исследований, экспериментов, ученые и врачи практики избирали преимущественно детей.

Трудно представить подобное в наше время, если бы законодательство запрещало подобные эксперименты в то время, смогли ли мы наблюдать полное исчезновение оспы. Если бы Дженнер жил в наше время, то проведенный им эксперимент нельзя было бы применять на практике и вообще исполнять. Так как он совершенно не соответствует современным требованиям нормативно-правовой документации и законодательству в сфере вакцино- и иммунопрофилактики.

Разработка прививки против оспы Э. Дженнером названа гениальным открытием, опередившим время. Оно послужило исходной точкой для ряда других великих открытий: предохранительной вакцинации сибирской язвы, лечения бешенства, дифтерии, коклюша, полиомиелита и др.

Термин «вакцина» произошел от латинского слова *vassa* – корова, его ввел французский микробиолог Луи Пастер (1822–1895) в честь Э. Дженнера.

⁴⁶ Святловский В. В. *Эд. Дженнер. Его жизнь и научная деятельность*. СПб.: Тип. Ю. Н. Эрлих; 1891.

В 1881 г. на Международном съезде врачей в Лондоне Л.Пастер сделал свой исторический доклад о научных основах метода прививок против заразных болезней. «Я придал слову вакцинация более широкое значение, – сказал Пастер, – в надежде, что наука освятит его как выражение признательности к заслугам и неизмеримой пользе, принесенной одним из величайших людей Англии – Дженнером».⁴⁷ Благодаря международным усилиям натуральная оспа стала первым заболеванием, которое удалось победить человечеству с помощью вакцинации, на XXXIII сессии ВОЗ в 1980 г. торжественно объявлено о ликвидации оспы в мире.

Первоначально изобретенные вакцины прекрасно себя показали именно на бактериальных инфекциях, благодаря Пастеру, Коху и их последователям. Но что же делать с вирусными инфекциями. Как известно вирус не жизнеспособен без живых тканей. Историю появления противовирусных вакцин нагляднее всего показать на примере полиомиелита.

Полиомиелит – детский спинномозговой паралич, острое, высококонтагиозное вирусное инфекционное заболевание, обусловленное поражением серого вещества спинного мозга полиовирусом и характеризующееся преимущественно патологией нервной системы.⁴⁸ Группами риска являются чаще всего дети, хотя заболеть могут люди абсолютно из любой возрастной группы.

К разработке вакцины от полиомиелита стремились многие исследователи. Первые шаги в эту сторону удалось сделать, когда разработали методы культивирования вирусов в культурах тканей (о том, как работают с культурами клеток и тканей, мы подробно рассказывали в статье «12 методов в картинках: клеточные технологии».⁴⁹ Полиомиелит был очень важной целью, потому неудивительно, что сразу несколько групп начали разрабатывать вакцину.

История вакцинации против полиомиелита ознаменовалась несколькими публичными осуждениями врачей, которые практически решили проблему ликвидации полиомиелита с помощью вакцинации,

⁴⁷ *Оспопрививание. В кн.: Энциклопедический словарь. СПб.: Изд. Брокгауз и Эфрон; 1897; т. 22: 310 с.*

⁴⁸ *Disease Ontology release 2019-05-13 – 2019-05-13 – 2019.*

⁴⁹ *Polio vaccines: WHO position paper, January 2014. (неопр.) // Wkly Epidemiol Rec. – 2014. – 28 February (т. 89, № 9). – С. 73–92. – PMID 24707513.*

но не смогли доказать публично ее эффективность, что отбросило создание эффективной вакцины почти на 20 лет. Исследователи Американской ассоциации общественного здоровья (American Public Health Association) Джон Кольмер из института Темпла в Филадельфии и молодой 30-летний исследователь из Нью-Йорка Морис Броди были подвергнуты осуждению коллег за применение ослабленной живой вакцины у 10725 детей с трагическими последствиями только у 10 из них, а у Бродиды среди привитых 7500 только у 6 детей были осложнения, но он применял вакцину убитую формальдегидом.⁵⁰ Это хороший результат для новой вакцины. Однако судьба этих ученых оказалась предрешена и метод был не одобрен.

Успех произошел только в 1950-х годах и связан с именами еще двух исследователей — Джонаса Солка и Альберта Сейбина. Полиомиелит свирепствовал повсеместно и вакцину давно ждали. Солк разрабатывал вакцину по методу Бродиды — убитую формальдегидом, а Сейбин — живую ослабленную вакцину.⁵¹ Вакцина Сейбина закапывали в рот, таким же путем, как в организм попадает обычный полиовирус. Результат работы Сейбина оказались эффективнее вакцины Солка (иммунитет длился дольше), но и побочные эффекты случались значительно реже.

В настоящий момент для совмещения преимуществ обоих видов вакцины, детей сначала прививают убитым вирусом, а после нескольких процедур переходят на ослабленный. Это позволяет получить сильную защиту практически без риска побочных эффектов.⁵² Вакцинация против полиомиелита позволила практически избавить детское население от данного тяжелого заболевания, но вместе с тем, показало необходимость разрабатывать профилактические государственные программы, основанные на бесплатном и добровольном принципе их применения в России.

⁵⁰ Williams G. *Paralysed with Fear: The Story of Polio*. Springer, 2013. - 354 p.

⁵¹ A. B. Sabin. (1985). *Oral Poliovirus Vaccine: History of Its Development and Use and Current Challenge to Eliminate Poliomyelitis from the World*. *Journal of Infectious Diseases*. 151, 420-436.

⁵² J. F. Modlin, N. A. Halsey, M. L. Thoms, C. K. Meschievitz, P. A. Patriarca, the Baltimore Area Polio Vaccine Study Group. (1997). *Humoral and Mucosal Immunity in Infants Induced by Three Sequential Inactivated Poliovirus Vaccine-Live Attenuated Oral Poliovirus Vaccine Immunization Schedules*. *Journal of Infectious Diseases*. 175, S228-S234.

4. Становление отечественной школы медико-профилактического дела в России в конце XIX начале XX веков.

История развития русской медицины, врачебного дела во второй трети XIX века характеризуется выдающимися достижениями отечественной науки в естествознании, экспериментальных исследованиях. Большой вклад в мировую науку внесли передовые русские врачи (М.Я. Мудров, Е.О. Мухин, И.Е. Давыдовский и др.). Они способствовали внедрению профилактики среди населения России, созданию условий борьбы с массовыми заболеваниями, внедрению профилактических принципов в деятельность врачей, работавших непосредственно с семьей. Так была подготовлена почва к переходу к земской медицине.

В 1855 г. на престол вступил Александр II. За четверть века царствования Александра II произошли чрезвычайно важные политические и экономические изменения, затронувшие многие стороны жизни России, в том числе и здравоохранение. В январе 1864 г. Александр II издал “Положение о губернских и уездных учреждениях”,⁵³ в котором кроме административных реформ предписывалось органам местного самоуправления содержание в т. ч. содержание больниц, богаделен и приютов, организация медицинской помощи в деревне и т.д.

В середине XIX в. около 90 % жителей России проживало в сельской местности, общий уровень заболеваемости был чрезвычайно высок, что объяснялось низким экономическим и образовательным уровнем селян, а также несовершенством существовавшей системы здравоохранения.⁵⁴ В 1864 г. в России насчитывалось 34 земских и 14 неземских губерний. Чтобы приблизить медицинскую помощь к нуждающимся, в каждом уезде земской губернии было образовано по 4 - 5 врачебных участка с радиусом обслуживания около 15 верст и больницей в центре участка. В среднем, в центральной части России одна больница приходилась на 100 селений (20000 жителей); в восточной - на 300-400 селений (60000 жителей). Основной структурной единицей в работе земского врача была крестьянская семья - крестьянский двор.

В Уставе земской медицины⁵⁵ было записано, что земские лечебные заведения и состоящий при них персонал имеют своей целью служе-

⁵³ Полное собрание законов Российской Империи. Собрание. Отд. I. Т. 39. № 40457. С. 1–10

⁵⁴ Гиккель Э.И. Положение земской медицины в Тамбовской губернии. // *Общественный врач.* - 1911. - № 9. - С. 17-26.

⁵⁵ Мышь М. И. Положение о земских учреждениях 12 июня 1890 г. со всеми относящимися к нему узаконениями, судебными и правительственными разъяснениями. Т. 1. Издание 3-е. - СПб., 1900.

ние сельскому населению приписанных к ним участков, чем и определяется круг их деятельности. Было отмечено, что поскольку крестьяне предпочитают лечиться у себя дома, без особой нужды помещать их в лечебницы не следует.⁵⁶

В 1892-1893 г. для организации мероприятий по предупреждению возникновения и распространения заболеваний, вызванных особо опасными инфекциями, при земских управах были созданы санитарно-исполнительные комиссии. Одной из форм профилактической работы земского врача, особенно при угрозе эпидемии, стали подворные обходы, которые можно условно рассматривать как прообраз современной диспансеризации населения.⁵⁷

Для координации финансово-хозяйственной деятельности земской медицины во многих уездах были образованы совещательные “санитарные” или “врачебные” советы, или “санитарные комиссии”, состоящие из земских врачей уезда, нескольких доверенных лиц (так называемые “гласные”), которых выбирало земское собрание и члены земской управы; руководил работой председатель земской управы.⁵⁸

Финансовой основой земств являлись налоги с крестьянских дворов (в том числе и на содержание земской медицины). Первоначально земства брали плату за лечение в больницах и амбулаториях, плата для того времени была немалой 6- 9 рублей в месяц. Однако уездные земства постоянно снижали эту плату, отменяли ее то для одной, то для другой категории больных. В результате, начиная с 80-90 годов XIX в., земства отказались от взимания платы сначала за стационарное, а затем и за амбулаторное лечение, за фельдшерский, а в дальнейшем и за врачебный прием.

При этом плата за стационарное лечение сохранилась к 1910 г. главным образом в уездных городских больницах и только для пациентов из других уездов. В 1903 г. Правительство утвердило специальное “Положение об управлении земским хозяйством”, в статье 104 которого было указано, “что во всех содержимых на земские средства сельских

⁵⁵ Мышь М. И. Положение о земских учреждениях 12 июня 1890 г. со всеми относящимися к нему узаконениями, судебными и правительственными разъяснениями. Т.1. Издание 3-е. - СПб., 1900.

⁵⁶ Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. - М. - 1899. - 340 с.

⁵⁷ К полувековому юбилею земств. // Практический врач. - 1914. - № 3. - С. 12-18.

⁵⁸ Никольский Д.П. Обзор деятельности губернских съездов земских врачей в России. - СПб, 1888-1892. -Вып. I-III.- С. 90-91.

лечебных заведениях жители губернии пользуются бесплатной медицинской помощью”.⁵⁹

К концу XIX в. значительный рост доходов земских врачей явился стимулом для перехода многих из них на постоянную работу на двух-трех сельских участках. Увеличилась и общая численность земских врачей: если в 1870 г. в земских губерниях работало всего 613 земских врачей; в 1890 г. - 1818; то в 1910 - уже 3802. Проводимые мероприятия дали положительные результаты: в 1867 г. смертность в России на 1 тыс. жителей составляла 37 человек; в 1887 г. - 34; в 1907г. - 28; а в 1917 - 27.⁶⁰

С 1870 г. число земских врачей увеличилось в 5 раз; врачебных участков - в 5,5 раз; лечебниц - в 20 раз; количество жителей, обслуживаемых одним врачом, уменьшилось с 95 тыс. до 28 тыс.⁶¹

Земская медицина явилась в жизни России совершенно уникальным фактором национального общественного (публичного) служения исключающего в принципе преимущество сильных и богатых.

Анализ литературных произведений (В.В. Вересаев, А.П. Чехов, А.М. Горький и др.) и исторических материалов свидетельствует, что социальный статус врача в российском обществе и в семье был чрезвычайно высок.^{62, 63}

Земская медицина, по нашему мнению, является исторической основой российского общественного здравоохранения, началом профилактических принципов в организации охраны здоровья населения России.

В этот период в XIX веке и на Западе и в России активно начинает развиваться новая научная дисциплина - гигиена, истоки которой уходят в начальные периоды жизни человеческого общества, но фрагментарно присутствовавшая в практической деятельности земских медиков. Развитие медицины в России XIX в. нашли выражение в направ-

⁵⁹ *Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи 1895-1898 гг. / под ред. Рагозина Л.Ф., Вып. I-III. Спб. - Издат. Мед. департамента. - С. 28-39.*

⁶⁰ *Труды Комиссии по вопросу об уменьшении смертности в России. - СПб., 1888. - Вып I-II. - С. 15-18.*

⁶¹ *Левит М.М. Земская медицина. // БМЭ.- М.- 1978. Т. I - С. 437-441.*

⁶² *К полувековому юбилею земств. // Практический врач.- 1914. - № 3.- С. 12-18.*

⁶³ *Гиккель Э.И. Положение земской медицины в Тамбовской губернии. // Общественный врач. - 1911.- № 9. - С. 17-26.*

лении и содержании деятельности виднейшего русского клинициста-терапевта этого времени С.П. Боткина (1832-1889).⁶⁴ По его инициативе в 1884 г. были введены должности так называемых думских врачей - содержавшихся городской управой уастковых врачей для бесплатного обслуживания нуждающегося населения и проведения противоэпидемических мероприятий. Это был первый в России и во всем мире пример участковой медицинской помощи в городах.^{65, 66} Многочисленные общественно-медицинские начинания, инициатором или проводником которых явился С.П. Боткин, были сильно ограничены и практически трудно осуществимы в России того времени, главным образом из-за кадрового дефицита.

В последующие трудные годы становления Советской республики профилактические принципы, разработанные отечественными учеными-клиницистами по-существу спасли страну от эпидемий и способствовали накоплению уникального опыта развития общественного здравоохранения, особенно важного для развивающихся стран.

Таким образом, идеи создания публичной врачебной службы, основанной на профилактической медицине, впервые появились в России значительно раньше чем во многих европейских странах и США.

Данные принципы носили гуманный, демократический характер, имели в своей основе уникальный опыт государственного подхода к сохранению общественного здоровья населения России, вместе с тем учитывалось и стремление общества основанного на особенностях культурных, религиозных традиций, к сохранению автономии личности добровольности принятия решений в медицине включая и профилактическую вакцинацию, методы диспансерного подхода в сохранении здоровья. **Остановимся кратко на анализе этого опыта.**

5. Развитие профилактического принципа на основе диспансерного метода в СССР. Успехи и неудачи.

В послереволюционные годы у истоков отечественного здравоохранения стояли врачи Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, В.А. Обух, И.В. Русаков, С.И. Мицкевич, В.М. Бонч-Бруевич, В.П. Лебедева и другие,

⁶⁴ Боткин С.П. *Письма из Болгарии*. - СПб., 1893. - С.199.

⁶⁵ Жбанков Д.Н. *Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России*. - М., 1915. - 552 с.

⁶⁶ *Петроградская городская дума в 1913-1915 г.г.* - Петроград. - 1915. - С. 173-176.

работавшие до революции в земствах. Они возглавили борьбу с эпидемиями и детской смертностью.

На первых этапах становления государственного советского здравоохранения провозглашенные социальные гарантии не давали существенных преимуществ по сравнению с предыдущим периодом.⁶⁷ В эти годы медико-демографические показатели оказываются более низкими, чем в 1913 г. Хотя в “благополучном” довоенном 1913 году в Петербурге было зарегистрировано 78 тыс. различных инфекционных заболеваний и около одной трети всех умерших умерли от этих заболеваний.⁶⁸

Смертность населения (на 1000 человек) составляла почти 23,0, а из 1000 родившихся детей свыше 230 умирали, не дожив и до 1 года. Средняя продолжительность жизни населения Петербурга равнялась всего лишь 34 годам. (36) В этих условиях переход к государственному здравоохранению, внедрение профилактического метода, как основы всей системы здравоохранения России был исторически оправдан.⁶⁹

Безусловно, массовый характер санитарно-эпидемических и лечебных мероприятий заслонил семейный принцип, ликвидировал индивидуальный подход в вопросах здоровья и профилактики, тем более, что В.И. Лениным был провозглашен приоритетным принцип охраны здоровья рабочих. “В стране, которая разорена, первая задача - спасти трудящегося! Первая производительная сила всего человечества есть рабочий, трудящийся. Если он выживет, мы все восстановим”.⁷⁰ В этих рамках врач перестает быть работником, свободным от идеологических представлений, индивидуальным предпринимателем - он служит государственной идеологии марксизма-ленинизма.⁷¹ Однако, выбранный государством курс на массовые профилактические коллективные

⁶⁷ Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. *История медицины*. - М.: Медицина., 1981. - 352 с.

⁶⁸ Нейштадт Э.Д. *Место здравоохранения в общем плане социалистического строительства хозяйства и культуры нашей страны. // Вопросы здравоохранения*. - 1929. - № 16 - 17. - С. 74 - 79.

⁶⁹ Кац Я.Ю. *Профболезненность и лечебная помощь. // Еженедельник Мос-горздраводела*. - 1924. - №4. - С. 43-46.

⁷⁰ Ленин В.И. *Полн. собр. соч.* - Т. 38. - 359 с.

⁷¹ Нейштадт Э.Д. *Место здравоохранения в общем плане социалистического строительства хозяйства и культуры нашей страны. // Вопросы здравоохранения*. - 1929. - № 16 - 17. - С. 74 - 79.

санитарно-эпидемиологические и медико-санитарные мероприятия, привели к определенным успехам в борьбе с инфекционными заболеваниями. В этот период активно стал развиваться диспансерный метод, взятый на вооружение у европейских систем здравоохранения.^{72, 73}

Применение диспансерного метода началось с 1923 года прежде всего в борьбе с профессиональными заболеваниями, изучении условий труда и быта с точки зрения влияния их на состояние как самого больного, так и течения его болезни.^{74, 75, 76}

Был намечен план перехода всей лечебно-санитарной организации на профилактическую борьбу с вредными условиями труда и быта. Сущность диспансеризации заключалась в учете нуждаемости в распределении лечебно-социальной помощи: “Учаспред” - такой формулой обозначил эту акцию В.А. Обух.⁷⁷

Определенное положительное влияние на развитие оздоровительных начал в обществе оказало создание профилактических учреждений: диетических столовых, ночных профилакториев, физиотерапевтических площадок. Количество охваченных диспансеризацией предприятий и учреждений увеличивалось из года в год. Постепенно у руководителей здравоохранения и практических врачей, связанных с вопросами использования результатов первичных осмотров, нарастала озабоченность невозможностью использования накопившейся информации.^{78, 79} В целом верный подход к оздоровлению быта семьи не учи-

⁷² Базанов Н.В. *Плановые перспективы диспансеризации городского населения: Автореф. дис. канд. мед. наук.* - Л., 1965. - 256 с.

⁷³ Оппенгейм Д.Г. *Единый диспансер - система социального здравоохранения.* // *Бюллетень отдела здравоохранения Московского Совета РК и РД.* - 1929. - № 21-27. - С. 289-309.

⁷⁴ Никитский С. *К вопросу о последующем диспансерном наблюдении.* // *Еженедельник Мосгорздравотдела.* - 1925. - № 2. - С. 1109-1117.

⁷⁵ *Обзор работы МОЗ по организации и изучению профессиональной болезненности.* // *Еженедельник Мосгорздравотдела.* - 1923. - № 29. - С. 16-18.

⁷⁶ Обух В.К. *К выполнению наказа.* // *Еженедельник Мосгорздравотдела.* - 1923. - № 43. - С. 1-8.

⁷⁷ Гинодман А. *Как идет диспансеризация.* // *Еженедельник Мосгорздрава.* - 1926. - №5. - С. 254-256.

⁷⁸ Боголепова Л.С. *Роль повторных осмотров и текущей амбулаторной посещаемости в системе диспансеризации.* // *Ежегодник Мосгорздравотдела.* - 1926. - № 34-35. - С. 478-482.

⁷⁹ Гуревич С.А. *Здравоохранение на новом этапе. Мосгорздравотдел.* - М. - 1929. - 44 с.

тывал возможностей того времени, прежде всего в недостаточном кадровом обеспечении. Качественные показатели здравоохранения такой подход существенно не улучшил, но руководство страны приняло решения на увеличение кадрового состава, коечного фонда, амбулаторно-поликлинических учреждений, что в условиях развивающегося государства было очевидно правильным решением.⁸⁰

Для профилактических мероприятий были привлечен огромный кадровый состав российского здравоохранения. Вся страна включилась в борьбу за здоровых образ жизни, профилактику в основном массовых инфекционных заболеваний. Это дало ощутимый эффект.

В последующие годы экстенсивный путь развития советского здравоохранения безусловно сыграл положительную роль в отечественной системе охраны здоровья и явился примером для многих развивающихся стран. За сравнительно короткий период времени советским здравоохранением были достигнуты большие успехи в быстрой ликвидации эпидемических и социальных болезней.⁸¹ Увеличилась средняя продолжительность жизни более чем в 2 раза; общая смертность снизилась в 3 раза; а детская смертность - в 11 раз. Полностью ликвидированы были такие опасные болезни как холера, чума, оспа и дифтерия, резко сократилась заболеваемость туберкулезом, полиомиелитом и другими заболеваниями.⁸²

Это не осталось без внимания ВОЗ, опыт России был оценен весьма высоко. В 1978 году 12 сентября в Алма-Ате на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи была принята декларация, актуальная и по сей день. Согласно 5 пункту данной декларации именно ПМСП основанная на профилактических принципах является основным инструментом в достижении всеми народами мира достаточного уровня здоровья для ведения продуктивного в социальном и экономическом плане образа жизни.⁸³

⁸⁰ Гуревич С.А. Поменьше врачей, побольше сестер. // Ежегодник Мосгор-здравоотдела. - 1926. - № 23. - С. 348-350.

⁸¹ Петровский Б.В., Александров О.А., Алексеев В.А. и др.. Здравоохранение // БМЭ.-М. - 1978.- Изд.3-е. - Т. 28. - С. 337 - 428.

⁸² Свешников А.В. В.И. Ленин и становление здравоохранения Петрограда - Ленинграда. // Научные труды Ленинградского государственного института усовершенствования врачей им. С.М.Кирова. - Л., 1970. - С. 239.

⁸³ Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. - 1979. - Т. 33. - № 3. - С. 123 - 156.

Также на успехи данного периода обратил внимание выдающийся американский ученый E. Sigerist, который в своем уникальном труде приводит в пример систему здравоохранения России, как образцовую и достойной применения для многих стран.⁸⁴

Особенно опыт СССР был полезен для развивающихся стран применивших бюджетную (система Бевериджа) модель здравоохранения. Данная модель основана на бюджетном праве и финансируется из консолидированного бюджета страны, с участием медицинских организаций, как правило, государственного сектора (государственных учреждений). Система государственного здравоохранения (национальная система) существовала в СССР вплоть до перехода на рыночные отношения (80-х годов до начала 90-х годов прошлого столетия). Поскольку основой кадровой политики в здравоохранении были служащие государственных медицинских учреждений созданных государством для обеспечения качественной и доступной медицинской помощи на всех уровнях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи, невыполнения плана профилактических мероприятий строго наказывалось.

Можно говорить о жестком управлении здравоохранением того периода, но при этом отсутствовал принцип принуждения в отношении населения СССР. Говоря о причинах такого успеха можно назвать государственный характер профилактических мероприятий и кадровую политику в сфере здравоохранения. Существенной особенностью применения профилактического метода было его реализация через производственные коллективы и предприятия различных отраслей хозяйствования. В этот период широко были развиты медико-санитарные части на различных производствах, что способствовало непрерывности и доступности профилактической работе среди трудящихся коллективов.⁸⁵ (Акулин к.м.н. диссер) Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) была приоритетна в системе здравоохранения СССР, что было главным условием улучшения здоровья населения.

Однако этот период не был достойно оценен в Российской Федерации и в последующих периодах развития страны. Правительством не были учтены общемировые тенденции – выход на первое место хрониче-

⁸⁴ *Medicine and human welfare by Henry E. Sigerist, M.D., D., L it t. Wil L IAMH. WEL CH Professor of history of medicine in the Jon Hopkins University. New Haven-Yale University Press. London – Humphrey Mil Ford. Oxford University Press. 1941, - P -146.*

⁸⁵ *Акулин кандидатская.*

ческой патологии в связи с успехами в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями. Особенно отход от профилактического принципа здравоохранения негативно сказался на последующих этапах развития государства и перехода на рыночные отношения в период перестройки.

Стали замедляться медико-демографические показатели, к концу 80-х годов основные достижения отечественного здравоохранения были потеряны. Снизилась заработная плата медицинских работников, появился кадровый дефицит. Заметно снизилась рождаемость, стала увеличиваться смертность населения, ухудшились положение медицинских работников, наметился серьезный кадровый дефицит, особенно в сельской местности, в отдаленных территориях СССР.⁸⁶

Новая обстановка требовала новых научно-методических подходов и перестройки здравоохранения еще в 50-60-е годы. От количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, поиску новых форм и методов работы всех звеньев здравоохранения с учетом профилактической направленности, с включением материальных стимулов, наконец, с новыми подходами к подготовке кадров. Это привело к негативным медико-демографическим показателям и замедлению роста средней продолжительности жизни в стране.⁸⁷ Однако, руководством отрасли для исправления ситуации была выдвинута идея всеобщей диспансеризации, в принципе правильная, но рассчитанная на территориально-производственный, массовый принцип реализации. Это был экстенсивный подход к профилактике, хотя и учитывающий оценку качества и эффективности медицинской помощи, но без индивидуальных особенностей человека и семьи. “Конвейерный”, “скрининговый” тип обслуживания не встретил доверия у населения и врачей. Он фактически повторил ошибки раннего этапа диспансеризации в постреволюционный период, еще более отдалил врача и пациента друг от друга.⁸⁸

⁸⁶ Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны. // *Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник*. - М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С.2-57.

⁸⁷ Венедиктов Д.Д. О некоторых уроках Алма-Атинской конференции. // *Всемирный форум здравоохранения*. - 1982. - Т. 2. - № 4. - С. 20 - 28.

⁸⁸ Стефан У. Дж. Первичная медицинская помощь и будущее медицинской профессии. // *Всемирный форум здравоохранения*. - 1982. - Т.2 - 4. - С. 3-18.

Тем не менее, был накоплен обширный материал, обогативший теорию и практику диспансеризации и социальной гигиены. В 1980 году периодическими профилактическими медицинскими осмотрами было охвачено 112,5 млн. человек, под диспансерным наблюдением находилось 45 млн. больных. Однако объем и качество диспансеризации еще не отвечал поставленным задачам.⁸⁹ Простые подсчеты показывали, что для охвата диспансеризацией всего населения, необходимо было подготовить около 300 тысяч врачей, т. е. на 30% больше существующих на тот период кадров. Стало окончательно ясно, что решить задачу оздоровления нации экстенсивными методами развития было невозможно.⁹⁰ В этот период в соответствии с рекомендациями ВОЗ мировое здравоохранение переориентировалось на борьбу с факторами риска основных хронических заболеваний, борьбу за первичную социальную, медико-социальную профилактику и усиление роли первичного звена здравоохранения, как наиболее перспективный метод решения задач укрепления здоровья семьи и общества в целом, с активным вовлечением в этот процесс самого населения.⁹¹

Важно отметить, что в конце 80-х годов Россия находилась в экономическом кризисе, что немедленно сказалось и на системе здравоохранения в целом, особенно на кадровом потенциале. Резко уменьшились бюджетные возможности финансирования здравоохранения. Россия находилась на грани развала здравоохранения. Необходимо было принять срочные меры для нахождения дополнительного источника финансирования.

Было ясно, что применительно к здравоохранению трудно ждать в ближайшие годы резкого увеличения финансирования. Необходимо было искать более эффективные и экономически оправданные модели. Введение системы семейной медицины с созданием общеврачебных практик вполне соответствует этим целям. В сложившихся экономических условиях в Российском здравоохранении вступили в противоречие с интересами врачей первого контакта и работа-

⁸⁹ Демченкова Г.З., Полонский М.Л. *Теоретические и организационные основы диспансеризации населения.* - М. - 1987. - 288 с.

⁹⁰ Кучеренко В.З., Финченко Е.А. *Технология динамического наблюдения за больными в условиях городской поликлиники.* // *Советское здравоохранение.* - 1991. - № 9. - С. 43 - 48.

⁹¹ *Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи.* // *Хроника ВОЗ.* - 1979. - Т. 33. - № 3. - С. 123 - 156.

ющего с ним персонала. В условиях нарастающего кризиса здравоохранения появилась идея перехода на принципы медицинского страхования.⁹²

Здравоохранение не было готово к переходу на новые принципы организации медицинской помощи, основанные на рыночных механизмах, оплаты – медицинской услуги, как экономического эквивалента. Создание многочисленных новых организационно-правовых форм медицинских организаций (акционерных, обществ с ограниченной ответственностью, партнерств и др.), массовый переход кадров в частные медицинские организации еще более усугубило ситуацию в государственном секторе здравоохранения, особенно в реализации профилактических программ. Нарастал кризис в здравоохранении, население стало выражать недовольство качеством и доступностью медицинской помощью.

Для выхода системы здравоохранения государством была выбрана система медицинского страхования (система Бисмарка). Начался новый этап развития отечественного здравоохранения: «Становление обязательного медицинского страхования в РФ». В 1991 году был принят Закон «О медицинском страховании в РФ», который включал в себя и главы регулирующие добровольное медицинское страхование (ДМС). Закон ввел принципы частной инициативы, свободу выбора различных программ медицинских услуг, допуск в систему обязательного медицинского страхования для исполнения Государственного заказа (Программа государственных гарантий) медицинских организаций различных форм собственности. С принятием в 1991 году закона о медицинском страховании и последующем Закона РФ №326 «Об обязательном медицинском страховании»⁹³ закончился период развития профилактического принципа, как основного метода отечественного здравоохранения и начался период рыночных отношений в здравоохранении.

⁹² Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны. // *Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник.* - М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С.2-57.

⁹³ *Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон №326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.: (ред. от 28 декабря 2013 года).* – Доступ из системы КонсультантПлюс. – Текст: электронный.

Поскольку одним из главных недостатков любой системы основанной на рыночных отношениях, в том числе медицинского страхования, является отход от профилактического принципа ввиду его дороговизны и длительного ожидания отдаленных положительных изменений в медико-демографических показателях, для участников данных отношений профилактические программы были не выгодны. В условиях медицинского страхования эффективность функционирования системы оказания медицинской помощи зависит от деятельности первичного звена, ВОП(СВ). Соотношение объемов первичной медико-социальной и специализированной помощи должно измениться в пользу первой, что связано с предположительным расширением профилактической и лечебной работы ВОП(СВ). Должны измениться функции учреждений первичного звена здравоохранения с большей ориентацией на социальную профилактику и донозологическую диагностику. Тем более, что не вызывает сомнения, что в перспективе профилактика (государственная, общественная, медицинская, личная и семейная) должна стать задачей государственной значимости.⁹⁴

Появились программы создание условий максимальной интенсификации деятельности ВОП(СВ)⁹⁵, путем предоставления ему достаточной свободы, в условиях новой публичной службы, освобождения от несвойственной для врача первого контакта заорганизованности, путем передачи ряда функций другим кадрам медико-социальной сферы; материальной заинтересованности. Однако реформа ПМСП и переход к ОВП был практически приостановлен на долгие годы. Ошибки органов управления здравоохранением и традиционный перекоп в сторону специализированной медицинской помощи достиг своего негативного апогея в конце 90-х годов.⁹⁶ Следует отметить, что не был реализован принцип вовлечения в реформу ПМСП (введения семей-

⁹⁴ Дмитриева Т.Б. *О здоровье населения России. // Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник.* - М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С. 41-48.

⁹⁵ 9. *О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача): Приказ Минздравсоцразвития РФ №237 от 26 августа 1992 г.* – Доступ из информационно-правовой базы Гарант. – Текст: электронный.

⁹⁶ Акулин И.М. *Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга. Автореферат докторской.* – 1996.

ного врача) на муниципальном уровне. Именно на муниципальном уровне управления открываются широкие возможности экономического влияния на состояние здоровья и программы охраны здоровья конкретной территории (общины).⁹⁷ Кроме того, стала развиваться внутренняя конкуренция за потребителя (пациентов) предпочитающих свободу выбора наиболее качественных и особенно, доступных и хорошо обеспечивающих сервисную часть частной системы здравоохранения (вежливое обслуживание, удобство и доступность), системе обезличенного и плохо организованного государственного сектора здравоохранения РФ. С этого момента система здравоохранения перешла в «мир медицинских услуг» и постепенно стала ориентироваться на рынок этих услуг, объем медицинских услуг, план финансового сбора, в ущерб ее качеству. Профилактические осмотры стали одной из форм дохода медицинской организации, а не методом оздоровления и раннего выявления заболеваний. Коммерциализация профилактических осмотров становится самоцелью и часто имеет коррумпированный характер.⁹⁸ Стали нарастать проблемы между пациентами и медицинским персоналом в связи с появлением проблемы «врачебных ошибок», компенсации вреда, морального ущерба, до сих пор не известные населению страны и особенно не понятных для медицинского персонала. Активно стали обсуждать проблемы защиты врачебного состава, подниматься вопросы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Появилась мощная прослойка в адвокатском сообществе занимающаяся «медицинскими делами» (защитой медицинских работников и пациентов)⁹⁹ КОГДА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, А КОГДА СЕКСУАЛЬНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ.

Рынок медицинских услуг в отечественном здравоохранении заработал во всю мощь. Конфликтность стала нарастать и на сегодняшний момент медицинские работники выступают против правоохранитель-

⁹⁷ *Задачи по достижению здоровья для всех (2000)*. - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985. - 238 с.

⁹⁸ ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ. Щепельков В.Ф. В сборнике: *Медицина и право в XXI веке. Ежегодная международная научно-практическая конференция*. Под ред. Акулина И.М., 2018. С. 128-140.

⁹⁹ КОГДА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, А КОГДА СЕКСУАЛЬНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ. Щепельков В.Ф. *Медицинское право*. 2017. № 5. С. 50-54.

ных органов считая, что их незаслуженно преследует правоохранительная система России, что не соответствует объективным данным¹⁰⁰

Несомненно, рыночные принципы в здравоохранении не способствуют развитию профилактических программ для населения и требуют нового подхода в их реализации. В наше время данный недостаток системы медицинского страхования ликвидируется с трудом. Стало ясно, что без решающей роли Государства невозможно решить проблему оздоровления населения, достижения ОПЖ на уровне ведущих стран мира. Восстановление приоритета ПМСП становится главной задачей реформ здравоохранения РФ. Увеличение Государством бюджетного финансирования первичного сектора здравоохранения России, профилактических программ позволит улучшить медико-демографические показатели РФ.

Не случайно на это обратил внимание Президент РФ В.В. Путин. В своем выступлении 20 августа 2019 В.В. Путин на встрече с министром здравоохранения Скворцовой В.И. отметил критическое состояние этого звена отечественного здравоохранения: «...нехватку врачей первичного звена - около 25 тысяч человек и среднего персонала; около 130 тысяч; низкую зарплату и отсутствие передовых методов ее организации; слабую материально-техническую оснащенность организаций ПМСП». Президентом РФ поставлена задача привести в порядок систему первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) РФ и доложить о результатах к 1 сентября 2020 года. Настало время для серьезного пересмотра развития первичного звена отечественного здравоохранения, восстановления профилактического принципа с учетом успехов и положительного опыта здравоохранения СССР и создания законодательных основ его развития.¹⁰¹

Резюмируя данный период развития отечественного здравоохранения необходимо отметить основные причины отхода от профилактического принципа организации отечественного здравоохранения, признанные ВОЗ как образцовые 1978 году: - недостаток бюджетного финансирования и его принципов в российском здравоохранении, связан-

¹⁰⁰ ПРИМЕНЕНИЕ НОРМ УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О МОШЕННИЧЕСТВЕ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ. Щепельков В.Ф., Суслина Е.В., Векленко В.В.

Вестник Санкт-Петербургского университета. Право. 2020. Т. 11. № 2. С. 368-382.

¹⁰¹ <http://www.kremlin.ru/events/president/news/58086>

ных с переходом к страховой медицине, равноправию субъектов в этих условиях на деле означает борьба за источник существования субъектов ОМС, в ущерб интересам потребителя медицинских услуг; - уменьшение роли государства в обеспечении профилактики заболеваний и перенос акцента на увеличение количества услуг в системе ОМС, а не «оздоровлению» нации в целом; - концепция социальной однородности здоровья; - объединения профилактической и лечебной медицины, приведшее к превалирующей роли лечебников (только 5% рабочего времени уделялось профилактике);

- излишняя специализация медицины, приведшая к низкой квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения, незаинтересованности в конечных результатах труда уровню заработной платы в системе здравоохранения, падению престижа медицинского работника; - исчезновение организационно-экономической системы семейного подхода в медицине; - обострение социальной несправедливости в сфере государственного здравоохранения, появление «теневой» экономики в медицине вследствие низкой заработной платы; - отток наиболее квалифицированных кадров зарубеж или в частную практику;¹⁰² - рост технической вооруженности медицины, приводящей к дегуманизации медицины, прежде всего проявляющейся в определенном отчуждении врача от пациента, хотя понимание, сочувствие, моральная поддержка остаются главными критериями оценки деятельности врача пациентом; - стремление узких специалистов «вторичного» и «третичного» уровней максимизировать затраты на свои службы, т. н. эффект «перетягивания одеяла на себя»

Профилактические осмотры становятся не методом выявления и предупреждения заболеваний, а способом зарабатывания сравнительно «легких» денег;

6. Заключение.

Человечество прошло долгий путь к пониманию природы инфекционных болезней, даже сегодня появляются новые и новые заболевания, о которых мы ничего не знаем, потому что они находятся в стадии изучения.

Природа постоянно бросает нам новые вызовы, то в виде ВИЧ-инфекции, то лихорадки Зика, или новой напасти COVID-19, вирусы гер-

¹⁰² Anderson H.J., Hudson J., Eubanks P. *Outpatient Care: A National Revolution.* // *Hospitals.* - 1990. - Vol. 64. - №16. - P. 28-35.

песа и другие. Появляются предложения по быстрому решению этих проблем без достаточного обоснования.

Однако пациенты должны быть надежно защищены от любителей рисковать в медицине и, особенно в управлении отраслью. Опыт оспопрививания и вакцинирования от полиомиелита и других болезней наглядно показал, какими жертвами сопровождаются эксперименты, если метод не проверен и не защищен надежными механизмами предотвращающими причинение вреда человеку. Приоритет автономии личности и добровольности – основа тщательного и обдуманного профилактического эффекта связанного с особо опасными инфекциями и инфекциями, которые можно предупредить с помощью вакцинации, которая никогда не бывает абсолютно безопасной. Законодательство любой страны предусматривает подобные механизмы с помощью норм основанных на историческом опыте применения вакцинации, как наиболее показательного метода профилактики.

Однако методы профилактики далеко не исчерпываются только вакцинопрофилактикой и выработкой иммунитета невосприимчивости к болезням. Опыт всеобщей диспансеризации, нового хозяйственного механизма в здравоохранении, переход к системе семейного врача в СССР и другие новшества должны быть тщательно изучены и внедрены в современных условиях, которые диктуют нам быть готовым к новым вызовам и умению сохранять главный потенциал государства – общественное здоровье нации.

Простые методы раннего выявления заболеваний путем медицинских осмотров имеющих целевой, выборочный, профессиональный характер дает ощутимый эффект при грамотном применении. Россия обладает уникальным опытом такой работы. Восстановление профилактического метода работы системы здравоохранения России, на наш взгляд, должно идти по пути общих государственных стратегических программ профилактики и оздоровления, на основе индивидуальной профилактики, автономии личности, принципа добровольности при условии гарантий Государства бесплатности и доступности медицинской помощи для всего населения страны не зависимо от его социально-правового статуса.

Литература

1. Акулин И.М. Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга. Автореф. дис. докт. мед. наук. – Л. 1996. - ...с.
2. Акулин дис. канд. мед. наук.- Л., - ... с.

3. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. - 1979. - Т. 33. - № 3. - С. 123 - 156.

4. Базанов Н.В. Плановые перспективы диспансеризации городского населения: Автореф. дис. канд. мед. наук.- Л., 1965. - 256 с.

5. Бердищев В.И. О народном врачевании при православных монастырях. // Врач. - 1901. - № 39. - С. 85 - 119.

6. Бердачевский Г. Перспективы русской общественной медицины. // Русское богатство. - 1907. - № 2. - С. 33 - 57.

7. Боголепова Л.С. Роль повторных осмотров и текущей амбулаторной посещаемости в системе диспансеризации. // Ежегодник Мосгорздравотдела. - 1926. - № 34-35. - С. 478-482.

8. Боткин С.П. Письма из Болгарии. - СПб., 1893. - С.199.

9. Венедиктов Д.Д. О некоторых уроках Алма-Атинской конференции. // Всемирный форум здравоохранения. - 1982. - Т. 2. - № 4. - С. 20 - 28.

10. Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны. // Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник.- М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С.2-57.

11. Гиккель Э.И. Положение земской медицины в Тамбовской губернии. // Общественный врач. - 1911.- № 9. - С. 17-26.

12. Гинопман А. Как идет диспансеризация. // Ежедневник Мосгорздрава. - 1926. - №5. - С. 254-256.

13. Губерт В. О. Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия. СПб.: Типография П.П. Сойкина; 1896.

14. Гуревич С.А. Здравоохранение на новом этапе. Мосгорздравотдел. - М. - 1929. - 44 с.

15. Гуревич С.А. Поменьше врачей, побольше сестер. // Ежегодник Мосгорздравотдела. - 1926. - № 23. - С. 348-350.

16. Демченкова Г.З., Полонский М.Л. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения. - М. - 1987. - 288 с.

17. Димсдаль Ф. Нынешний способ прививать оспу, к которому прибавлено несколько опытов учиненных для усмотрения следствий, чтоб лечить подобным же образом и естественную, или природную оспу: к сему переводу прибавления, которых содержание означено после предисловия: Пер. с англ. по 4 изд. Сичкарева Л. СПб.: Императорская Академия Наук; 1770.

18. Дмитриева Т.Б. О здоровье населения России. // Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник.- М.: Федеральное собрание - Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. - Вып. 12. - С. 41-48.

19. Дядьковский И.Я. Соч. - М.: Медгиз, 1954. - 77 с.

20. Ежедневный эпидемиологический бюллетень 22 ноября 2019 года, 94-й год № 47, 2019, 94, 541-560 <http://www.who.int/wer>.

21. Ефремова. Новый толково-словообразовательный словарь русского языка Ефремовой. 2012

22. Жбанков Д.Н. Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. - М., 1915. - 552 с.

23. Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. История медицины. - М.: Медицина, 1981. - 352 с.

24. Загоскин Н.П. Врачи и врачебное дело в старинной Руси - Казань, 1891. - 37 с.

25. Задачи по достижению здоровья для всех (2000). - Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985. - 238 с.

26. Иванов Р.Ф. Бенджамин Франклин. М.: Молодая Гвардия; 1972.

27. Кац Я.Ю. Профболезненность и лечебная помощь. // Ежедневник Мосгорздравотдела. - 1924. - №4. - С. 43-46.

28. Киево-Печерский патерик. - Киев. - 1870. - 88 с.

29. К полувековому юбилею земств. // Практический врач. - 1914. - № 3. - С. 12-18.

30. Кучеренко В.З., Финченко Е.А. Технология динамического наблюдения за больными в условиях городской поликлиники. // Советское здравоохранение. -1991. - № 9. - С. 43 -48.

31. Левит М.М. Земская медицина. // БМЭ.- М.- 1978. Т. I - С. 437-441.

32. Ленин В.И. Полн. собр. соч. - Т. 38. - 359 с.

33. Материалы для истории медицины в России.- СПб., 1881-1884.- Вып. I-III. - С. 309

34. Материалы для истории медицины в России. - СПб., 1881.- Вып. II. - С. 207.

35. Материалы для истории медицины в России. - СПб., 1885.- Вып. IV. - С. 916-1015.

36. Микиртичан Г.Л. Из истории вакцинопрофилактики: оспопрививание. Российский педиатрический журнал. – 2016. - №19. – С. 55–62.

37. Мудров М.Я. Избранные произведения. - М.: Медгиз, 1949. - 221 с.

38. Нейштадт Э.Д. Место здравоохранения в общем плане социалистического строительства хозяйства и культуры нашей страны. // Вопросы здравоохранения. - 1929. - № 16 - 17. - С. 74 - 79.

39. Никитский С. К вопросу о последующем диспансерном наблюдении. // Ежедневник Мосгорздравотдела. - 1925. - № 2. - С. 1109-1117.

40. Никольский Д.П. Обзор деятельности губернских съездов земских врачей в России. - СПб, 1888-1892. -Вып. I-III.- С. 90-91.

41. Обзор работы МОЗ по организации и изучению профессиональной болезненности. // Ежедневник Мосгорздравотдела.- 1923. - № 29. - С. 16-18.

42. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон №326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.: (ред. от 28 декабря 2013 года). – Доступ из системы КонсультантПлюс. – Текст: электронный.

43. Обух В.А. К выполнению наказа. // Ежедневник Мосгорздравотдела. - 1923. - № 29. - С. 1-8.

44. Оппенгейм Д.Г. Единый диспансер - система социального здравоохранения. // Бюллетень отдела здравоохранения Московского Совета РК и РД. - 1929. - № 21-27. - С. 289-309.

45. Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. - М. - 1899. - 340 с.
46. Оспопрививание. В кн.: Энциклопедический словарь. СПб.: Изд. Брокгауз и Эфрон; 1897; т. 22: .310 с.
47. О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача): Приказ Минздравоохранения РФ №237 от 26 августа 1992 г. – Доступ из информационно-правовой базы Гарант. – Текст: электронный.
48. Петровский Б.В., Александров О.А., Алексеев В.А. и др. Здравоохранение // БМЭ.-М. - 1978.- Изд.3-е. - Т. 28. - С. 337 - 428.
49. Петроградская городская дума в 1913-1915 г. - Петроград. - 1915. - С. 173-176.
50. Полное собрание законов Российской империи. Собрание 1-е / Под ред. М.М. Сперанского. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии; 1830; т. 2: 269.
51. "Правда русская." - М. - Л.: Изд-во АНСССР, 1947, т. 11, - 354 с.
52. Свешников А.В. В.И. Ленин и становление здравоохранения Петрограда - Ленинграда. // Научные труды Ленинградского государственного института усовершенствования врачей им. С.М. Кирова. - Л., 1970. - С. 239.
53. Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи 1895-1898 гг. / под ред. Рагозина Л.Ф., Вып. I-III. СПб. - Издат. Мед. департамента. - С. 28-39.
54. Словарь русского языка Ожегова. 2012.
55. Способ, как сельским обывателям пользоваться себя в оспе; сочинение Пекена; перевел Алексей Протасьев. Санкт-Петербург, 1766 г.
56. Стефан У. Дж. Первичная медицинская помощь и будущее медицинской профессии. // Всемирный форум здравоохранения. - 1982. - Т.2 - 4. - С. 3-18.
57. Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации. Доклад об оценке осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин за 2018 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. WHO/IVB/18.11). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
58. Святловский В. В. «Эд. Дженнер. Его жизнь и научная деятельность». СПб.: Тип. Ю. Н. Эрлих; 1891.
59. Труды Комиссии по вопросу об уменьшении смертности в России. - СПб., 1888.- Вып I-II. - С. 15-18.
60. Хлопин Г., Эрисман Ф. Медицина и народное здравоохранение в России. // Энциклопедический словарь. - Л.: Лениздат, 1991: - С.214- 217.
61. Шер С.А. История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011; 4: 58–61.
62. Щепельков В.Ф. Правовые проблемы профилактических медицинских осмотров. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Ежегодная международная научно-практическая конференция. Под ред. Акулина И.М.. 2018. С. 128-140.

63. Щепельков В.Ф. Когда медицинское вмешательство, а когда сексуально преступление. Медицинское право. 2017. № 5. С. 50-54.

64. Щепельков В.Ф., Суслина Е.В., Векленко В.В.

Применение норм уголовного кодекса Российской Федерации о мошенничестве: состояние и перспективы. Вестник Санкт-Петербургского университета. Право. 2020. Т. 11. № 2. С. 368-382.

65. Anderson H.J., Hudson J., Eubanks P. Outpatient Care: A National Revolution. // Hospitals. --- 1990. --- Vol. 64. - №16. - P. 28-35.

66. Akulin I.M., Zhiguleva L.Yu. Vestnik of Saint Petersburg University. Development of medical insurance in the Russian Federation. At the crossroads. What's next? Medicine. 2019. Т. 14. № 2. С. 147-157.

67. Ann M. Becker. (2004). Smallpox in Washington's Army: Strategic Implications of the Disease During the American Revolutionary War. The Journal of Military History. 68, 381-430.

68. Disease Ontology release 2019-05-13 — 2019-05-13 — 2019.

69. Inaya Hajj Hussein, Nour Chams, Sana Chams, Skye El Sayegh, Reina Badran, et. al. (2015).

70. <http://www.kremlin.ru/events/president/news/58086>

71. Medicine and human welfare by Henry E. Sigerist, M.D., D., Litt. Wil L IAMH. WEL CH Professor of history of medicine in the Jon Hopkins University. New Haven-Yale University Press. London – Humphrey Mil Ford. Oxford University Press. 1941, - P -146

72. J. F. Modlin, N. A. Halsey, M. L. Thoms, C. K. Meschievitz, P. A. Patriarca, the Baltimore Area Polio Vaccine Study Group. (1997). Humoral and Mucosal Immunity in Infants Induced by Three Sequential Inactivated Poliovirus Vaccine-Live Attenuated Oral Poliovirus Vaccine Immunization Schedules. Journal of Infectious Diseases. 175, S228-S234.

73. Polio vaccines: WHO position paper, January 2014. (неопр.) // Wkly Epidemiol Rec. — 2014. — 28 February (т. 89, № 9). — С. 73–92. — PMID 24707513.

74. A. B. Sabin. (1985). Oral Poliovirus Vaccine: History of Its Development and Use and Current Challenge to Eliminate Poliomyelitis from the World. Journal of Infectious Diseases. 151, 420-436.

75. Williams G. Paralyzed with Fear: The Story of Polio. Springer, 2013. - 354 p.

76. Wolfe R. M., Sharp L. K. Anti-vaccinationists past and present. Br.Med. J. 2002; 325: 430.

Материалы для круглого стола по теме:
**«Общественное здоровье и здравоохранение.
Развитие медицинского права в РФ»**

**ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОРМ
ПРАВА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ОЦЕНКУ МЕДИЦИНСКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ**

Шигина Е. А., Гарин Л.Ю., Леванов В.М., Перевезенцев Е.А.
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский
университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

***Резюме.** Данная статья посвящена обзору существующих в настоящее время методов оценки эффективности качества медицинской помощи, оказываемой населению в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность. Приводится обоснование повышенного внимания со стороны общества к оценке качества оказываемой медицинской помощи. В работе подробно рассматриваются и анализируются различные показатели оценки функционирования области здравоохранения, действующие в настоящее время на территории Российской Федерации. Проводится анализ целевых показателей и критериев, которые приводятся в различных федеральных законах и подзаконных нормативно-правовых актах разного уровня. Акцентируется внимание на необходимость внесения изменений в действующее законодательство по введению в действие на законодательном уровне показателей оценки эффективности работы региональных служб. В статье приводятся примеры введения новых критериев и методик оценки качества медицинской помощи, как на территории Российской Федерации, так и в других экономически развитых государствах мира. По результатам анализа существующего в настоящее время положения в области правового регулирования оценок качества оказываемой населению медицинской помощи делается вывод о неоспоримой важности объеди-*

нения и структурирования всех существующих целевых показателей качества оказания медицинской помощи, что позволит в дальнейшем уполномоченным лицам грамотно и максимально объективно подойти к вопросу формирования статистических данных по эффективности оказания медицинской помощи населению.

Ключевые слова: общественное здоровье, медицинское право, здравоохранение, медицинская организация, эффективность качества оказания медицинской помощи.

FEATURES OF THE LEGAL APPLICATION OF THE RULES OF LAW CHARACTERIZING THE ASSESSMENT OF MEDICAL EFFICIENCY IN PROVIDING CARE TO THE PATIENT

Shigina E. A., Garin L. Yu., Levanov V. M., Perevezentsev E. A.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия
Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, Nizhny Novgorod, Russia

Summary. *This article is devoted to the review of currently existing methods of assessing the effectiveness of the quality of medical care provided to the population. The substantiation of the increased attention of the society to the assessment of the quality of medical care is given. The paper discusses in detail and analyzes the various indicators for assessing the functioning of the health sector, currently operating on the territory of the Russian Federation. The analysis of target indicators and criteria which are given in various Federal laws and subordinate normative legal acts of different level is carried out. Attention is focused on the need to amend the current legislation to introduce at the legislative level indicators to assess the effectiveness of regional services. The article provides examples of the introduction of new criteria and methods for assessing the quality of medical care, both in the Russian Federation and in other economically developed countries of the world. According to the analysis of the current situation in the field of legal regulation of assessments of the quality of population medical care, the conclusion about the undeniable importance of unification and structuring of all available targets quality of medical care that will enable authorized persons to competently and objectively approach the issue of formation of statistical data on efficiency of medical aid to the population.*

Key words: *public health, medical law, health care, medical organization, efficiency of quality of medical care.*

В настоящее время существует множество показателей оценки эффективности функционирования учреждений здравоохранения. Каж-

дый существующий показатель освещает один из множества аспектов работы лечебного учреждения. Существующие на сегодняшний день показатели эффективности отрасли здравоохранения можно классифицировать по следующим направлениям:

1. Показатели, основанные на виде эффективности. К таковым можно отнести: медицинская эффективность; социальная эффективность; экономическая эффективность;

2. Показатели на разных этапах оказания медицинской помощи – профилактика заболевания, лечение заболевания, реабилитации;

3. Показатели, разделенные по уровням медицинской деятельности: врач, отдельно взятое подразделение медицинской организации, медицинское учреждение и отрасль здравоохранения в целом;

4. Показатели, характеризующие объем работы: эффективность лечебно-профилактических мероприятий, эффективность медико-социальных программ;

5. Показатели затрат общественного труда;

6. Показатели, характеризующие способ измерения результатов: через снижение потерь ресурсов, через экономию ресурсов, через дополнительно полученный результат;

7. Различные по форме показатели: целевые показатели здоровья населения, показатели затрат.

Критерии качества должны применяться для оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Утверждение современных критериев оценки качества оказываемой медицинской помощи является важным этапом в совершенствовании, как оказания медицинской помощи надлежащего качества, так и к ее оценке, а также повышению открытости и прозрачности здравоохранения, как отрасли, ведущих к балансу прав и законных интересов пациентов, медицинских работников и экспертов в данной области.

В современном мире медицина, как отрасль находится в состоянии динамического развития. В связи с проведением большого объема клинических и лабораторных исследований, появлением новых, более совершенных лекарственных препаратов и внедрение медицинской техники нового поколения экономические расходы в этой области постоянно увеличиваются. Так, согласно постановлению Правительства Российской Федерации № 1640 от 26.12.2017 (ред. от 01.03.2018 года) финансовое обеспечение государственной программы «Развитие здраво-

охранения» к 2025 году увеличится на один миллиард рублей и в целом составит около пяти миллиардов рублей. Вследствие этого возникает закономерный вопрос о рациональном распределении финансовых средств и эффективного их использования. [1]

В настоящее время как никогда важным остается то, насколько качественной является оказываемая пациентам медицинская помощь.

Действующие в настоящее время Критерии оценки качества медицинской помощи были утверждены Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н (далее – Критерии оценки КМП, Приказ № 203н, соответственно) и вступили в юридическую силу 01 июля 2017 года.

Согласно Распоряжению Правительства Российской Федерации № 1662-р от 17.11.2008 года (ред. от 10.02.2017 года), основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование эффективной системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, а также передовым достижениям медицинской науки. [2]

Медицинская эффективность рассматривается с позиций получения максимального социального и медицинского эффекта при минимальных финансовых затратах. [3]

Согласно Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года, контроль качества медицинской деятельности осуществляется в трех формах: государственный, ведомственный и внутренний контроль. [4]

Порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается Правительством Российской Федерации. Ведомственный контроль устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти – Министерством здравоохранения Российской Федерации и профильными ведомствами на региональном уровне. Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Для оценки качества медицинской помощи используются «критерии оценки качества медицинской помощи», которые формируются по

группам заболеваний или состояний. Более широкую информацию о них можно получить из Приказа Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» № 203н от 10.05.2017 года. Но в данном документе содержится информация исключительно о критериях оценки качества только специализированной медицинской помощи. Руководствуясь федеральным законом №323 (п. 2 ст. 34), можно сделать вывод, что критерии оценки качества медицинской помощи вне условий стационара в данный момент отсутствуют, что может отрицательным образом отразиться на контроле качества оказания медицинских услуг в данном секторе медицины. [5].

Важным является то, что по причине отсутствия ряда критериев, благодаря которым предоставляется возможность оценить качество медицинской помощи вне стационара (на уровне первичного звена, в амбулаторных условиях), создаются условия для неконтролируемого процесса, несмотря на то, что данное звено занимает глобальную долю в структуре российского здравоохранения.

Существует множество примеров внедрения новых критериев и методик оценки качества оказания медицинской помощи по всему миру. В практике зарубежных систем здравоохранения разработан целый ряд показателей оценки качества медицинской помощи. К основным зарубежным показателям оценки эффективности качества лечения можно отнести:

- Качественные критерии – оценивают выполнение/невыполнение медицинского вмешательства. В этот раздел относятся критерии, разработанные Национальным центром исследований и развития первичной медико-санитарной помощи Манчестерского университета США, ASCO's Quality Oncology Practice Initiative Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Dermatologen und Onkologen GmbH. Данные показатели оценивают качество оказания медицинской помощи каждого отдельного пациента.

- Количественные критерии – оценивают частоту возникновения определенного события. Сюда относятся критерии, созданные European Practice Assessment, OECD, Национальным институтом здоровья и качества медицинской помощи. Такие критерии зачастую оценивают качество предоставляемой медицинской помощи на уровне медицинских организаций и стран.

Новые критерии непременно должны основываться на доказательной медицине, современных научных исследованиях и существующих

клинических рекомендациях. В обязательном порядке должны учитываться мнения экспертов в данной области.

Как наиболее эффективный метод разработки показателей, зарекомендовал себя метод приемлемости RAND/UCLA. (University of California at Los Angeles). Он объединил в себе научные данные о медицинских вмешательствах и коллегиальное обсуждение экспертов. [6]

На сегодняшний день общий механизм оценки эффективности качества медицинской помощи закреплен в ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» № 184-ФЗ от 06.10.1999 года (ред. от 05.02.2018). На региональном уровне, согласно данному федеральному закону, перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации утверждается соответствующим Указом Президентом Российской Федерации. [7]

Следует отметить, что 05 декабря 2017 Федеральным законом № 392-ФЗ от 05.12.2017 года введено новое правило, которое предусматривает обязательный публичный отчет о результатах независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере охраны здоровья, социального обслуживания и принимаемых мерах по совершенствованию деятельности указанных организаций. [8]

Указом Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» № 548 от 14.11.2017 года был утвержден новый перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Кроме показателей «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» и «Суммарный коэффициент рождаемости» здесь появился показатель оценки удовлетворенности населения услугами в сферах образования, здравоохранения, культуры, социального обслуживания, который используется с 01 августа 2018 г. Методики его расчета утверждены с 01 июля 2018 года. Также появился показатель результатов независимой оценки качества оказания услуг организациями социальной сферы, который применяется с 01 января 2019 года. [9]

На муниципальном уровне одна из главных ролей отводится Указу Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» № 607 от 28.04.2008 года (ред. от 04.11.2016). В нем представлен свой перечень показателей для оценки эффективности. [10]

Большой объем информации по данному вопросу содержится в Постановлении Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» № 1492 от 08.12.2017 года. Следует обратить внимание на Программу государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденную Постановлением Правительства Нижегородской области № 930 от 22 декабря 2017 года. В этом документе можно найти целевые значения показателей, что позволяет более объективно оценить получаемые статистические данные. Стоит отметить, что на федеральном уровне целевые показатели не утверждены. Некоторую информацию дает нам государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», но цифры целевых показателей на федеральном и областном уровне никак не коррелируют между собой. То есть, система оценки эффективности здравоохранения на федеральном и региональном уровнях никак не совпадает между собой, что сильно затрудняет объективную системную оценку эффективности здравоохранения в отдельно взятом регионе.

Тем не менее, существуют Рекомендации Минздрава России по оценке эффективности деятельности медицинских организаций на основе критериев доступности и качества медицинской помощи (Письмо Минздрава России от 29.01.2016 № 13-0/10/1-386), цель которых обеспечение единых подходов к оценке эффективности на основе оценки деятельности медицинских организаций. Однако, показатели экономической эффективности в этом документе отсутствуют. [11,12]

Целевые значения некоторых показателей медицинской и экономической эффективности на период 2013-2018 годов были прописаны также в распоряжении Правительства РФ № 2599-р от 28.12.2012 года (ред. от 19.07.2017 года) об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Указаны показатели долей расходов на оказание медицинской помощи в тех или иных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий. Также в данном документе приводятся соотношения средней заработной платы медицинских работников (врачей, медсестер и младшего медицинского персонала) и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации в 2012 - 2018 годах (агрегированные значения). В

этом источнике представлены и основные целевые показатели здоровья населения. [13]

Анализ целевых показателей и критериев оценки эффективности отрасли здравоохранения, которые приводятся в различных федеральных законах и подзаконных актах, показывает, что единого подхода к оценке работы медицинских организаций на сегодняшний день в стране не существует.

Каждый орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения самостоятельно разрабатывает и утверждает показатели с учетом Методических рекомендаций Минздрава России, которые считает необходимыми для оценки эффективности деятельности подведомственных ему медицинских организаций. [14]

На сегодняшний день существует острая необходимость объединения и структурирования всех существующих целевых показателей, что позволит грамотно и объективно подойти к вопросу формирования статистических данных в медицине.

Для того, чтобы создать комплексную систему оценки эффективности медицинской помощи, следует помнить, что понятие «эффективность» в данном случае должно рассматриваться с разных позиций. То есть, кроме основных целевых показателей здоровья населения, отражающих понятие медицинской эффективности, необходимо введение новых показателей, которые смогут охарактеризовать медицинскую результативность, эффективность использования ресурсов и экономическую эффективность. Необходимо включить информацию об использовании материальных, финансовых, кадровых, информационных ресурсов, которые применяются для получения конкретного медицинского результата и достижения определенного социального эффекта.

Очень важно введение показателей, характеризующих эффективность работы специализированных служб органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, составленные на основе порядков оказания медицинской помощи, и показатели оценки эффективности немедицинского персонала. [15]

В городе Москве область осуществления оценки эффективности использования ресурсов медицинскими организациями изучается с помощью внедрения Стандарта качества управления ресурсами (СКУР). В течение двух лет на основании приказа Департамента здравоохранения города Москвы №305 от 02.04.2014 года проводился «пи-

лотный» проект по введению СКУР в 28 медицинских организациях (больницы, взрослые, детские и стоматологические поликлиники, хоспис и пр.).

Методикой СКУР предусмотрена унифицированная комплексная оценка эффективности деятельности бюджетных учреждений социальной направленности, в т. ч. медицинских организаций, по тридцати показателям, характеризующим четырнадцать факторов эффективности в шести областях деятельности по управлению ресурсами («Финансовый / операционный менеджмент», «Управление закупками», «Управление имуществом», «Управление персоналом», «Раскрытие информации», «Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники доходов»).[15]

Приказом Департамента здравоохранения города Москвы «О внедрении стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы» № 622 от 15.07.2016 года дан старт очередному этапу внедрения в Москве инструментов оценки качества управления ресурсами медицинских организаций. По состоянию на 18.05.2017 года в базе находится более ста медицинских учреждений Москвы и Московской области. [16]

По мнению М.А. Черкасова регистрирование отзывов пациентов о проведенном лечении и медицинском обслуживании позволит комплексно оценить качество оказания медицинской помощи, тем самым улучшив его. Черкасов и соавторы в своей работе «Комплексная оценка качества оказания медицинской помощи с точки зрения пациента» провели проспективное исследование группы из 210 пациентов. Перед выпиской из стационара пациенты заполнили опросник PPE-15 (Picker Patient Experience Questionnaire). Данная анкета была переведена и адаптирована для использования ее в русскоязычной врачебной практике. Более детальное изучение отдельных аспектов опыта пациентов по анкете PPE-15 будет полезным, как для мониторинга работы отдельных отделений, так и лечебного учреждения в целом. Данная методика может эффективно использоваться для улучшения медицинского обслуживания. [17]

Повсеместное введение подобных стандартов оценки качества управления ресурсов значительно облегчит систему оценки эффективности работы специализированных служб регионов.

На сегодняшний день существует острая необходимость объединения и структурирования всех целевых показателей, что позволит гра-

мотно и объективно подойти к вопросу формирования статистических данных.

Таким образом, для облегчения системы оценки эффективности работы специализированных служб следует внести ряд изменений, включающих в себя, во-первых, создание единого подхода к оценке деятельности медицинских организаций абсолютно всех субъектов Российской Федерации, что будет подразумевать собой своеобразное структурирование данного направления. Во-вторых, особое внимание следует уделить созданию новых показателей, целью которых также будет являться оценка эффективности качества оказания медицинской помощи. Введение вышеуказанных механизмов благоприятным образом отразится на качестве оказания медицинской помощи.

Литература

1. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 (ред. от 01.03.2018 // СПС КонсультантПлюс// (дата обращения: 30. 10.2019); Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 26.12.2017 N 1640 (red. ot 01.03.2018 // SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30.10.2019);

2. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) // СПС КонсультантПлюс// (дата обращения: 30. 10.2019); Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 17.11.2008 N 1662-r (red. ot 10.02.2017) // SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30. 10.2019);

3. Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 4. – С. 70-75. URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=6762>// (дата обращения: 31.10.2019); Orlov E.M., Sokolova O.N. Kategoriya e'ffektivnosti v sisteme zdravooxraneniya // Fundamental'ny'e issledovaniya. – 2010. – № 4. – S. 70-75. URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=6762>// (data obrashheniya: 31. 10.2019);

4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 // СПС Консультант Плюс// (дата обращения: 30.10.2019); Federal'ny'j zakon "Ob osnovax ohrany' zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii" N 323-FZ ot 21.11.2011 // SPS Konsul'tant Plyus// (data obrashheniya: 30. 10.2019);

5. Приказ Минздрава России «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» № 203н от 10.05.2017 // СПС Консультант-Плюс// (дата обращения: 30.10.2019); Prikaz Minzdrava Rossii "Ob utverzhdenii kriteriev ocenki kachestva medicinskoj pomoshhi" N 203n ot 10.05.2017 // SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30. 10.2019);

6. Лукьянцева Д.В., Сухоруких О.А., Омеляновский В.В. Обзор мирового опыта разработки показателей оценки качества медицинской помощи для амбулаторного этапа ее оказания // Фармакоэкономика. Современная

фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2018. №1.// URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obzor-mirovogo-opyta-razrabotki-pokazateley-otsenki-kachestva-medsinskoj-pomoschi-dlya-ambulatornogo-etapa-ee-okazaniya>// (дата обращения: 30.10.2019); Luk'yanceva D.V., Suxorukix O.A., Omel'yanovskij V.V. Obzor mirovogo opy'ta razrabotki pokazatelej ocenki kachestva medicinskoj pomoshhi dlya ambulatornogo e'tapa ee okazaniya // Farmakoe'konomika. Sovremennaya farmakoe'konomika i farmakoe'pidemiologiya. 2018. №1.// URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obzor-mirovogo-opyta-razrabotki-pokazateley-otsenki-kachestva-medsinskoj-pomoschi-dlya-ambulatornogo-etapa-ee-okazaniya>// (data obrashheniya: 30.10.2019);

7. Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» № 184-ФЗ от 06.10.1999 года (ред. от 05.02.2018) // СПС КонсультантПлюс// (дата обращения: 30.10.2019); Federal'nyj zakon «Ob obshhix principax organizacii zakonodatel'ny'x (predstavitel'ny'x) i ispolnitel'ny'x organov gosudarstvennoj vlasti sub'ektov Rossijskoj Federacii» № 184-FZ ot 06.10.1999 goda (red. ot 05.02.2018) // SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30.10.2019);

8. Федеральный закон № 392-ФЗ от 05.12.2017 // СПС КонсультантПлюс// (дата обращения: 30.10.2019); Federal'nyj zakon № 392-FZ ot 05.12.2017 // SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30.10.2019);

9. Указ Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» № 548 от 14.11.2017 года // СПС КонсультантПлюс// (дата обращения: 30.10.2019); Ukaz Prezidenta RF «Ob ocenke e'ffektivnosti deyatel'nosti organov ispolnitel'noj vlasti sub'ektov Rossijskoj Federacii» № 548 ot 14.11.2017 goda // SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30.10.2019);

10. Указ Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» № 607 от 28.04.2008 года (ред. от 04.11.2016) // СПС КонсультантПлюс// (дата обращения: 30.10.2019); Ukaz Prezidenta RF «Ob ocenke e'ffektivnosti deyatel'nosti organov mestnogo samoupravleniya gorodskix okrugov i municipal'ny'x rajonov» № 607 ot 28.04.2008 goda (red. ot 04.11.2016) // SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30.10.2019);

11. Программа государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов. (Постановление Правительства Нижегородской области № 930 от 22 декабря 2017 года)// СПС КонсультантПлюс// (дата обращения: 30.10.2019); Programma gosudarstvenny'x garantij besplatnogo okazaniya naseleniyu Nizhegorodskoj oblasti medicinskoj pomoshhi na 2018 god i na planovyj period 2019 i 2020 godov. (Postanovlenie Pravitel'stva Nizhegorodskoj oblasti № 930 ot 22 dekabrya 2017 goda)// SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30.10.2019);

12. Письмо Минздрава России от 29.01.2016 N 13-0/10/1-386 // СПС КонсультантПлюс// (дата обращения: 30.10.2019); Pis'mo Minzdrava Rossii

от 29.01.2016 N 13-0/10/1-386 // SPS Konsul'tantPlyus// (data obrashheniya: 30.10.2019);

13. Распоряжение Правительства РФ № 2599-р от 28.12.2012 (ред. от 19.07.2017) Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» // СПС КонсультантПлюс // (дата обращения: 30.10.2019); Rasporyazhenie Pravitel'stva RF № 2599-r ot 28.12.2012 (red. ot 19.07.2017) Ob utverzhdenii plana meropriyatij («dorozhnoj karty») «Izmeneniya v otraslyax social'noj sfery», napravlennyye na povyshenie e'ffektivnosti zdravooxraneniya» // SPS Konsul'tantPlyus // (data obrashheniya: 30.10.2019);

14. Сайтгареева А.А., Бударин С.С., Волкова О.А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах // Вестник розздравнадзора. 2015. №6 // URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25075478> // (дата обращения: 31.10.2019); Saitgareeva A.A., Budarin S.S., Volkova O.A. Pokazateli i kriterii ocenki e'ffektivnosti deyatel'nosti medicinskih organizacij v federal'ny'x i regional'ny'x normativny'x pravovy'x aktax // vestnik rozzdraznadzora. 2015. №6 // URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25075478> // (data obrashheniya: 31.10.2019);

15. Кораблев В.Н., Деметтьева Е.Л. Система показателей оценки эффективности медицинской помощи в здравоохранении // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. №4. // URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-pokazateley-otsenki-effektivnosti-meditsinskoj-pomoschi-v-zdravooxranenii> // (дата обращения: 31.10.2019); Korablev V. N., Dement'eva E. L. Sistema pokazateley ocenki e'ffektivnosti medicinskoj pomoshhi v zdravooxranenii // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. 2014. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-pokazateley-otsenki-effektivnosti-meditsinskoj-pomoschi-v-zdravooxranenii> // (data obrashheniya: 31.10.2019);

16. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы «О внедрении стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы» № 622 от 15.07.2016 года // СПС КонсультантПлюс // (дата обращения: 30.10.2019); Prikaz Departamenta zdravooxraneniya goroda Moskvyy' «O vnedrenii standarta kachestva upravleniya resursami v gosudarstvenny'x uchrezhdeniyax Departamenta zdravooxraneniya goroda Moskvyy'» № 622 ot 15.07.2016 goda // SPS Konsul'tantPlyus // (data obrashheniya: 30.10.2019);

17. Черкасов М.А., Черный А.Ж., Шубняков И.И., Иржанский А.А., Идрисов Х. К., Дзамихов Р.Х. Комплексная оценка качества оказания медицинской помощи с точки зрения пациента // Новости хирургии. 2019. Т. 27. № 1 // URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=37791425> // (дата обращения: 25.10.2019).

Cherkasov M.A., Chernyy A.Zh., Shubnyakov I.I., Irzhanskij A.A., Idrisov X. K., Dzamixov R. X. Kompleksnaya ocenka kachestva okazaniya medicinskoj pomoshhi s tochki zreniya pacienta // Novosti xirurgii. 2019. T. 27. № 1 // URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=37791425> // (data obrashheniya: 25.10.2019).

МЕДИЦИНСКИЙ КОДЕКС, КАК КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Пьянзина А.С., Гарин Л.Ю.*

Старший преподаватель кафедры социальной медицины и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России. 603005, Россия, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д.10/1 Тел: 89038470702; sapsan-300@yandex.ru;

*Пьянзина Анастасия Сергеевна, студентка 5 курса медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; 603005, Россия, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д.10/1; тел: 89991398378; asia.pyanzina@outlook.co

***Резюме.** В работе представлены основные актуальные проблемы действующей системы правового регулирования медицинской деятельности, реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинской помощи. Выдвинуты предложения по созданию единого нормативно-правового акта - медицинского кодекса Российской Федерации, регулирующего весь спектр правоотношений, связанных с финансированием, а также оказанием медицинской помощи населению. Рассмотрена модель совершенствования системы правового регулирования медицинской деятельности, путем переработки федерального законодательства и дальнейшее его обобщения. Также в данной работе обзорно представлены результаты состоявшейся в Москве межрегиональной телеконференции «Медицинское право как отрасль права», приведены мнения некоторых ее участников, которые склонялись к актуальности кодификации правоотношений в сфере отечественного здравоохранения. Представлено мнение участника телеконференции «Медицинское право как отрасль права» Сергея Александровича Корсакова, который выявил несогласованность взаимоотношений между пациентом и врачом, определил потребность в толковании пределов компетенции работников медицины и обосновал необходимость в решении крупных узлов противоречивых вопросов по охране здоровья человека. Рассмотрена и предложена структурированная модель нового кодифицированного федерального закона - медицинского кодекса Российской Федерации, которая в дальнейшем может быть использована при формировании соответствующего законопроекта в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации.*

Медицинский кодекс, как основной источник медицинского права, должен послужить крепким фундаментом для регуляции любых вопросов, касающихся здравоохранения России.

Ключевые слова из текста статьи: медицинский кодекс; организация здравоохранения; медицинское право; права пациента; медицинская помощь, кодификация.

THE MEDICAL CODE AS A KEY ELEMENT OF PROTECTION OF THE RIGHTS OF THE PATIENT WHEN PROVIDING MEDICAL CARE

Ryanzina A.S., Garin L.Yu.

Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, Nizhny Novgorod, Russia

Summary. *The paper presents the main topical problems of the current system of legal regulation of medical activities, the implementation of the rights of citizens to health protection and medical care. Proposals have been put forward for the creation of a single legal act-the medical code of the Russian Federation, which regulates the entire range of legal relations related to financing, as well as the provision of medical care to the population. The model of improvement of system of legal regulation of medical activity, by processing of the Federal legislation and its further generalization is considered. Also in this paper, the results of the interregional teleconference "Medical law as a branch of law" held in Moscow are presented, the opinions of some of its participants are given, which tended to the relevance of the codification of legal relations in the field of domestic health care. The article presents the opinion of the participant of the conference "Medical law as a branch of law" Sergey Korsakov, who revealed the inconsistency of the relationship between the patient and the doctor, identified the need for interpretation of the limits of competence of medical workers and justified the need to solve large nodes of controversial issues on human health. A structured model of a new codified Federal law - the medical code of the Russian Federation-is considered and proposed, which can be used in the future in the formation of the relevant draft law in the state Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation.*

The medical code, as the main source of medical law, should serve as a solid Foundation for the regulation of any issues related to health care in Russia.

Key words from the text of the article: medical code; health organization; medical law; patient rights; medical care, codification.

Введение. В современном мире любая сфера деятельности человека должна быть законодательно урегулирована правовыми актами.

Особенно проблематична в кругу общественных отношений, практика применения нормативных актов в области медицинского права. Это обусловлено тем, что данные нормы права, относительно охраны здоровья граждан, сильно разрознены по очень большому количеству источников права. В связи с этим различными органами государства и общественными организациями периодически выдвигается задача их кодификации, дабы создать четкую законодательную базу, которая устранил несогласованность уголовной, гражданской и других базовых отраслей права с другими некодифицированными отдельными федеральными законами, регулирующими вопросы в области здравоохранения.

Работа. Перед обоснованием поставленной цели в формировании кодекса стоит констатировать важный факт, что любая медицинская услуга (медицинское вмешательство) несет в себе различные риски, являясь априори небезопасной и не всегда приводит к благоприятному исходу.

Таким образом, в действующем законодательстве необходимо убрать любые двусмысленные формулировки для того, чтобы объективно понимать законодательную основу сферы оказания медицинской помощи.

Интересен момент с трактовкой основополагающего закона об охране здоровья граждан, где говорится, что граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи [1].

Таким образом неоднозначное первостепенное толкование само по себе дезорганизует систему медицинского права: граждане Российской Федерации не обладают правом на здоровье, они обладают правом на охрану здоровья, от того актуальность в выявлении пробелов с новых позиций неоспорима и закрепление в целостной структуре норм, считая целью нашего объекта исследования. В виду этого мы обозначили предметом исследования – законодательную базу Российской Федерации (РФ), регулирующую деятельность системы здравоохранения в РФ. На основе предмета и цели определили задачи исследования, ко-

которые заключают в себя теоретический анализ конституционно – правовых норм законодательного регулирования прав на охрану здоровья и медицинской помощи, выявление специфических внутрисистемных связей между ними и другими социальными правами, рассмотрение форм и способов защиты конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также предложить создать единый кодифицированный источник медицинского права - «Медицинский кодекс Российской Федерации».

Также необходимо осуществить анализ действующей системы правового регулирования реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь и обосновать в медицинском кодексе конкретные предложения по ее совершенствованию.

Насущная необходимость цельного понятийного аппарата, как инструмента юридических выводов и оценок, на сегодняшний день определено ясно. Тем не менее еще в 1999 году была предпринята попытка создания медицинского кодекса в стране по инициативе Сергея Александровича Корсакова, заведующего кафедрой судебно-медицинской экспертизы ММА им. И.М. Сеченова, члена и эксперта Комитета по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии Совета Федерации РФ.

Планировалось образование межведомственной комиссии, куда должны были войти представители Совета Федерации, Госдумы, врачи, юристы, социальные работники. Комиссия должна была заняться разработкой этого важного законодательного документа, под курированием Совета Федерации. По данным прошедшей конференции медицинский кодекс должен содержать и порядок, и процедуру разбора конфликтных ситуаций - администрацией и этическими комитетами, а также в гражданском суде, порядок получения максимально точно информированного добровольного согласия пациента и форму его оформления в медицинских документах. [2]

Также Сергей Александрович предлагал согласовать все разделы медицинского кодекса, которые должны полностью соответствовать другим видам права и одновременно должны нести толкование пределов компетенции медицины по охране здоровья человека, лечебно-диагностические, медико-профилактические и фармацевтические ее аспекты. По представлениям профессора в документе должны быть упорядочены основные юридические понятия, которые в настоящее время широко применяются, но по-разному трактуются, а именно; врачебное

и медицинское вмешательство, врачебные, фельдшерские, сестринские действия и процедуры, единые принципы ведения медицинской документации, права и обязанности должностных лиц. [2]

Вместе с тем для полноценного решения каждой рассматриваемой проблемы требуется тщательное и постепенное правотворчество, которое всецело объемлет взаимосвязь пациент - врач, включая частный сектор медицинских услуг. В настоящее время следует обратить внимание на нововведения по обновлению этического кодекса врачей РФ в 2012 году и перемены, возникающие на фоне глобализации услуг в виде телемедицины и в практики лечения генетических заболеваний. Если рассматривать этический кодекс, то вероятно результативность его выполнения коррелирует с профессиональной авторитетностью представителей врачебных ассоциаций, в которые едва ли входят большинство из специалистов.

Исследуя специальную литературу, следует отметить, что проблема структуры кодифицированного акта, призванного урегулировать здравоохранительные правоотношения, освещена недостаточно. Имеются некоторые мнения на этот счет. К примеру, А. Б. Литовка, П.И. Литовка предлагают выделить отдельных институтов в системе права, таких как: институт права граждан на охрану здоровья, институт прав пациентов, институт медицинского страхования, контроль качества медицинской помощи, защиты прав граждан и пациентов, организации лечебно-диагностического процесса и т.д. [3]. В целом, считаем, что данная переработка нормативных блоков и дальнейшее их обобщение послужило бы фундаментом в процедуре кодифицирования.

При рассмотрении различных точек зрения, в медицинском кодексе целесообразно выделить две части – Общую и Особенную. В Общую часть, по его мнению, вошли бы общемедицинские вопросы, т. е. общие и основополагающие для всей медицины. Например, принципы оказания медицинской помощи и построения системы здравоохранения, права пациентов, добровольность и принудительность при применении медицинских мер, врачебная тайна (конфиденциальность при оказании медицинской помощи), представительство интересов пациентов, не способных к свободному предоставлению, информирование пациента и его представителю о подлежащих применению медицинских методах и процедурах. В Особенной части Медицинского кодекса была бы отражена специфика оказания медицинской помощи в отдельных областях медицины и в отношении некоторых категорий пациентов. [4]

Н. Клык и В. Соловьев также предлагают структуру Медицинского кодекса, включающую Общую и Особенную части. Первая глава Общей части, по их мнению, должна включать в себя определение основных понятий, регулируемых кодексом, фиксированные задачи (функции) государства и местного самоуправления в регулировании здравоохранения, классификации медицинских отношений в целях определения правового режима регулирования их разновидностей, источники финансирования различных видов медицинской помощи, организационно - правовые формы субъектов оказания медицинской помощи, права и обязанности пациентов, порядок оперативного рассмотрения споров пациентов и медицинских учреждений, порядок составления и обращения медицинской документации, порядок допуска к использованию в медицинской практике, способов и средств диагностики, лечения. Несколько глав Медицинского кодекса, по их мнению, должны освещать вопросы правового регулирования принудительной, социальной и платной медицинской помощи [5].

Заслуживает внимания предложенный профессором А.А. Моховым образец особенной части кодекса, содержание которого охватит ряд глав, где будут разрешены крупные узлы многочисленных вопросов законодательства здравоохранения. [6]

Важным этапом на пути реформирования законодательства в области здравоохранения путем его обобщения и кодификации стала, состоявшаяся в Москве межрегиональная видеоконференция «Медицинское право как отрасль права», в которой приняли участие ряд специалистов, ведущих научные разработки в области медицинского права. Обсуждение включало ряд общих вопросов теории права и как она соотносится с практикой юридических дел. Участники конференции указывали на практические пути реализации возможных изменений и возможных правовых коллизий действующей сегодня нормативной базы.

подавляющее большинство участников данной конференции склонялось к актуальности кодификации уже на данный момент времени. По мнению доцента кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. И. А. Евдокимова Печерей Ивана Олеговича, именно кодификация позволит упорядочить нормативно-правовые акты, свести их воедино и облегчить работу по устранению конфликтов и по защите интересов субъектов правоотношений, пациентов и медицинских работников. Факт своевременности кодификации отношений в сфере здравоохранения является неоспоримым.[7] Организатор конферен-

ции, главный редактор информационного портала Право-мед.ру, доктор юридических наук Алексей Панов, заключил, что потребность есть, но в ближайшее время реализовать её, вряд ли кто-то возьмётся. [7]

Опонируя своим коллегам по конференции, Иван Иванович Давальченко считает, что на сегодня потребности в кодификации нет, потому как все отношения, которые возникают, смежено пересекаются с другими отраслями права, поэтому если сейчас ещё и кодифицировать медицинское право, то будет сложно понять, где что найти и к чему обратиться. [7]

Рассматривая вопрос о введении принципиально нового нормативно-правового акта кодифицированного федерального закона – медицинского кодекса, следует обратить внимание на то, чтобы данный законопроект обеспечивал целостностью реализации всего комплекса прав и обязанностей каждого из участников правоотношений в системе здравоохранения, как на этапах финансирования медицинской услуги, так и на всех этапах ее непосредственного оказания.

С целью всестороннего охвата круга вопросов, связанных с организацией здравоохранения, его финансированием на всех уровнях государственной власти и непосредственным оказанием полного комплекса медицинских услуг населению, а также полноценного решения вопросов, связанных со страховой моделью медицины, медицинский кодекс должен состоять из следующих тематических разделов, по своей сути заменяющих ряд действующих некодифицированных федеральных законов, регулирующих вопросы обязательного медицинского страхования, оборота лекарственных средств, вопросы оборота наркотических средств и психотропных веществ на территории Российской Федерации, донорство крови и ее компонентов, вопросы психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, трансплантации органов и (или) тканей человека, аспекты иммунопрофилактики инфекционных болезней и права граждан при ее проведении и конечно все основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Все вышеобозначенные разделы, по нашему мнению, должны быть разделены на две части: общую и особенную.

Общая часть медицинского кодекса должна нести в себе базовую информацию с общими положениями законодательства об организации здравоохранения, видах и формах медицинской помощи, о полномочиях федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправле-

ния в сфере здравоохранения, об основных принципах охраны здоровья граждан, об охране здоровья граждан охраны здоровья граждан РФ и т.д. Отдельно в общей части кодекса должен фигурировать раздел, куда выносятся все участники правоотношений в области охраны здоровья, как субъекты гражданских права.

Особенная часть медицинского кодекса детализировано должна включать в себя весь комплекс социальных, экономических, организационных и правовых вопросов, связанных финансированием и организацией оказания медицинской помощи населению.

На наш взгляд примерная структура кодифицированного федерального закона «Медицинский кодекс Российской Федерации» должна включать в себя:

Общая часть (включает разделы):

1. Общие положения медицинского кодекса РФ;
2. Основные принципы охраны здоровья граждан;
3. Общие принципы в области иммунопрофилактики;
4. Государственная политика в области иммунопрофилактики;
5. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания;
6. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере здравоохранения;
7. Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации;
8. Основные понятия в обращении лекарственных средств;
9. Государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств;
10. Разработка и внедрение лекарственных средств на территории РФ;
11. Осуществление государственной регистрации лекарственных препаратов;
12. Проведение доклинических и клинических исследований вводимых лекарственных препаратов;
13. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования на территории РФ;
14. Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций;
15. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования и др.

В особенную часть медицинского кодекса могут войти следующие разделы:

1. Права и обязанности граждан при оказании медицинской помощи;
2. Права и обязанности граждан при оказании медицинской помощи несовершеннолетним и недееспособным гражданам РФ;
3. Права граждан при оказании психиатрической помощи;
4. Права и обязанности граждан при проведении иммунопрофилактики;
5. Социальная поддержка государства при возникновении поствакцинальных осложнений;
6. Национальный календарь профилактических прививок;
7. Формы и виды осуществляемой медицинской помощи;
8. Организация охраны здоровья граждан;
9. Организация оказания помощи матери и ребенку;
10. Защита репродуктивных прав граждан;
11. Организация и защита прав членов семьи пациента;
12. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование;
13. Пациент, как субъект обязательного медицинского страхования;
14. Правовое положение участников обязательно медицинского страхования и гарантии сторон при его реализации;
15. Организация учета застрахованных лиц в системе ОМС;
16. Сохранение и защита персональных данных пациента при оказании медицинской помощи;
17. Правила обработки персональных данных пациента и работы с медицинской документацией;
18. Права граждан на лекарственное обеспечение;
19. Закрепление и осуществление фармацевтической деятельности на территории РФ;
20. Осуществление надзора за медицинской и фармацевтической деятельностью и др.
21. Заключительные положения.

Рассмотренный нами и приведенный в данной работе структурированный список разделов нового кодифицированного нормативно-правового акта не является исчерпывающий и подлежит более глубокой детализации при его принятии утверждению органами законодательной власти. Считаю важным этапом в модернизации законодательства в области здравоохранения на сегодняшний день – выдвижение соответствующих законодательных инициатив и их публичное обсуждение в обществе.

Заключение. Своевременная кодификация отношений в сфере здравоохранения позволит упорядочить целый ряд нормативно - правовых актов, свести их воедино. Безусловно, такой серьезный шаг, как принятие принципиально нового нормативно-правового акта кодифицированного федерального закона – медицинского кодекса положительным образом воздействует на всю систему Российского права, объединит в себе целый комплекс вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи населению, внесет ясность, прозрачность в правоприменительную практику и тем самым укрепит действующую в стране вертикаль законодательной власти.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 18.// [Электронный ресурс]: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/8081edb34c85ed8a35690dfdbf9802f43622eb0f/ (дата обращения: 20.11.2018)

Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ (red. ot 07.03.2018) «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federatsii», stat'ya 18.// [Электронный ресурс]: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/8081edb34c85ed8a35690dfdbf9802f43622eb0f/ (дата обращения: 20.11.2018)

2. Корсаков С. А. Доклад «Медицинский кодекс как первый шаг к медицинскому праву» //Редакционная коллегия. – 1999 год// [Электронный ресурс]: URL: <http://www.med-pravo.ru/Articles/MedLawQuest/MedCode.htm> (дата обращения: 20.11.2018)

Korsakov S. A. Doklad «Meditsinskij kodeks kak pervyj shag k meditsinskomu pravu» //Redaktsionnaya kollegiya. – 1999 god// [Электронный ресурс]: URL: <http://www.med-pravo.ru/Articles/MedLawQuest/MedCode.htm> (дата обращения: 20.11.2018);

3. Литовка, А. Б., Литовка, П. И. Медицинское право – комплексная отрасль национального права России: становление, перспективы развитие // Правоведение. – Москва, 2000. – №1. – С.82. – 85// [Электронный ресурс]: URL: <http://window.edu.ru/resource/765/25765/files/volsu346.pdf> (дата обращения: 20.11.2018)

Litovka, A. B., Litovka, P. I. Meditsinskoe pravo – kompleksnaya otrasl' natsional'nogo prava Rossii: stanovlenie, perspektivy razvitie // Pravovedenie. – Moskva, 2000. – №1. – S.82. – 85// [Электронный ресурс]: URL: <http://window.edu.ru/resource/765/25765/files/volsu346.pdf> (дата обращения: 20.11.2018);

4. Шишков С. Будет ли в России Медицинский кодекс? // Российская юстиция. – 1997. – №1. – С. 38. – 44.// [Электронный ресурс]: URL: <http://window.edu.ru/resource/765/25765/files/volsu346.pdf> (дата обращения: 20.11.2018) SHishkov S. Budet li v Rossii Meditsinskij kodeks? //

Rossijskaya yustitsiya. – 1997. – №1. – С. 38. – 44.// [Электронный ресурс]: URL: <http://window.edu.ru/resource/765/25765/files/volsu346.pdf/> / (дата обращения: 20.11.2018);

5. Клык Н., Соловьев В. Медицинский кодекс России: каким ему быть? // Российская юстиция. – 1997. – №9. – С. 21. – 24.// [Электронный ресурс]: URL: <http://window.edu.ru/resource/765/25765/files/volsu346.pdf/> / (дата обращения: 20.11.2018) Klyk N., Solov'ev V. Meditsinskij kodeks Rossii: kakim emu byt'? // Rossijskaya yustitsiya. – 1997. – №9. – С. 21. – 24.// [Электронный ресурс]: URL: <http://window.edu.ru/resource/765/25765/files/volsu346.pdf/> / (дата обращения: 20.11.2018);

6. Мохов А.А. Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности). Курс лекций: Учебное пособие. – Волгоград: Издательство ВолГУ, 2003. 186 с.// [Электронный ресурс]: URL: <http://window.edu.ru/resource/765/25765/files/volsu346.pdf/> / (дата обращения: 20.11.2018) Mokhov A.A. Meditsinskoe pravo (pravovoe regulirovanie meditsinskoj deyatel'nosti). Kurs leksij: Uchebnoe posobie. – Volgograd: Izdatel'stvo VolGU, 2003. 186 s.// [Электронный ресурс]: URL: http://window.edu.ru/resource/765/25765/files/volsu346.pdf (дата обращения: 20.11.2018);

7. Видеоконференция «Медицинское право как отрасль права»– А.В. Панов, 2017 год// [Электронный ресурс]: URL: <http://pravo-med.ru/video/13722/> / (дата обращения: 20.11.2018) Videokonferentsiya «Meditsinskoe pravo kak otrasl' prava»– A.V. Panov, 2017 god// [Электронный ресурс]: URL: <http://pravo-med.ru/video/13722/> / (дата обращения: 20.11.2018).

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Марченко Д.В., Бобков А.В. *, Акулин И.М. **

*ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова».

** Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

***Резюме:** Непрерывное развитие системы оказания медицинской помощи в разных странах мира приводит к разным подходам к оказанию медицинской помощи населению как в повседневной жизни, так и в условиях чрезвычайных ситуаций. Произведен анализ зарубежной литературы, статей и законодательной базы разных стран с целью определения сильных и слабых сторон организации систем оказания медицинской помощи пострадавшему населению. Оценены системы медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях США, Франции, Китая и Индии.*

***Ключевые слова:** медицинская помощь, чрезвычайные ситуации, системы оказания медицинской помощи разных стран, вооруженные*

силы, ликвидация последствий, организация систем медицинской помощи, стихийные бедствия.

TO THE QUESTION OF ORGANIZATIONAL FEATURES OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN EMERGENCY RESPONSE

Marchenko D.V., Bobkov A.V. (8861-9020)

Military Medical Academy

The Department Of Organization And Tactics Of Medical Service

***Summary:** The continuous development of the medical care system in different countries of the world leads to different approaches to the provision of medical care to the population both in everyday life and in emergency situations. The analysis of foreign literature, articles and the legislative framework of different countries was carried out in order to determine the strengths and weaknesses of the organization of medical care systems for the affected population. The emergency medical care systems of the USA, France, China and India are evaluated.*

***Key words:** medical care, emergency situations, medical care systems of different countries, armed forces, liquidation of consequences, organization of medical care systems, natural disasters.*

Введение. С увеличением количества техногенных катастроф, стихийных бедствий, войн и террористических актов, появлением новых видов угроз [3], которые влекут за собой травматизм и гибель населения, – возрастает необходимость готовности населения и специальных служб к оказанию медицинской помощи. Наличие квалифицированных кадров, обязанных и умеющих грамотно и качественно оказать первую помощь пострадавшим, а также не имеющих медицинского образования, но прошедших подготовку на соответствующем курсе – значительно снизят количество летальных исходов, а также инвалидизации при различных чрезвычайных ситуациях. Первичная врачебная медико-санитарная (или скорая) помощь не всегда может быть оказана своевременно (поток раненых и пострадавших, большая удаленность от организаций лечебно-профилактического профиля и т.д.) [1,6]. Необходимо также обратить внимание, что на качество оказания первой помощи влияет не только теоретическая и фундаментальная база подготовки и навыков людей оказывающих помощь, но и умения правильно оценить непосредственную обстановку, определить степень тяжести пострадавших, наличие качественной системы защиты населения и

взаимодействия различных служб, возможности эвакуации пострадавших в специализированные медицинские организации.

Цель исследования. Провести анализ системы оказания медицинской помощи в разных странах мира в условиях чрезвычайной ситуации для выявления сильных и слабых её сторон.

Материалы и методы. С помощью информационно-аналитического метода проведен анализ зарубежной и отечественной литературы, статей и законодательной базы стран, являющихся лидерами по валовому национальному продукту в мире, по организации оказания медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

Результаты и их обсуждение. Во многих странах мира, в настоящее время, существуют различные подходы к оказанию первой помощи [7], особенно при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС).

В США мерами по ликвидации ЧС занимаются органы гражданской обороны, министерство здравоохранения, национальная противопожарная администрация, медицинская служба Вооружённых сил. Основной задачей оказания помощи населению при катастрофах отводится Федеральному управлению по чрезвычайным ситуациям FEMA (Federal Emergency Management Agency) в ЧС, которое напрямую подчиняется президенту. Так же, для ликвидации последствий, привлекаются части и подразделения вооружённых сил, имеющие необходимые средства для решения задач по устранению последствий применения противником оружия массового поражения и, как следствие – крупномасштабных природных и техногенных катастроф. В том числе задачами FEMA являются обеспечение кадрами, обучение населения и распространение информации по вопросам гражданской обороны, решение задач по борьбе с терроризмом и обеспечение взаимодействия с вооружёнными силами. В случае возникновения вспышки инфекционных заболеваний пациенты эвакуируются в медицинский НИИ (Форт-Детрик, шт. Мэрилэнд) инфекционных заболеваний сухопутных войск, где имеется 16-местная палата для изоляции больных, инфицированных возбудителем второй группы патогенности и специальный бокс для четырех пациентов инфицированных возбудителем первой группы патогенности. Институт оборудован необходимой диагностической аппаратурой, для оптимального лечения пострадавших.

Для совершенствования практических навыков персонала проводятся комплексные стратегические учения («Виджилант шилд» и «Ардент центри»). На данных учениях отрабатываются вопросы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в рамках Национальной системы медицины катастроф (NDMS – National Disaster Medical System). В случае возникновения ЧС NDMS, по прямому указанию президента США, формирует и отправляет в зону бедствия бригады медицинской помощи при катастрофах (DMAT – Disaster Medical Assistans Team), с поддержкой соответствующих военно-медицинских сил. Основная часть DMAT представлена эвакуационно-сортировочными (CSU), «подвижными хирургическими» (MSU) и многопрофильными подразделениями. Каждая DMAT (всего их около 150) насчитывает от 30 до 100 добровольцев из числа медицинских работников (врачи, медсестры, технический персонал лабораторий, рентгеновских кабинетов и др.), администраторов, снабженцев, прошедших специальную подготовку по курсу «Действия в кризисных ситуациях».

Таким образом организация ликвидации последствий ЧС в США представляет собой межведомственную систему, которая связывает между собой различные силы и средства, действующие в рамках американского законодательства.

Стоит отметить, что опыт, полученный вооруженными силами при ликвидации последствий ЧС, показал наличие ряда отрицательных моментов, таких как:

- 1) низкая оперативность при реагировании на ЧС;
- 2) отсутствие необходимого уровня координации действий между подразделениями и частями вооруженных сил федерального и местного подчинения;
- 3) недостаточное взаимодействие с гражданскими структурами.

Во Франции, на центральном уровне, организацией, непосредственно отвечающей за политику гражданской безопасности, является Генеральный директорат по гражданской безопасности и урегулированию кризисов (DGSCGC – Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises). Структура гражданской защиты организована на национальном, региональном и ведомственном уровнях. На национальном уровне министр внутренних дел готовит спасательные меры и координирует ресурсы, поступающие в ведение государства, территориальных общин и общественных учреждений на всей территории. На зональном уровне глава региона координирует ресурсы в зоне ЧС. Для

выполнения этой задачи в его распоряжении находится Межрегиональный оперативный координационный центр по гражданской безопасности. Ему помогают в подготовке мер по спасению – Генеральный секретариат зоны обороны и сотрудники штаба зоны гражданской безопасности. На ведомственном уровне глава департамента использует государственные и частные ресурсы на случай чрезвычайных ситуаций и координирует ресурсы, находящиеся в его ведомстве [8].

Для оказания медицинской помощи населению в условиях ЧС создана одна из наиболее эффективных систем реагирования – Французская Служба скорой медицинской помощи SAMU (*Service d'aide médicale urgente*). Система основана на создании бригад быстрого реагирования, закрепленных за определенным регионом. В состав бригады входят врач, медицинская сестра, водитель и радиооператор. Два последних члена бригады – полицейские или пожарные, которые по совместительству могут выполнять функции санитаров. Это контрастирует с системами в других частях мира, особенно в англоязычных странах, где уход на месте происшествия осуществляется в основном – парамедиками или специалистами по оказанию неотложной медицинской помощи, при этом врачи участвуют на месте происшествия только в самых сложных или крупномасштабных инцидентах.

На случай длительных или масштабных бедствий таких как наводнения, сильные штормы, землетрясения или крупные промышленные катастрофы, во Франции предусмотрен план ORSEC (*Organisation de la Réponse de Sécurité Civile* – Организация по спасению гражданских лиц). Стоит отметить что план ORSEC – это не список задач, а описание общей организации, которая определяет сферы и задачи для конкретных структур, участвующих в ликвидации ЧС, перечень привлекаемых сил и средств а так же порядок их мобилизации. Структура ORSEC включает в себя – один управленческий персонал (штаб-квартира), пять оперативных служб, таких как – полиция, поисково-спасательные службы (пожарные, SAMU, добровольцы первой помощи), медицинская и социальная помощь (SAMU, больницы), транспорт и инженерные службы, связь и оповещение и одна служба по связям с общественностью.

На случай массового поступления больных существует план ORSAN (*Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles* – Организация системы реагирования здравоохранения в исключительных ситуациях общественного здравоохранения). Это

общенациональный план действий в чрезвычайных ситуациях, который разрабатывается для больниц на местном уровне. План Орсана состоит из пяти разделов:

- ORSAN AMAVI: огромное количество «чистых» потерпевших.
- ORSAN CLIM: огромное количество пациентов из-за климатических явлений, например, жары или холода.
- ORSAN EPI-VAC: общенациональная эпидемия, в конечном итоге, кампанией вакцинации.
- ORSAN BIO: известный или возникающий биологический риск.
- ORSAN NRC: ядерное, радиологическое или химическое событие.

Медицинские учреждения, которые начинают работать по плану ORSAN, в случае возникновения ЧС выполняют ряд действий, которые включают в себя: создание кризисных ячеек на каждом уровне, обеспечение спасательных команд дежурными сменами, не экстренные операции отменяются, создание мобильных санитарных постов, организация строгой сортировки в отделении неотложной помощи, выставление дополнительных указателей для облегчения движения. В случае необходимости больницы могут запросить волонтеров из общественных организаций.

Из недостатков стоит отметить то, что машины скорой помощи недостаточно укомплектованы необходимым оборудованием. Так же не всегда имеется возможность поддержания необходимой связи между бригадами скорой помощи и центрами экстренной помощи осуществляется только в устной форме. Другой основной причиной сложности оказания медицинской помощи является множественность и широкий спектр дорог (например, автомагистралей, национальных, местных), что затрудняет определение конкретных планов действий в чрезвычайных ситуациях [10].

В Китае очень слабо развита система первичного звена здравоохранения (врачей общей практики), подавляющее число пациентов вынуждены обращаться за медицинской помощью в отделения амбулаторной или экстренной медицинской помощи при больницах [2]. Услуги скорой медицинской помощи платные. Базовый тариф составляет 30 юаней плюс 7 юаней за километр (после первых четырех километров) и 80 юаней за час ожидания. При необходимости взимается плата в размере 60 юаней за лечение на догоспитальном этапе. В Китае не принято вызывать скорую медицинскую помощь для оказания медицинской помощи на дому. Выбор больницы остается за пациентом, за исключени-

ем ситуации, угрожающей жизни, или необходимости специальных видов лечения. Как правило, бригада скорой медицинской помощи состоит из врача, фельдшера (медсестры) и водителя. Парамедиков в Китае нет.

В Китае, согласно современному законодательству, утверждены меры по созданию и укреплению системы предупреждения чрезвычайных ситуаций. Соответствующие подразделения Государственного совета КНР, исходя из рамок своих полномочий и надлежащих инструкций Государственного совета КНР по экстренному предупреждению, разрабатывают отраслевые меры по экстренному предупреждению чрезвычайных ситуаций государственного уровня. В случаях возникновения ЧС к их ликвидации привлекаются силы НОАК (Народная освободительная армия Китая, войска вооруженной народной полиции и организации народного ополчения. На базе НОАК сформированы 8 отрядов государственного уровня по спасению и реагированию на чрезвычайные происшествия, общей численностью 50 тыс. военнослужащих [4]. Не стоит забывать, что РСЧС И МЧС России могут оказывать помощь в ликвидации катастроф на территории Китая в рамках ШОС (Шанхайской организации сотрудничества).

В случае возникновения ЧС местные органы власти могут обращаться в органы управления военно-административных структур равного им уровня (провинциальные военные округа, военные подокруга, отделы народного вооружения городов и населенных пунктов), а при срочном характере – напрямую к командованию военных гарнизонов на местах. Решение о применении сил и средств НОАК утверждает Центральный военный совет КНР. В этом случае создается объединенная группировка ВС Китая под руководством одного из военачальников окружного звена или представителя центрального органа военного управления.

Управление операциями по ликвидации последствий ЧС осуществляет специально создаваемый оперативный штаб под руководством гражданского чиновника соответствующего уровня. Он определяет задачи для каждой из привлекаемых структур, находящихся в его ведомстве. В состав этого органа включается командующий объединенной группировкой вооруженных сил (командир воинского формирования), который непосредственно управляет всеми выделяемыми войсками (силами).

Для оказания врачебной помощи в районах, пострадавших от стихийного бедствия, медицинскими подразделениями НОАК разворачи-

ваются полевые военные госпитали, а также устанавливаются станции фильтрации и очистки воды в полевых условиях для обеспечения населения необходимым количеством питьевой воды. В целях предотвращения эпидемий и различных заболеваний подразделениями РХБ-защиты проводятся санитарно-эпидемиологические мероприятия и дезинфекция мест массового скопления гражданского населения. Охрану общественного порядка в зоне проведения спасательной операции обеспечивают формирования Народной вооруженной милиции (НВМ). Они же занимаются тушением лесных пожаров.

Транспортировка военнослужащих, спасательных подразделений и гуманитарных грузов в пострадавшие районы осуществляется самолетами военно-транспортной авиации военно-воздушных сил и вертолетами армейской авиации сухопутных войск НОАК. Также с помощью авиации осуществляется мониторинг развития ЧС (аэрофотосъемка и дистанционное наблюдение).

Таким образом НОАК активно принимает участие в ликвидации последствий ЧС и имеет развитую систему реагирования на ЧС, имеет законодательную базу, отрегулированную систему управления, сформированные профессиональные дежурные силы и средства, отработанные планы действий в воинских частях и соединениях различного уровня.

В основе Индийской системы ликвидации ЧС стоит министерство внутренних дел Индии и включает в себя вооруженные силы, национальные силы реагирования на стихийные бедствия (NDRF – The National Disaster Response Force), а также все необходимые активы других отраслей. NDRF состоит из 12 батальонов, каждый из которых включает в себя порядка 1149 человек. Каждый батальон способен обеспечить 18 автономных поисково-спасательных групп по 45 человек, в число которых входят инженеры, техники, электрики, медики и парамедики. Батальоны NDRF расположены в двенадцати разных местах в стране на основе профиля уязвимости, чтобы сократить время для их развертывания. Одной из важнейших задач NDRF является постоянное участие в создании потенциала сообщества и программ информирования общественности, которые включают в себя обучение людей (лиц, принимающих первые ответные меры) и заинтересованных государственных должностных лиц на различных уровнях в районах с высокой уязвимостью. В основе эффективной работы батальонов лежит обучение персонала по специальному режиму, в котором определены

конкретные учебные курсы по реагированию на стихийные бедствия. Что касается обычного населения проживающего в неблагоприятных районах с высоким риском возникновения ЧС, то NDRF занимается обучением и информированием общественности и заинтересованных государственных и должностных лиц в районах с высокой уязвимостью [9]. Помимо этого, в 2011 г. было подписано «Соглашение между правительством Российской Федерации и Правительством Республики Индии о сотрудничестве в области предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций», в рамках которого обеспечивается взаимодействие между странами, не только в плане оказания помощи и организации взаимодействия в случае катастроф, но и обмен информацией, подготовка специалистов в учебных заведениях, а также обмен стажерами и специалистами для содействия развитию потенциала сторон в области предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций [5].

Заключение. Проведенный анализ систем оказания помощи в условиях чрезвычайных ситуаций разных стран позволяет выявить такие общие тенденции как: создание органов управления объединяющих государственные и негосударственные структуры (организации, комитеты и общества), активное участие вооруженных сил в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, организация иерархической системы подчинения, использование систем предупреждения стихийных бедствий, а также проведение просветительской работы с населением. Из общих недостатков исследованных систем стоит отметить отсутствие должного уровня координации сил и средств различных ведомств и структур.

Литература:

1. Бигунец В.Д., Михальский В.К., Смышляев А.Л., Днов К.В. Оказание первой помощи. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во НУ «Центр стратегических исследований», 2019. – 96 с.
2. Вопросы получения медицинской помощи и приобретения лекарственных препаратов в Шанхае. [Электронный ресурс]: Генеральное консульство Российской Федерации в Шанхае, КНР. URL: <http://rusconshanghai.mid.ru/voprosy-polucenia-medicinskoj-pomosi-i-priobreteniia-lekarstvennyh-preparatov-v-sanhae> (Дата обращения 21.01.2020 г.)
3. Глущенко О.Н., Безрук В.И., Тарнавский А.П., Экологический терроризм – угроза национальной безопасности // Вопросы национальной безопасности в контексте современности. – СПб.: Центр стратегических исследований, 2014. – 116 с.

4. Икрамов Д.Б., Дымков А.В., Сардановский С.Ю. Возможные направления сотрудничества государств-членов ШОС России и Китая в сфере борьбы с бедствиями с учетом существующих структурно- организационных различий // Стратегия гражданской защиты: проблемы и исследования. – 2015. – №2. – С.50 – 55.

5. Соглашение между правительством Российской Федерации и Правительством Республики Индии о сотрудничестве в области предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций [Электронный ресурс]: Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. URL: [http:// http://docs.cntd.ru/document/902264236](http://docs.cntd.ru/document/902264236) (Дата обращения 24.01.2020 г.)

6. Тегза В.Ю., Черников А.А., Бигунец В.Д. К вопросу о современных стратегиях и новых факторах риска в общественном здоровье / Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье // Материалы всеросс. науч.-практ. конф. Главное военно-медицинское управление МО РФ, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 16-17 марта 2018 г. – СПб: Изд-во Военно-медицинская академия имени С.М. - Кирова, 2018. – С. 215 – 232.

7. Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Кошимбеков М.К., Ибраева А.Ш. Анализ международного опыта организации медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях // Ветник КазНМУ. – 2017. – №1. – С.538 – 542.

8. France - Disaster management structure. Vademecum - Civil Protection [Электронный ресурс]: An official website of the European Union. URL: http://ec.europa.eu/echo/files/civil_protection/vademecum/fr/2-fr-1.html (Дата обращения 24.01.2020 г.)

9. India. Disaster Management Reference Handbook [Электронный ресурс]. Center for Excellence in Disaster Management & Humanitarian Assistance. URL: <https://www.cfe-dmha.org/LinkClick.aspx?fileticket=fyTJReObGJl%3d&portalid=0> (Дата обращения 24.01.2020 г.)

10. Mallek S., Sauvagnargues S., Tena-Chollet F., Charrel B., Arnaud I. Contribution to the Definition of a New Type of More Technological Ambulance: Use Case of French Civil Security Ambulances // Open Journal of Safety Science and Technology. – 2016. – №4. – С.126 – 142.



Подписано в печать 10.10.2020. Формат 145x200.

Печать цифровая. Тираж 500 экз. Заказ №1400.

Отпечатано в типографии “Турусел”.

Санкт-Петербург, ул. проф. Попова, д.38. тел. 334-10-25.