

Санкт-Петербургский государственный университет
Ассоциация медицинского права Санкт-Петербурга
Межрегиональное отделение Общероссийской
общественной организации
«Ассоциация юристов России»
по Санкт-Петербургу и Ленинградской области
РОО «Врачи Санкт-Петербурга»

**XIII ежегодная научно-практическая конференция
«Медицина и право в XXI веке»,**

24 - 25 декабря 2021 года

*Круглый стол
«Правовые и криминологические
проблемы профилактической медицины».*

Сборник трудов



Нордмедиздат
Санкт-Петербург
2021

УДК 34

Медицина и право в XXI веке: XIII ежегодная научно-практическая конференция, 24-25 декабря 2021 года. Сборник трудов. – СПб.: Нордмедиздат. – Санкт-Петербург, 2021 – 108 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 «Centerfor Sociological and Internet Research».

© Коллектив авторов, 2021

ISBN 978-5-98306-168-2

DOI 10.46980/9785983061682



Оригинал-макет подготовлен издательством
«Нордмедиздат»
199004, Санкт Петербург, Биржевой пер., д.1/10
www.nordmedizdat.com
(812) 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 13 раз.

В 2021 году Конференция состоится 24 – 25 декабря в Санкт-Петербургском государственном университете на юридическом факультете.

Особое внимание в этом году мы уделяем теме правовой оценки профилактической деятельности в здравоохранении зарубежных стран.

Круглый стол **«Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины»** посвящен исследованию опыта и правовому анализу развития профилактического направления здравоохранения в ведущих странах Запада, в сравнении с прошлым и настоящим в организации профилактической медицины РФ.

Представлены новые данные о коррупционной составляющей некоторых видов профосмотров в РФ. Рассмотрены и представлены на обсуждение вопросы необходимости усиления контроля за профилактической деятельностью медицинских организаций, врачей, органов управления здравоохранением всех уровней.

Надеемся, что представленные в сборнике научные работы юристов, специалистов в области медицинского права, 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

- 1. «О некоторых вопросах законодательного регулирования профилактических медицинских осмотров, связанных с выполнением трудовых обязанностей, в ФРГ и РФ»**
Щепельков В. Ф., профессор СПбГУ, доктор юридических наук;
Куликова М.С., аспирант 3 года обучения Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация **7**
- 2. «Проблемы профилактической медицины в оценках врачей и пациентов»**
Смирнова А. Н., доцент СПбГУ, кандидат социологических наук;
Савин С. Д., доцент СПбГУ, кандидат социологических наук
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация **23**
- 3. «Коррупционные преступления в сфере профилактической медицины: криминологический аспект»**
Пряхина Н.И., доцент СПбГУ, кандидат юридических наук
Суслина Е.В., доцент СПбГУ, кандидат юридических наук
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация **39**
- 4. «Противники вакцинации в публичном пространстве российского общества (на основе изучения сетевой публикационной активности)»**
Савин С.Д., доцент СПбГУ, кандидат социологических наук
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация **53**

5. «Нормативно-правовые акты в сфере профилактической медицины и коррупционные риски»
Бурлаков В. Н., профессор СПбГУ, доктор юридических наук;
Щепельков В. Ф., профессор СПбГУ, доктор юридических наук
Санкт-Петербургский государственный университет,
Россия, г. Санкт-Петербург **72**

6. «Основные организационно-правовые принципы профилактической медицины за рубежом»
Акулин И.М., д.м.н., профессор СПбГУ, заведующий
кафедрой организации здравоохранения и медицинского
права Санкт-Петербургского государственного университета;
Белоколодова Т.И., к.ю.н., доцент кафедры гражданского
права и процесса юридического факультета Санкт-
Петербургского филиала Национального исследовательского
университета «Высшая школа экономики»,
Россия, г. Санкт-Петербург **82**

7. «Меры профилактической медицины на рабочем месте и специальная оценка условий труда»
Н.И. Дивеева
профессор кафедры трудового и социального права
Санкт-Петербургского государственного университета,
доктор юридических наук,
Россия, г. Санкт-Петербург **101**



О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, СВЯЗАННЫХ С ВЫПОЛНЕНИЕМ ТРУДОВЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ, В ФРГ И РФ¹

Щепельков В.Ф.,

профессор СПбГУ, доктор юридических наук;
кафедра уголовного права Санкт-Петербургского
государственного университета,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: volga0@yandex.ru

Куликова М.С.,

аспирант 3 года обучения СПбГУ, преподаватель;
Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: m.s.kulikova@spbu.ru

***Аннотация.** В настоящей статье проведен сравнительный анализ законодательного регулирования профилактических медицинских осмотров, связанных с выполнением трудовых обязанностей, в ФРГ и РФ. Авторами, в частности, наиболее детально были исследованы нормативная база, существующие виды медицинских осмотров, пределы допустимого обследования, субъект, проводящий такое обследование, а также порядок и форма получения добровольного информированного согласия.*

Проведенное исследование позволило выявить как ряд схожих черт, присущих обеим правовым системам, так и существенные различия, демонстрирующие дифференцированный уровень проработки того или иного вопроса в различных национальных законодательствах.

Так, например, было установлено, что в ФРГ, как и в РФ нормативно-правовая база не имеет единого комплексного акта, регламентирующего медицинские осмотры, связанные с трудовой функцией. В тоже время как требования, предъявляемые к специальному субъекту, проводящему медицинский осмотр, в большей степени прописаны

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.

ны в немецком законодательства, а такой дискуссионный вопрос как пределы врачебного усмотрения – в российском.

Проведенный сравнительный анализ дает основание заключить, что, несмотря на стремление законодателя в обеих правовых системах детально урегулировать отношения работника и работодателя в рамках профилактических медицинских осмотров, на настоящий момент до сих пор остались вопросы, требующие своего разрешения. Так, авторы приходят к выводу о том, что необходимо внести ряд законодательных изменений, в частности, отказаться от обязательного характера некоторых медицинских осмотров, не имеющих связи с исполнением трудовой функции, в российском законодательстве, а также прописать дополнительные гарантии, позволяющих ограничить свободу врачебного усмотрения, в немецком законодательстве.

Ключевые слова: профилактическая медицина, профилактический медицинский осмотр, обязательный профилактический медицинский осмотр, врачебная тайна, пределы допустимого медицинского обследования.

SOME ISSUES IN THE LEGAL REGULATION OF WORK-RELATED PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS IN THE FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY AND THE RUSSIAN FEDERATION

Shchepelkov Vladislav F.

Professor of the Criminal Law Department,
St. Petersburg State University, Doctor of Law, St. Petersburg,
Russian Federation;
e-mail: volga0@yandex.ru

Kulikova Mariia S.

Third year postgraduate student, lecturer of St. Petersburg State
University, St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: m.s.kulikova@spbu.ru

Annotation: This article provides a comparative analysis of the legislative regulation of preventive medical examinations related to the duties of work in the Federal Republic of Germany and the Russian Federation. In particular, the authors researched in most detail the normative framework, the existing types of medical examinations, the limits

of permissible examinations, the subject conducting such examinations, as well as the procedure and form of obtaining voluntary informed consent.

The study revealed a number of similarities between the two legal systems, as well as significant differences demonstrating the differentiated level of treatment of a particular issue in the various national legislations.

For example, it was found that in the Federal Republic of Germany, as in the Russian Federation, the legal framework does not have a single comprehensive act regulating work-related medical examinations. At the same time, the requirements for the special entity performing medical examinations are more specified in German law, while the discussion issue of the limits of doctor's discretion is more specified in Russian law.

The comparative analysis leads to the conclusion that, despite the desire of the legislator in both legal systems to regulate in detail the relations between the employee and the employer in the framework of preventive medical examinations, there are still issues that need to be resolved. Thus, the authors conclude that a number of legislative changes are necessary, in particular, that certain medical examinations that are not related to the performance of the job function are not compulsory in Russian law and that additional safeguards to limit the discretion of the doctor should be provided in German law.

Keywords: *preventive medicine, preventive medical examination, compulsory preventive medical examination, medical confidentiality, limits of acceptable medical examination.*

1. Структура нормативно-правовой базы. Законодательство ФРГ, несмотря на присущую ему общую черту детального регламентирования трудовых отношений, не имеет единого кодифицированного акта, регулирующего трудовые отношения в части проведения профилактических и иных медицинских осмотров работников или соискателей при приеме на работу. На сегодняшний день вопросы регулируются корпусом федеральных нормативных правовых актов ФРГ, наиболее значимыми из которых являются:

- Закон о внедрении мер по охране труда для улучшения безопасности и здоровья работников на рабочем месте (далее – ArbSchG);²

² *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit или Arbeitsschutzgesetz, т.е. закон об охране труда.*

- Закон о медперсонале на предприятии, инженерах техники безопасности и других специалистах по охране труда (далее – ASiG);³
- Постановление о проведении медицинского профилактического осмотра работников (далее - ArbMedVV)⁴, подзаконный нормативный акт, детально уточняющий общие нормы двух вышеуказанных законов.

В Российской Федерации также как и в ФРГ нет единого комплексного нормативно-правового акта, регламентирующего медицинские осмотры, связанные с трудовой функцией. Общие обязанности по прохождению медицинских осмотров предусмотрены федеральными законами (Трудовой кодекс РФ, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации и др.), а детальная регламентация порядка, объема осмотров закреплена в подзаконных актах Правительства РФ и профильных ведомств (см., например: Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 ТК РФ, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров»).

Таким образом, и в Германии, и в Российской Федерации законодательство о профилактических медицинских осмотрах, связанных с исполнением трудовой функции, имеет сложную структуру, характеризуется отсутствием единого акта. При этом базовые нормы предусмотрены законами, а их детализация регламентирована в подзаконных нормативно-правовых актах.

³ *Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Arbeitssicherheitsgesetz, т.е. закон о безопасности труда.*

⁴ *Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung.*

2. Виды профилактических медицинских осмотров в зависимости от их цели. В законодательстве ФРГ разграничиваются и более детально регулируются медицинские осмотры работников («*arbeitsmedizinische Vorsorge*»), чем осмотры и связанные с ним обследования при приеме на работу («*Einstellungsuntersuchungen*» или «*Eignungsuntersuchungen*»⁵). В доктрине отмечается: «Правовое обоснование обследования соискателя при приеме на работу не может быть выведено из Закона об охране труда. Речь идет о мерах по отбору персонала, на которые распространяются иные соответствующие правила».⁶ С 2013 года после внесения соответствующих изменений разграничение было закреплено на законодательном уровне.⁷ Исходя из телеологического подхода было определено, что профилактические медицинские осмотры работников преследуют своей целью вторичную (иногда первичную) профилактику и охрану не только коллективных прав, но и индивидуальных прав работника, тогда как осмотр соискателя при приеме на работу нацелен исключительно на защиту коллективных прав (с соблюдением, однако, таких индивидуальных прав лица, как сохранение врачебной тайны) и отвечает на вопрос о физической пригодности кандидата к работе, выступая тем самым эффективным методом по отбору пер-

⁵ *O тождественности понятий см. Arbeitsrecht · Lohnsteuerrecht – Sozialversicherungsrecht. Herausgegeben von Jürgen Röller. 2021 Verlag C.H.BECK oHG. Wilhelmstraße 9, 80801 München.*

⁶ *Dr. Heinrich Kiel, Dr. Stefan Lunk, Dr. Hartmut Oetker Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht. Том 2. § 180 Индивидуальная защита на рабочем месте и профилактические медицинские осмотры. Раздел 3 Профилактические медицинские осмотры и медицинские обследования. Параграф 3.*

⁷ *После внесения изменений в 2013 году в § 2 абз. 1 пред. 5 ArbMedVV, а также в § 3 абз. 3 пред. 3 ArbMedVV стал предусматриваться критерий разделения двух медицинских осмотров: «Профилактическое медицинское обследование не должно проводиться совместно с обследованием при приеме на работу, целью которого служит выявление соответствия здоровья кандидата профессиональным требованиям, за исключением случаев, когда это необходимо по производственным причинам; в этом случае работодатель обязывает врача сообщить работнику различные цели профилактического медицинского обследования и обследования, проводимого при приеме на работу» (§ 3 абз. 3 пред. 3 ArbMedVV).*

сонала, поскольку прием лица на работу с физической для этой работы непригодностью недопустим.

Таким образом, законодательная норма о превалировании при приеме на работу общего блага (безопасность других работников и третьих лиц) над частным (право лица не быть дискриминированным по критерию физического недостатка)⁸ послужила основой для разрешения давно существовавших дискуссионных вопросов. Вместе с тем до настоящего времени возникают споры, связанные с пропорциональностью защиты общего блага за счет частного, например, о возможности отказа при приеме на работу лиц с ВИЧ-инфекцией.

В Российской Федерации медосмотры, связанные с исполнением трудовой функции, бывают предварительными (при устройстве на работу) и периодическими. Их прохождение регламентируется, как правило, одними и теми же подзаконными нормативно-правовыми актами. При этом цели этих осмотров различаются. Так, в соответствии с приказом Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 ТК РФ, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» обязательные **предварительные** медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе. Обязательные **периодические** медицинские осмотры (обследования) проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, вы-

⁸ Данный принцип закреплён в § 4 номер 5 ArbSchG.

явления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ.

Иногда имеется различие в объеме медицинских обследований при предварительном и периодическом профилактическом медицинском осмотре. Но, как правило, объемы медицинских обследований совпадают. В связи с этим трудно говорить о том, что указанные виды осмотров с медицинских позиций сильно различаются.

3. Виды медицинских профилактических осмотров по степени обязательности. По законодательству ФРГ помимо разграничения медицинских осмотров по критерию цели их проведения, профилактические осмотры, связанные с осуществлением трудовой функции, подразделяются на три подвиды:

- Обязательный профилактический осмотр (*Pflichtvorsorge, on-reделенный в § 2 абз. 2 ArbMedVV*)⁹;

- Факультативный профилактический осмотр (*Angebotsvorsorge, on-reделенный в § 2 абз. 3 ArbMedVV*)¹⁰;

- Добровольный профилактический осмотр (*Wunschvorsorge, on-reделенный в § 2 абз. 4 ArbMedVV*)¹¹.

В рамках данной классификации по подвидам осмотров, исходя из признака их обязательности или добровольности для работников для «факультативного профилактического осмотра» неочевидна степень его добровольного или обязательного характера. Из системного толкования положений § 2 абз. 3 и § 5 абз. 1 пред. 3 ArbMedVV следует, что этот вид осмотра является добровольным

⁹ См. § 2 абз. 2 ArbMedVV «Основные понятия»: «Обязательный профилактический осмотр - это профилактическое медицинское обследование работника, которое должно быть проведено при выполнении им определенных особо опасных видов деятельности».

¹⁰ См. § 2 абз. 3 ArbMedVV «Основные понятия»: «Факультативный профилактический осмотр - это профилактическое медицинское обследование работника, которое должно быть предложено в качестве опции при выполнении им определенных опасных видов деятельности».

¹¹ См. § 2 абз. 4 ArbMedVV «Основные понятия»: «Добровольный профилактический осмотр - это профилактическое медицинское обследование работника, которое должно предоставляться по просьбе работника, выполняющего деятельность, не исключаящую причинение вреда здоровью».

для работников, который обязательно должен быть предложен работодателем многократно при осуществлении работниками опасных видов деятельности, определенных и стандартизированных в приложении к ArbMedVV.

Основанием для проведения такого осмотра может быть, во-первых, трудовая деятельность, предусмотренная в Приложении ArbMedVV, а, во-вторых, случай, когда работодателю стало известно о заболевании работника, которое может быть причинно-связано с выполняемой им трудовой функцией. При этом предусмотрено, что работодатель может получить такие сведения даже после прекращения трудовых отношений. В таком случае профилактический осмотр должен быть предложен бывшему сотруднику для его последующего лечения. Так, например, в отношении опасных веществ и биологически активных веществ общеизвестно, что некоторые заболевания проявляются и выявляются только через длительный период времени, поэтому превентивная защита в таких случаях не может прекратиться одновременно с окончанием трудовых отношений. Комитет по медицине труда, в частности, разработал положения, касающиеся интервалов, через которые необходимо проводить такие осмотры, работодатель, в свою очередь, может передать свои обязательства компетентной организации, занимающейся страхованием от несчастных случаев, в соответствии с § 5 абз. 3 пред. 2 ArbMedVV, после прекращения трудовых отношений с работником.

Таким образом, вопрос о разграничении обязательного и факультативного медицинского профилактического обследования разрешен нормативно, а именно посредством включения в ArbMedVV приложения-перечня особо опасных видов трудовой деятельности. Но в соответствии с принципом приоритета коллективных мер защиты над индивидуальными, закрепленным в § 4 номер 5 ArbSchG¹², работник обязан проходить обязательное медицинское профилактическое обследование. Например, в случаях возникновения инфек-

¹² См. § 4 номер 5 ArbSchG «Общие принципы»: «Принимая меры по охране труда, работодатель должен придерживаться следующих основополагающих принципов:... 5. Индивидуальные меры защиты имеют второстепенное значение по отношению к другим мерам защиты».

ционного заболевания среди работников организации, когда первоочередным становится вопрос о гигиенических мерах, необходимых для снижения риска заражения других лиц. Стоит отметить, что исходя из сложившейся судебной практики, тестирование работников на СПИД не признается в качестве такого основания, и, соответственно, работодателю запрещено задавать вопросы соответствующего характера и обязывать работника участвовать в профилактическом медицинском осмотре на предмет выявления СПИД.¹³

Вместе с тем, если от согласия или несогласия работника пройти обязательное медицинское профилактическое обследование при наличии законных оснований зависит, будет ли он впоследствии допущен до выполнения трудовой функции¹⁴, то можно ли говорить о том, что медицинский осмотр соискателя при приеме на работу, также носит обязательный характер? Несмотря на то, что среди правоведов существует устоявшаяся позиция о том, что отказ соискателя пройти такого рода обследование существенно сокращает шансы получить желаемое место работы¹⁵, то есть является для него, по сути, необходимым, но, все же принято считать, что нормативно установленные медицинский осмотр и обследование перед приемом на работу носит добровольный характер.

По российскому законодательству нет деления медицинских обследований, связанных с трудовой функцией, на обязательные и факультативные. В федеральных законах предусмотрены только обязательные профилактические медицинские осмотры будущих и действующих работников. В подзаконных актах также речь идет о регламентации обязательных профилактических медицинских ос-

¹³ Dr. Heinrich Kiel, Dr. Stefan Lunk, Dr. Hartmut Oetker *Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht*. Том 2. § 180 *Индивидуальная защита на рабочем месте и профилактические медицинские осмотры*. Раздел 3 *Профилактические медицинские осмотры и медицинские обследования*. Параграф 5.

¹⁴ Согласно § 4 абз. 2 ArbMedVV «Обязательное профилактическое медицинское обследование»: «Работодатель может разрешить осуществление трудовой деятельности работнику только в том случае, если работник прошел обязательное профилактическое медицинское обследование».

¹⁵ Так, об этом пишут: *Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht* 21. Auflage 2021; *Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht, Band 2: Individualarbeitsrecht II* 4. Auflage 2018.

мотров. Более того, осмотр считается завершенным, если действующий или будущий работник прошел все обследования у всех врачей, предусмотренных соответствующим нормативно-правовым актом. Если хотя бы одно обследование, или один врач «не пройден», то обследуемый не получит положительного заключения врачебной комиссии и, соответственно, допуска для осуществления трудовых обязанностей.

В то же время в соответствии с медицинскими рекомендациями работники могут дополнительно проходить внеочередные медицинские осмотры.

Анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих в Российской Федерации профилактические медосмотры, в части объема обследований, которые должен пройти работник, показывает, что многие обследования не связаны непосредственно с трудовой функцией и дублируют обследования при диспансеризации (которая является добровольной). Их вполне можно было бы сделать необязательными, а рекомендательными или вообще исключить. Избыточность обязательных медобследований вызывает обоснованное недовольство работников и работодателей¹⁶.

4. Объем медицинских обследований. Медицинский осмотр при приеме на работу в ФРГ ограничен кругом вопросов соискателю о его здоровье и видов медицинского обследования, сформированных преимущественно на основании судебной практики, «прецедентный» характер которой отмечается, к примеру, авторским коллективом «Мюнхенского справочника по трудовому праву»¹⁷. Указывается, что обследование при приеме на работу допускается только с согласия соискателя и может быть востребовано в той мере, в какой работодатель имеет обоснованный интерес в определении при-

¹⁶ См. об этом: Щепельков В.Ф., Оленников С.М. К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительных медицинских осмотров // В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол «Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины». 2020. С. 43-61.

¹⁷ *Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht, Band 2: Individualarbeitsrecht II 4. Auflage 2018*

годности к работе по состоянию здоровья работника, который заслуживает защиты и превалирует над интересом работника о неприкосновенности его частной жизни. Согласно практике федерального суда по трудовым спорам (Bundesarbeitsgericht, BAG) при осмотре кандидатов допускается задавать следующие вопросы: Имеется ли заболевание или нарушение состояния здоровья, из-за которого пригодность к выполнению предполагаемой деятельности ограничена постоянно или периодически? Имеются ли инфекционные заболевания, которые, хотя и не мешают работе, но представляют опасность для будущих коллег или клиентов? Может ли работник отсутствовать на работе в момент начала работы или в обозримом будущем, например, из-за операции, начала лечения или острого заболевания. Также был сформирован подход, что вопрос о наличии инвалидности считается дискриминационным, как законно обоснованный.¹⁸ Вопрос о наличии инвалидности и, соответственно, направление на медицинский осмотр по этому основанию допустимы только в том случае, если отсутствие инвалидности является существенным и решающим требованием для трудовой деятельности в смысле § 8 абз. 1 Общего закона о равном обращении (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, далее – AGG).^{19,20} Таким образом, такие обследования могут быть обязательными только в том случае, если являются необходимыми и объективно оправданными для подтвер-

¹⁸ См.: Решение BAG 7.6.84 - 2 AZR 270/83 – режим доступа: <https://www.rechtsportal.de/Rechtsprechung/Rechtsprechung/1984/BAG/Fragerecht-des-Arbeitgebers-und-Offenbarungspflicht-des-Arbeitnehmers-bei-der-Einstellung-a-Kriterien-fuer-die-Zulaessigkeit-der-Frage-nach-Koerperbehinderungen-b-c-uneingeschraenkt-zulaessige-Frage-nach-eventueller-Schwerbehinderteneigenschaft-c-aber-keine-Pflicht-des-Arbeitnehmers-seine-Schwerbehinderteneigenschaft-ungefragt-zu-offenbaren>

¹⁹ См. § 8 абз. 1 AGG «Допустимое различие в обращении на основании профессиональных требований»: Различие в обращении по основанию, указанному в § 1, допустимо, если это основание представляет собой подлинное и определяющее профессиональное требование в силу характера выполняемой работы или условий, в которых она выполняется, при условии, что цель законна, а требование разумно.

²⁰ *Arbeitsrecht · Lohnsteuerrecht – Sozialversicherungsrecht. Herausgegeben von Jürgen Röllner. 2021 Verlag C.H.BECK oHG. Wilhelmstraße 9, 80801 München*

ждения возможности осуществления трудовой функции. Бремя доказывания и подтверждения наличия необходимости и соразмерности лежит на работодателе. В соответствии с вышеуказанными критериями меры по проверке на алкогольную или наркотическую зависимость при приеме на работу, которые были до недавнего времени распространены в ряде немецких организаций, сейчас признаются неприемлемыми.²¹

Что касается содержания и объема медицинских процедур, допустимых в рамках обследования при приеме на работу, то, несмотря на ограничения, установленные нормативно, а также сложившейся судебной практикой в виде уточнения понятия «законного/обоснованного интереса работодателя», лишаящего недобросовестного работодателя права требовать от соискателя прохождения медицинского обследования, в конечном счете, они определяются субъективным профессиональным усмотрением врача, который «не ограничен какими-либо инструкциям, а руководствуется только своими знаниями, врачебной совестью и врачебной тайной» (§ 8 ASiG «Независимость в применении технических знаний»).

В Российской Федерации объем медицинских обследований прописан в приказах Министерства здравоохранения РФ. Обязанности пройти дополнительные обследования в соответствии с данными Приказами не предусмотрены (точнее они могут быть назначены только в прямо предусмотренных случаях). Работодатель не вправе направить работника на обследование, если его нет в соответствующем Приказе. Российская система изначально

²¹ Однако указывают, что в части проверки кандидата при приеме на работу водителем или пилотом вопрос об алкогольной или наркотической зависимости вполне обоснован, поскольку при допуске такого лица к рабочему месту ставятся под угрозу здоровье и жизни других людей. То есть ключевым критерием при проведении такого рода обследования должен быть потенциал риска трудовой деятельности, особенно для третьих лиц, но также и для работодателя, если ошибки работника могут причинить существенный ущерб. В рамках этого критерия допускается исключение из ранее упомянутого общего правила: лица, претендующие на замещение должности хирурга, обязаны пройти обследование об отсутствии у них ВИЧ-инфекции.

но ограничивает объем обязательного медосмотра предусмотренными обследованиями. С другой стороны, как уже обращалось внимание, многие обследования, предусмотренные в Приказах, не имеют связи с исполнением трудовой функции, а заменяют собой диспансеризацию. Таким образом, государство старается охватить диспансеризацией как можно больше людей и кроме этого стремиться возложить на работодателя расходы по диспансеризации. Сравнивая систему включения медицинских обследований в обязательный медосмотр в ФРГ и Российской Федерации, следует признать, что немецкий подход более соответствует интересам и работника и работодателя (избавляя их от навязанных медицинских услуг).

В российском законодательстве не предусмотрен как в ФРГ перечень вопросов, которые нельзя задавать осматриваемому при медосмотре. Поскольку такой перечень защищает работника от излишнего вторжения врача в личную жизнь работника и тем самым обеспечивает его право на личную неприкосновенность, целесообразно разработать перечень подобных вопросов и в Российской Федерации.

5. Кто проводит медосмотр? По законодательству ФРГ медосмотры, связанные с исполнением трудовых функций по общему правилу проводит врач – специалист в сфере медицины труда. В § 7 абз. 1 пред. 1 ArbMedVV устанавливаются требования к квалификации врача – он должен иметь знания в сфере «медицина труда» или дополнительную квалификацию «производственная медицина», что позволит ему квалифицированно определить профпригодность соискателя или работника. Также, если врач не обладает необходимым опытом, квалификацией или оборудованием для проведения надлежащего обследования, то он должен привлечь врачей, отвечающих этим требованиям (§ 7 абз. 1 пред. 3 ArbMedVV). Например, согласно § 8 ASiG врач-профпатолог может использовать все средства, соответствующие современному состоянию медицины, для выяснения вопроса о том, подвергается ли обследуемый работник опасности для здоровья в результате деятельности, которую он выполняет или только собирается выполнять. Аналогичный подход конкретизирован в Положении о предотвращении несчастных случаев под названием «Врачи предприятия и специалисты по охране

труда» (Положение 2 DGUV²²), носящим, однако, рекомендательный характер²³.

По российскому законодательству работник должен пройти комиссию из врачей специалистов. Представляется, что немецкий подход более логичен и последователен. В соответствии с ним врачи специалисты подключаются к медосмотру только по мере необходимости. Такой порядок не создает дополнительных медицинских рисков, имеет экономические преимущества, в меньшей степени ограничивает права работника и работодателя.

6. О добровольном информированном согласии (далее ИДС) пациента на медосмотр и иных гарантиях для пациента. В правовом регулировании медосмотров в ФРГ в качестве уравнивающего фактора, ограничивающего субъективное усмотрение врача, существует обязанность врача предварительно проинформировать работника о планируемых диагностических мероприятиях (в частности, о заборе крови или мочи, об использовании рентгеновских лучей), чтобы работник знал, в какой медицинской процедуре он участвует, и мог принять решение о согласии или не согласии с ней (§ 6 абз. 1 пред. 4 ArbMedVV). Однако в законодательстве не урегулированы вопросы по форме, по объему необходимой информации, по требованию к доступности для понимания профессиональных медицинских терминов, с использованием которых осуществляется информирование.

Помимо обязательного предварительного медицинского информирования врач обязан на основании истории о состоянии здоровья провести анализ и оценку возможной связи между стрессовой ситуацией на рабочем месте и нарушениями здоровья, а также провести соответствующее индивидуальное консультирование работника или соискателя. По просьбе работника ему предоставляются результаты

²² DGUV (*Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, т.е. Немецкое социальное страхование от несчастных случаев*) – это организация, объединяющая учреждения обязательного страхования от несчастных случаев и фонды страхования от несчастных случаев.

²³ Полный перечень рекомендаций можно найти на сайте DGUV - <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-vorschriften/>. Актмов, затрагивающих порядок проведения медицинских осмотров, насчитывается около 66 документов.

обследования (см. § 6 абз. 3 номер 1 и 2 ArbMedVV) посредством выдачи копии заключения врача или выписки из медицинской карты. Документ передается только самому работнику (не работодателю). Врач также может дать письменные рекомендации по осуществлению трудовой деятельности, рабочему месту и личной гигиене.

Врач всегда обязан соблюдать врачебную тайну (§ 8 абз. 1 пред. 3 ASiG), поэтому результаты обследования, а при выявлении заболевания – диагноз, не могут быть переданы работодателю без письменного согласия лица. По результатам профилактического осмотра работодателю направляется врачебная справка, содержащая информацию только о том, когда и по какой причине состоялся осмотр работника (§ 6 абз. 3 номер 3 ArbMedVV). После проведения медицинского осмотра соискателя врач, также соблюдая врачебную тайну, имеет право передать работодателю информацию только о «соответствии», об «условном соответствии» или о «несоответствии» соискателя для выполнения работы. Тем самым, врач, с одной стороны, по своему субъективному усмотрению, применяя свои профессиональные знания, дает оценку о состоянии здоровья соискателя, а, с другой стороны, посредством данной оценки в значительной степени влияет на шансы соискателя получить желаемое место работы. Как представляется, это обуславливает необходимость наличия гарантий, обеспечивающих беспристрастность врача и рационализацию степени воздействия его субъективного усмотрения, влияющего на трудовые отношения соискателя или работника с работодателем.

По российскому законодательству предусмотрено получение ИДС пациента при любом медицинском вмешательстве. Поскольку медосмотр является видом медицинского вмешательства, то перед его проведением необходимо получить от осматриваемого ИДС. Также как и в ФРГ вопрос об объеме, форме, доступности предметно в российском законодательстве не решен.

Вопрос об информировании работодателя о результатах медицинского осмотра работника по российским правилам решается также и в ФРГ. Работодатель получает только информации о пригодности или наоборот непригодности работника для выполнения трудовых обязанностей. Сведения о диагнозах и другая информация о состоянии здоровья работника, о предпринятых медицинских обследованиях работодатель не получает.

В то же время вопрос о медицинских основаниях недопуска к исполнению трудовых обязанностей решается на основе перечня противопоказаний, что в известной степени уменьшает усмотрение врача по (не)допуску работника к исполнению трудовых обязанностей.

Использованная литература

1. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz [Electronic resource] : 14.08.2006 // BGBl. – I S. – 1897 – (в ред. от 03.04.2013). – Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz-[Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz] - beck-online (spbu.ru).

2. Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit [Electronic resource] : 12.12.1973// BGBl. – I S. – 1885 – (в ред. от 20.04.2013). – Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit-[Arbeitssicherheitsgesetz] - beck-online (spbu.ru).

3. Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit [Electronic resource] : 07.08.1996// BGBl. – I S. – 1246 – (в ред. от 22.12.2020). – Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit - Arbeitsschutzgesetz - beck-online (spbu.ru).

4. Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge [Electronic resource] : 18.12.2008 // BGBl. – I S. – 2768 – (в ред. от 12.07.2019). – Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge-[Arbeitsmedizinische Vorsorge-Verordnung] - beck-online (spbu.ru).

5. BAG: Urteil vom 07.06.1984 [Electronic resource] NZA 1985, 57. - 1984. - № 2 AZR 270/83. – NZA 1985, 57 - beck-online (spbu.ru).

6. Müller-Glöge, R., Preis, U., Schmidt, I. Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht [Electronic resource] / R. Müller-Glöge, U. Preis, I. Schmidt. – München: Verlag C.H.BECK oHG., Aufl. 21, 2021. – Режим доступа : ErfK | BGB § 611a Rn. 292-299 - beck-online (spbu.ru).

7. Kiel, H., Lunk, S., Oetker, H. Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht [Electronic resource] / H. Kiel, S. Lunk, H. Oetker. - München: Verlag C.H.BECK oHG., Bd. 2. Aufl.4, 2018. – Режим доступа : MHdB ArbR | § 180 Individueller Arbeitsschutz und arbeitsmedizinische Vorsorge Rn. 1-65 - beck-online (spbu.ru).

8. Rölller, J. Arbeitsrecht - Lohnsteuerrecht – Sozialversicherungsrecht [Electronic resource] / J. Rölller. - München: Verlag C.H.BECK oHG., Aufl. 21, 2021. – Режим доступа : Küttner, Personalbuch - beck-online (spbu.ru).

9. Щепельков В.Ф., Оленников С.М. К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительных медицинских осмотров // Сборник «Медицина и право в XXI веке». Материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол “Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины”. 2020. С. 43-61.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ОЦЕНКАХ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ¹

Смирнова А.Н.,

доцент СПбГУ, кандидат социологических наук;
кафедра теории и практики социальной работы
Санкт-Петербургского государственного университета,
кандидат социологических наук,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: a.smirnova@spbu.ru

Савин С.Д.,

доцент СПбГУ, кандидат социологических наук;
кафедра социологии социальных и политических процессов
Санкт-Петербургского государственного университета,
кандидат социологических наук,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: s.savin@spbu.ru

***Аннотация.** Медицинская профилактика заболеваемости представляет собой двухсторонний процесс заинтересованности в участии, как со стороны медицинских учреждений, так и самого населения. Соответственно, для эффективной работы системы важна оценка организации профилактических медицинских мероприятий не только населением в качестве обратной связи, но и медицинскими работниками, которые видят проблемы изнутри. Интерес представляют также сравнительные характеристики восприятия населением и врачами проблем правового характера в проведении профилактических медицинских осмотров и вакцинации, включая вопросы правовой ответственности за негативные последствия здоровью и добровольности участия граждан в них. В статье проводится сравнение результатов двух социологических опросов (всероссийского телефонного опроса населения и интернет-опроса медицинских работников), проведенных Санкт-Петербургским государственным университетом. Исследование показало в целом общий взгляд врачей и пациентов на цель и задачи профилактической медицины, а также*

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.

важность решения проблем как материально-организационного, так и информационно-просветительского характера в этой области.

***Ключевые слова:** профилактическая медицина, вакцинация, диспансеризация, удовлетворенность медицинскими услугами.*

PREVENTIVE MEDICINE ISSUES IN DOCTORS AND PATIENTS VIEWS

Savin Sergey D.

Associate Professor, Department of Sociology of Political and Social Processes, St. Petersburg State University, Candidate of sociological sciences (PhD), St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: s.savin@spbu.ru

Smirnova Anna N.

Associate Professor, Department of Theory and Practice of Social Work, St. Petersburg State University, Candidate of sociological sciences (PhD), St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: a.smirnova@spbu.ru

***Annotation.** Preventive medicine is a two-way process of interest in participation both from health institutions and population. Accordingly it is important to evaluate the preventive medical measures not only by patient feedback, but also by health workers who see problems from the inside. Comparative characteristics of the perception by population and health workers of legal problems in conducting preventive medical examinations and vaccinations are also subject of interest, including questions of legal responsibility for the negative consequences of health and the voluntary participation of citizens in preventive medical examinations. The article compares the results of two sociological surveys (All-Russian telephone survey of the population and Internet survey of health workers) conducted by St. Petersburg State University. The study showed the general view of doctors and patients about the objectives of preventive medicine, as well as the importance of solving problems of both at organisational and awareness-raising levels.*

***Keywords:** preventive medicine, vaccination, medical examination, satisfaction with medical services.*

В данной статье мы поставили задачу проанализировать дискурсы врачебного сообщества и населения, реальных и потенциальных участников профилактических медицинских мероприятий, с точки зрения выявления сходств и различий мнений и возможностей для оптимизации системы профилактической медицины.

Данные получены в результате двух опросов: (1) всероссийского телефонного анкетного опроса 1600 респондентов весной 2020 года (квотировалось участие респондентов по федеральным округам России с распределением по полу (44,2% мужчины и 55,8% женщины) и возрасту (от 14% до 19% в шести возрастных группах от 18 до «66 и старше» лет)²; (2) онлайн-опроса медицинских работников Северо-Западного региона РФ (несмотря на то, что сбор анкет продолжается, в рамках данной статьи будет представлен первичный анализ на основе данных опроса 104 респондентов, работающих или получающих образование в различных медицинских областях. В достаточно равной степени в выборке представлены студенты медицинских вузов без стажа работы (33,7%), специалисты со стажем работы до 5 лет – 36,6% и более опытные работники медицинских учреждений – 29,7%).

Сопоставление результатов обоих опросов позволяет представить аналитические данные по двум ключевым блокам:

1. Проблемы организации профилактических медицинских осмотров и участия в них по мнению врачей и пациентов.

2. Отношение к вакцинации среди населения и врачебного сообщества.

Приведенные результаты исследования будут способствовать пониманию различий и сходства в социальных установках и стереотипах населения в целом и врачебного сообщества по конкретным мероприятиям медицинской профилактики, а также помогут выявить общественное мнение по вопросам системы организации системы профилактической медицины, в том числе в аспектах доверия и удовлетворенности.

Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация: проблемы организации и удовлетворенности

Результаты нашего исследования позволяют предположить, что существование системы профилактической медицины в виде от-

² *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».*

дельно проводимых профилактических осмотров сотрудников организаций и доступной для всех граждан в районных поликлиниках диспансеризации недостаточно прояснено и/или обосновано как для населения, так и для представителей самой системы здравоохранения. Так, большинство «пациентов» (64,6% участников телефонного опроса) и почти половина (48,1%) медиков «голосуют» за один общий для всех работающих граждан медицинский осмотр – диспансеризацию, которая «проводится бесплатно и по ее итогам можно будет давать допуски для любых работ». При этом 27,9% врачей все же отмечают, что это может усложнить процедуру диспансеризации и создать дополнительные трудности для пациентов. Представляется важным, чтобы организационно-функциональные принципы системы профилактической медицины стали более очевидными для всех включенных в ее реализацию сторон.

В опросах также ставились вопросы об организационно-правовых аспектах проведения профилактических медицинских мероприятий. В частности, врачами было отмечено, что права пациентов при прохождении профилактических медицинских осмотров и вакцинации в России в некоторых случаях не соблюдаются в достаточной степени – 24% категорично отмечают, что права пациентов не защищены должным образом, а 42,3% медицинских работников полагают, что права пациентов соблюдены «в чем-то в достаточной, а в чем-то нет». В качестве дополнительной защиты прав пациентов представители врачебного сообщества, в первую очередь, отмечают необходимость более широкого выбора медицинских услуг и организаций для проведения профилактических медицинских мероприятий (49,0%), а также подчеркивают необходимость усиления информирования о возможных рисках здоровью при прохождении медицинских осмотров и вакцинации (26,9%) и увеличения сумм страховых выплат в случае нанесения вреда здоровью и смерти пациента (19,2%).

И врачи и пациенты «единодушны» во многих аспектах организации процесса взаимодействия «врач-пациент» и проведения профилактических осмотров. Так, 71,2% медиков и 66,7% населения считают недопустимым установку камер видеонаблюдения в кабинетах врача и процедурных кабинетах. Большинство респондентов

обоих выборок негативно относятся к включению в обязательные медицинские осмотры болезненных и/или создающих риски причинения вреда процедур, таких как ФГДС: 77,9% медиков и 77,2% населения говорят о недопустимости их включения или возможности включения только по выбору самого пациента без негативных санкций в случае отказа от них.

Интересным представляется тот факт, что опрос населения показал, что проходившие профилактические медицинские мероприятия пациенты (а их более 80%) удовлетворены их организацией и качеством в большей степени (65,8% полностью или скорее удовлетворены) чем оценивают их удовлетворенность медицинские работники – по мнению только 17,3% врачей большинство пациентов остаются удовлетворены профилактическими осмотрами полностью или в большей степени. Возможно предположить, что это связано с тем, что негативных откликов поступает всегда больше чем положительной обратной связи. В то же время представители системы здравоохранения видят изнутри существующие проблемы и не ожидают высокой удовлетворенности пациентов предоставляемыми услугами: в частности, среди комментариев медиков о возможных причинах неудовлетворенности наиболее часто отмечались *«формализм» – «Медосмотры проходят поверхностно, для галочки», «большая загруженность врачей»,* когда *«У врача пациент находится от силы минут 5. ... Очереди. Доктора с огромным потоком, и, как следствие, находящиеся в стрессе. Который срывается на пациентах»,* также встречались ответы, что *«диспансеризация – это фикция».* Действительно, респондентами, которые проходили профилактические медицинские осмотры и остались ими не удовлетворены (16,4% респондентов), были обозначены следующие причины: формальность осмотра – 48,4%, большие очереди – 34,5%, на низкую культуру медицинского обслуживания и низкий профессионализм врачей жаловались 27,7%. К сожалению, формализм и излишний бюрократизм в проведении медицинских осмотров отмечается и другими исследователями. Так, результаты опроса проводимого НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования показали, что треть респондентов также сталкивалась с проблемами длительности ожидания и фор-

мального, невнимательного отношения при прохождении диспансеризации³.

Как показывают исследования, одна из основных проблем в сфере здоровьясбережения в России состоит в низкой мотивации населения в поддержании собственного здоровья, в том числе за счет неготовности вести здоровый образ жизни⁴ и нежелания участвовать в профилактических мероприятиях⁵. По мнению врачей наше-



Рис. 1 (диаграмма). Причины низкого добровольного участия населения в профилактических медицинских мероприятиях.

³ 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.

⁴ Здоровоохранение: необходимые ответы на вызовы времени / Коллектив авторов под руководством С.В. Шишкина. М.: Центр стратегических инициатив, 2018; Журавлева И.В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии. 2013. №6. С. 164–176 и др.

⁵ Назаров, В.С., Авксентьев, Н.А., Сисигина, Н.Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019; Ключевкин К.С., Бойнич В.Д., Бураков С.Д., Павлыш А.В. Проблемы диспансеризации больных в современной территориальной поликлинике // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2007. №1. [Электронный ресурс] // Научная электронная библиотека «Киберленинка»: [веб-сайт]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-dispanserizatsii-bolnyh-v-sovremennoy-territorialnoy-poliklinike> (дата обращения: 13.06.2020) и др.

го опроса, низкое добровольное участие населения в профилактических медицинских мероприятиях может быть объяснено комплексом причин.

Как видно из диаграммы 1, все выделенные причины имеют примерно равное значение, но все же медики, в первую очередь, выделяют слабую информированность населения, что говорит об осознании представителями системы здравоохранения необходимости более широких просветительских мероприятий. Как уже было отмечено выше, информирование также было выделено врачами как одно из необходимых мер дополнительной защиты прав пациентов при прохождении профилактических медицинских мероприятий.

С учетом того, что специалистами осознаются культурные особенности россиян с низкой ценностью здоровья (это подчеркивается не только в нашем исследовании, а также, например, в работах И.В. Журавлевой⁶ и других исследователей), существующее недоверие пациентов к врачам, а также страх вакцин и медицинских процедур – это группа причин, условно обозначенная как субъективные факторы отношения населения, становится доминирующей (60,5%), в то время как проблемы слабой организации профилактических мероприятий, низкой материально-технической базы и кадрового дефицита становятся второстепенными, но все же значимыми – 39,5% респондентов отмечают эти объективные факторы для низкого участия населения в профилактических медицинских мероприятиях.

При этом медики в меньшей степени возлагают ответственность за низкое вовлечение в профилактические активности на самого человека – только 13,5% считают, что это дело самого человека думать о своем здоровье).

⁶ Журавлева И.В., Лакомова Н.В. *Здоровье россиян в контексте международных исследований // Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов [Электронный ресурс]: Сборник докладов VI Всероссийского социологического конгресса (Тюмень, 14–16 октября 2020 г.) / Отв. ред. В.А. Мансуров; ред. Е.Ю. Иванова. Москва: РОС; ФНИСЦ РАН, 2020. С. 2594-2603. 1 электрон. опт. диск 12 см. (CD-ROM) DOI: 10.19181/kongress.2020.313*

Таблица 1

*Кто первую очередь должен быть ответственен
за привлечение населения к участию
в профилактических медицинским мероприятиях?*

Показатель	Чел.	%
Государственные и муниципальные органы власти и управления	35	33,7
Медицинские учреждения, проводящие профилактические мероприятия	26	25,0
Работодатели и/или образовательные учреждения	24	23,1
Никто, это дело самого человека думать о своем здоровье	14	13,5
Затрудняюсь ответить	3	2,9
Другое	2	1,9

Общественное здоровье – это важный ресурс развития общества и общая забота человека и государства. Как видно из табл. 1, более трети респондентов считают, что в первую очередь за привлечение населения к участию в профилактических медицинским мероприятиях должны отвечать органы власти. Можно проиллюстрировать это одним из оставленных комментариев: *«... должен быть комплексный подход. ... Инициативным звеном должны быть органы власти, за разработку должно отвечать Министерство здравоохранения. А все остальные должны быть инструментом реализации таких программ»*. Первоочередное значение в этом процессе медицинских учреждений, профессиональных и образовательных организаций отмечается примерно равным количеством человек (25% и 23,1%).

Современный этап развития медицинских технологий во всем мире определяет необходимость нового измерения развития системы здравоохранения в целом – «4П» медицины. Данная ориентация закрепляется в нормативных документах РФ, в частности «Дорожной карте Хелснет»⁷ и подразумевает фокус на следующих направлениях: выявление предрасположенности к развитию заболевания (П1 – предикция); предотвращение или снижение риска развития заболевания (П2 – превентивность); индивидуальные

⁷ *Инфраструктурный центр Health Net [Электронный ресурс] // URL: <http://healthnet.academpark.com/media/normativnye-dokumenty/plan-meropriyatij/> (дата обращения 21.09.2021)*

подход к каждому пациенту с учетом генетических, биохимических и физиологических особенностей человека (П3 – персонализация); мотивированное активное участие пациента в профилактике заболевания и их лечении (П4 – партисипативность). В целом, согласно результатам нашего исследования врачебное сообщество достаточно оптимистично оценивает возможности современной российской системы здравоохранения в реализации принципов «4-х П».

Более половины медиков считают, что предсказательная, профилактическая, персонализированная и партнерская медицина возможна и уже реализуется в РФ (см. табл. 2). Но при этом более 40% респондентов считают абсолютно невозможным или крайне затруднительным развитие персонализированной медицины в нашей стране. А это говорит о том, что проблемы взаимоотношений «врач-пациент» носят консервативный характер и не сложилась правовая база медицинской ответственности врача и защиты прав пациента. Персонализированная медицина означает переход на новое качество медицинского обслуживания, которое соответствует задачам развития социально-правового государства, современным требованиям качества жизни.

Таблица 2
Возможна ли реализация принципов 4-П
в системе здравоохранения в России?

Показатель	Абсолютно невозможна	Крайне затруднительно	Возможна	Уже реализуется	З/о
Предсказательная/ предиктивная	9.6%	26.0%	49.0%	11.5%	6.7%
Профилактическая/ превентивная	5.8%	19.2%	50.0%	21.1%	6.7%
Персонализированная	7.7%	33.7%	47.2%	6.7%	7.7%
партнерская/ Партисипативная	5.8%	30.8%	52.9%	4.8%	7.7%

Отношение к вакцинации среди населения и врачебного сообщества

Самой обсуждаемой темой в сфере профилактических медицинских мероприятий в последнее время стала массовая вакцинация. Пандемия COVID-19 обострила и без того серьезную проблему в России – готовность населения прививаться. Первый этап нашего социологического исследования был реализован весной 2020 года, в период, когда угроза новой коронавирусной инфекции еще только начала осознаться, а общественное мнение по этому вопросу не было сформировано. В рамках опроса было выявлено 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. 3).

Несмотря на такое положительное отношение, абсолютное большинство (78,6%) не делали прививки от гриппа в предшествующем осеннем сезоне. Анализ данных по полу, возрасту и образованию респондентов показал, что данный существенный разрыв в количестве непрощедших сезонную вакцинацию прослеживается во всех

Таблица 3
Отношение к вакцинации населения России

«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

группах респондентов по всем регионам. Исключением послужили только респонденты, работающие в сфере образования и здравоохранения, где преобладание тех, кто не делал прививки незначительно выше – 56,1% и 54,0% в соответствующих группах, что, очевидно, связано с тем, что учителя и медработники обязаны ежегодно прививаться против гриппа.

61,6% медицинских работников, участников нашего опроса, отмечают, что они предпочитают вовремя вакцинироваться от инфекционных заболеваний. В рамках опроса было выявлено, что среди респондентов 51% в своей практике оказывали помощь пациентам с COVID-19 (почти половина из них работала/работает в «красной» зоне). Таким образом, 44,2% считают, что имеют личный высокий риск заразиться. Но при этом более трети (36,6%) медицинских работников все же в той или иной степени опасаются осложнений после вакцинации.

На вопрос о том, как стоит поступать с теми, кто отказывается от вакцинации, большинство населения (62,0%) отвечают, что «никак», так как «вакцинация – это личное дело каждого, нельзя применять за это санкции», а также 39,2% считают, что это личное дело родителей, вакцинировать ли своих детей и соответственно не может быть наказуемым.

Оценки респондентов-медиков более категоричны, возможно обусловленные, в том числе, широким распространением антипрививочных настроений в настоящей ситуации пандемии в России. Так, почти половина (46,1%) медицинских работников считает, что в ряде случаев возможно применять различного рода санкции к тем, кто отказывается от вакцинации. Тех, кто считает, что «вакцинация – дело сугубо добровольное» незначительно, но меньше, чем в общем опросе – 42,3%. И уже более половины (52,9%) респондентов-медиков положительно относятся к принуждению родителей вакцинировать детей в случае отсутствия медицинских противопоказаний.

В рамках текущего опроса представителей врачебного сообщества обсуждение проблемы отношения к вакцинации проводилось более детально. Представителям врачебного сообщества было предложено высказать свое мнение по следующим утверждениям:

Таблица 4

Отношение к вакцинации против грипп и COVID-19 среди медиков

Показатель	Грипп		COVID-19	
Риск осложнений и неблагоприятного исхода от инфекционного заболевания превышает риск осложнений от вакцинации	63,5%	29,8%	62,5%	25,0%
Лучше иммунитет, приобретённый после болезни, чем иммунитет после вакцинации	25,0%	57,7%	26,9%	49,0%
Положительные эффекты вакцинации (формирование иммунитета) сомнительны	23,1%	59,6%	25,9%	46,1%
Вакцинация несёт в себе высокий риск осложнений	20,2%	65,3%	22,1%	52,0%
В целом можно доверять информации о вакцинах, полученной из официальных источников	64,4%	22,2%	46,2%	26,9%
Лица, входящие в группу риска по развитию тяжелых осложнений, должны вакцинироваться	62,5%	22,1%	61,6%	20,2%
Лица, имеющие высокий риск заражения, должны вакцинироваться	75,0%	14,5%	67,3%	13,4%

Как видно из таблицы 4, значительное большинство медицинских работников положительно относятся к вакцинации как против гриппа, так и против новой коронавирусной инфекции COVID-19. Более 60% респондентов согласны с утверждениями, что риск осложнений после болезни выше риска осложнений после вакцинации, а лица «группы риска» должны вакцинироваться. Отдельно медики соглашаются, что вакцинация должна быть обязательной для медицинских работников – только 9,6% отмечают, что это должно быть по личному решению врача, но при этом 28,8% считают, что вакцинироваться необходимо «только от ряда наиболее опасных заболеваний», а 12,5% – «только в ситуации неблагоприятной эпидемиологической обстановки». Возвращаясь к таблице 4, возможно все-таки отметить, что несмотря на преобладающее позитивное отношение к вакцинации присутствует среди медицинского персонала и настороженное отношение (в большей степени к вакцинации против COVID-19). Так, более четверти респондентов соглашаются, что «лучше иммунитет, приобретённый после болезни, чем иммунитет после вакцинации», примерно такое же число респонден-

тов сомневаются в положительных эффектах вакцинации и не всецело склонны доверять информации о вакцинах, полученной из официальных источников.

Если говорить о факторах, влияющих на отношение населения к вакцинации, то по результатам нашего исследования можно выделить несколько субъективных причин. 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%). Недостаток информирования в сфере вакцинации отмечается не только пациентами, но и самим врачебным сообществом. В исследовании Н.П. Галиной среди 512 врачей различных специальностей было выявлено, что они испытывают дефицит в информации о различных сторонах вакцинопрофилактики: 40% респондентов ответили, что семинары или лекции на тему иммунопрофилактики по их месту работы не проводятся, а 30% указали, что проходят они реже одного раза в год⁸. О том, что студенты медицинских вузов также испытывают нехватку знаний по иммунопрофилактике было выявлено в другом исследовании⁹.

Факторы опасения конкретных вакцин и преобладающих над пользой рисков вакцинации также выступают в качестве основных в других, более поздних, исследованиях отношения населения к вакцинированию против COVID-19. Так, например, проведенный исследовательской группой Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС онлайн-опрос 1400 россиян показал, что чистых «антипрививочников» в России не так много: только 11% ответивших считают, что от любых прививок больше вреда, чем пользы (при этом, эта цифра все же выше среднемировых показате-

⁸ Галина Н. П. Отношение к иммунопрофилактике врачей различных специальностей. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2018; 17 (3): 74–79. DOI: 10.31631/2073-3046-2018-17-3-74-79.

⁹ Брико Н.И., Миндлина А.Я., Полибин Р.В., Галина Н.П., Горохова А.С., Ушанова А.В. Оценка отношения к иммунопрофилактике различных групп населения Российской Федерации. *Журнал Микробиологии*. 2017. №2. с. 98-103.

телей¹⁰). При этом доля тех, кто считает, что вреда больше от антиковидной вакцины, почти вдвое выше (21%). Чаще всего среди причин рассмотрения вакцины от COVID-19 в качестве небезопасной, респонденты называли различные «побочные эффекты» (обострение хронических заболеваний и т.д.). 31% отмечают, что готовы прививаться только при получении достоверных результатов апробации вакцины и надежных данных о ее безопасности¹¹. Согласно исследованию, проведенному весной 2021 года банком Credit Suisse, доверяют отечественным вакцинам менее 40% опрошенных россиян. Данные этого исследования также показывают, что готовы к вакцинации около 30% россиян, что стало самым низким из восьми стран, где проводилось исследование (Россия, Турция, Индонезия, Бразилия, Мексика, Индия, Таиланд и Китай)¹². И несмотря на то, что по официальной статистике на конец сентября 2021 года – уже 32,8% россиян получили хотя бы одну дозу вакцины¹³, столь незначительные темпы вакцинации в РФ свидетельствуют о недостаточно успешной проводимой государственной политике в сфере борьбы с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Данная ситуация находит отражение и в оценках респондентов нашего исследования. Только 9,6% представителей врачебного сообщества считают, что российская система профилактической медицины (проведение плановых профилактических мероприятий, вакцинация и др.) в 2020-2021 годах успешно выдержала испытание панде-

¹⁰ По данным Wellcome Global Monitor 2018, в мире 7% населения отрицают вакцинацию. // Wellcome Global Monitor 2018. [Электронный ресурс] // URL: <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018/chapter-5-attitudes-vaccines>. (дата обращения 30.09.2021).

¹¹ Социологи назвали пять стимулов для нежелающих вакцинироваться [Электронный ресурс] // URL: <https://www.rbc.ru/society/05/04/2021/6064ae1f9a794724a33854bd>.

¹² Демоскоп Weekly №897-898 [Электронный ресурс] // URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2021/0897/gazeta08.php>.

¹³ Our World in Data. Share of people vaccinated against COVID-19. [Электронный ресурс] // URL: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=RUS> (дата обращения 30.09.2021)

мией, 41,3% отмечают, что было «больше провалов и болезненных проблем». Но при этом они все же считают, что государство вводит меры, направленные на повышение вакцинированных, в первую очередь, в интересах лиц, принадлежащих к наиболее уязвимым категориям по возрасту и/или состоянию здоровья (57,7%), всего общества (56,7%) и каждого вакцинируемого (44,2%). Коммерческую заинтересованность фармацевтических компаний подозревают 18,3% (с учетом того, что это оценки представителей медицинского профессионального сообщества в той или иной понимающих ситуацию изнутри, данный процент выглядит достаточно тревожно).

И все же оптимистично выглядят полученные результаты о том, что 42,3% респондентов-медиков верят в то, что пандемия новой коронавирусной инфекции будет способствовать тому, что профилактике заболеваний будет уделяться больше внимания в дальнейшем, а в то что, по окончании пандемии Covid-19 население России будет больше заботиться о собственном здоровье в той или иной степени верят 51,9% представителей врачебного сообщества. Будет ли это реализовано на практике зависит от совместных усилий всех субъектов системы профилактической медицины.

Таким образом, наше исследование продемонстрировало важный запрос со стороны общества на реформирование системы медицинской профилактики в направлении большей информационной открытости, социальной и правовой ответственности. Проблема низкой активности населения в добровольном участии в профилактических медицинских мероприятиях, в том числе вакцинировании, напрямую связана с недостаточной компетентностью в этой области. Причем недостаток знаний и информации отмечается не только населением, но и врачами различных непрофильных специальностей. Другая важная составляющая, снижающая мотивацию участия населения и добросовестной работы медицинских специалистов – это бюрократизм и избыточные нормативные требования, которые порождают не только негативный социально-психологический фон проведения мероприятий, но и коррупционные практики в этой сфере деятельности. Как следствие, рост недоверия не только к качеству медицинских товаров и услуг, но и к самим врачам, как специалистам, отвечающим за постановку диагноза и грамотные рекомендации пациентам. Об этом свидетельствуют и противоречивые

оценки самих врачей по вопросам медицинской профилактики и вакцинирования, требующие детального анализа со стороны ответственных лиц за развитие российской системы профилактической медицины.

Использованная литература

1. Брико Н.И., Миндлина А.Я., Полибин Р.В., Галина Н.П., Горохова А.С., Ушанова А.В. Оценка отношения к иммунопрофилактике различных групп населения Российской Федерации. Журнал Микробиологии. 2017. №2. с. 98-103.

2. Галина Н. П. Отношение к иммунопрофилактике врачей различных специальностей . Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018. №17 (3). с. 74–79. DOI: 10.31631/2073-3046-2018-17-3-74-79.

3. Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Здоровье россиян в контексте международных исследований // Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов: Сборник докладов VI Всероссийского социологического конгресса (Тюмень, 14–16 октября 2020 г.) / Отв. ред. В.А. Мансуров; ред. Е.Ю. Иванова. – Москва: РОС; ФНИСЦ РАН, 2020. С. 2594-2603. DOI: 10.19181/kongress.2020.313.

4. Здоровоохранение: необходимые ответы на вызовы времени / Коллектив авторов под руководством С.В. Шишкина. М.: Центр стратегических инициатив, 2018; Журавлева И.В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии. 2013. №6. С. 164-176 и др.

5. Ключовкин К.С., Бойнич В.Д., Бурлаков С.Д., Павлыш А.В. Проблемы диспансеризации больных в современной территориальной поликлинике // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2007. №1. [Электронный ресурс] // Научная электронная библиотека «Киберленинка»: [веб-сайт]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemny-dispanserizatsii-bolnyh-v-sovremennoy-territorialnoy-poliklinike> (дата обращения: 13.06.2020).

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

7. 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.

8. Демоскоп Weekly №897-898 [Электронный ресурс] // URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2021/0897/gazeta08.php>.

9. Инфраструктурный центр Health Net [Электронный ресурс] // URL: <http://healthnet.academpark.com/media/normativnye-dokumenty/plan-meropriyatiy/> (дата обращения 21.09.2021).

10. Социологи назвали пять стимулов для нежелающих вакцинироваться [Электронный ресурс] // URL: <https://www.rbc.ru/society/05/04/2021/6064ae1f9a794724a33854bd>.

11. Wellcome Global Monitor 2018. [Электронный ресурс] // URL: <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018/chapter-5-attitudes-vaccines>. (дата обращения 30.09.2021).

12. Our World in Data. Share of people vaccinated against COVID-19. [Электронный ресурс] // URL: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=RUS> (дата обращения 30.09.2021).



КОРРУПЦИОННЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ: КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ¹

Пряхина Н.И.,

доцент СПбГУ, кандидат юридических наук;
кафедра уголовного права Санкт-Петербургского
государственного университета,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: pry-nadezhda@yandex.ru

Суслина Е.В.,

доцент СПбГУ, кандидат юридических наук
кафедра уголовного права Санкт-Петербургского
государственного университета,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: elenasuslina81@gmail.com

***Аннотация.** В настоящей статье приводятся результаты анализа судебных решений, вынесенных в разных регионах РФ в 2010-2020 гг. по коррупционным преступлениям (ст. 290, 291.2, 204, 204.2 УК РФ) в сфере профилактической медицины.*

Результаты исследования показали, что в большинстве своем коррупционные преступления в профилактической медицине соверша-

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.

ются в государственной и муниципальной системе здравоохранения, являются многоэпизодными и затрагивают сферу профилактических и иных медицинских осмотров. Предметом взятки или коммерческого подкупа чаще всего выступают денежные средства в сумме, не превышающей 10 000 рублей, а субъектами – врачи-специалисты и фельдшеры.

В ходе анализа судебных актов авторами был выявлен целый ряд проблем уголовно-правового характера, связанных с неправильной квалификацией содеянного как единого продолжаемого преступления, отсутствием уголовно-правовой оценки подделки официального документа, а также назначением дополнительного наказания, лишаящего лицо возможность продолжать преступную деятельность в профессиональной сфере.

Ключевые слова: профилактическая медицина, медицинский осмотр, коррупция, взятка, коммерческий подкуп, должностное лицо, мониторинг правоприменения, продолжаемое преступление.

CORRUPTION CRIMES IN THE SPHERE OF PREVENTIVE MEDICINE: CRIMINOLOGICAL ASPECT

Prjahina Nadezhda I.

Associate Professor of the Criminal Law Department, St. Petersburg State University, Ph.D. in Law,
St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: pry-nadezhda@yandex.ru

Suslina Elena V.

Associate Professor of the Criminal Law Department, St. Petersburg State University, Ph.D. in Law,
St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: elenasuslina81@gmail.com

Annotation. *This article is the summary of the analysis of court decisions awarded in 2010-2020 in different regions of the RF for the corruption crimes in the sphere of preventive medicine (articles 290, 291.1, 204, 204.2 of the CC of the RF).*

The results of the analysis shows that the corruption crimes in the sphere of preventive medicine are mostly committed in the state and municipal health services, they are multievential ones and affect the sphere of preventive and other medical examinations. The usual object of bribe or

commercial subornation is money not exceeding 10 000 rubles, the subjects are medical specialists and medical assistants.

The authors found out the number of law problems concerning the inaccurate qualification of person's acts as an extendable crime, the loss of forgery qualification and the imposition of the additional punishment for excluding the further criminal activities in the professional area.

Keywords: *preventive medicine, medical examination, corruption, bribe, commercial subornation, public official, monitoring of law enforcement, extendable crime.*

Преступления, совершаемые медицинскими работниками в процессе осуществления профилактических мероприятий, могут быть подразделены на две группы²:

1) причинение вреда жизни или здоровью пациентов вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ст. 122 УК РФ), а также создание угрозы причинения вреда вследствие нарушения санитарно-эпидемиологических требований (ст. 238 УК РФ);

2) служебные преступления (ст. 285, 286, 292, 293 УК РФ), зачастую сопряженные с хищением денежных средств путем обмана (ч. 3 ст. 159 УК РФ). Так как сотрудники коммерческих медицинских учреждений не могут быть признаны должностными лицами в силу примечания к ст. 285 УК РФ, в отношении них речь может идти о преступлениях, предусмотренных ст. 201 УК РФ и ст. 327 УК РФ. Различного рода нарушения, связанные со злоупотреблением своими полномочиями или их превышением, а также подделкой официальных документов, как правило, совершаются из корыстных побуждений, в большинстве случаев связанных с получением незаконного вознаграждения за свои действия (бездействие) в форме взятки или коммерческого подкупа (ст. 290, 291.2, 204, 204.2 УК РФ).

² См. подробнее: Пряхина Н.И., Суслина Е.В. Ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих обязанностей при проведении профилактических медицинских мероприятий // Наука СПбГУ – 2020. Сборник материалов Всероссийской конференции по естественным и гуманитарным наукам с международным участием, 24 декабря 2020 года. - СПб.: Скифия-принт, 2021. С. 1072-1074.

В ходе проведенного исследования было изучено 200 приговоров³ и постановлений, вынесенных по ст. 290, 291.2, 204 и 204.2 в 31 субъекте Российской Федерации, из которых к коррупционным преступлениям в области профилактической медицины могут быть отнесены 52 приговора и постановления (что составило 26 % изученных судебных решений).

Профилактическая медицина включает в себя 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»⁴).

Профилактика осуществляется в отношении как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний и включает в себя медицинские осмотры, диспансеризацию, вакцинацию и профилактику заболеваний социального характера, таких как туберкулез, сахарный диабет, онкологические, инфекционные и венерические заболевания.

В современных реалиях особо следует отметить, что в части профилактической медицины в связи с противодействием новой коронавирусной инфекции COVID-19 в ряд нормативных актов, регулирующих вопросы профилактики, были внесены изменения, в частности, приказом Минздрава России от 09.12.2020 № 1307н «О внесении изменений в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н»

³ Исследовались приговоры, находящиеся в открытом доступе, размещенные на интернет-ресурсах «Судебные и нормативные акты РФ (СудАкт)» (<http://sudact.ru/>), «Судебная практика» (<https://sud-praktika.ru/>), ГАС РФ «Правосудие» (<https://sudrf.ru/>) и СПС «Консультант ПЛЮС».

⁴ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. (с изм. от 2 июля 2021 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ // СПС Консультант ПЛЮС.

была внесена новая позиция, касающаяся вакцинации против новой коронавирусной инфекции, а также был принят новый порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н.

Совершенные деяния в указанной сфере в основном квалифицировались по ст. 290 УК РФ (20 дел, что составило 38,4 %) и по ст. 291.2 УК РФ (18 дел, что составило 34,6 %), при этом было выявлено 7 судебных актов (13,5 %), где некоторые из деяний виновного образовывали состав преступления, предусмотренного ст. 290 УК РФ, а другие – ст. 291.2 УК РФ. С квалификацией содеянного по ст. 204 УК РФ было выявлено 7 судебных актов (13,5 %); в рассмотренных приговорах и постановлениях не встретилось ни одного случая квалификации по ст. 204.2 УК РФ.

В абсолютном большинстве случаев содеянное в форме мелкой взятки квалифицировалось по ч. 1 ст. 291.2 (все 25 случаев), взятка в большем размере (свыше 10 тысяч рублей) квалифицировалась в основном по ч. 3 ст. 290 (16 случаев); по ч. 1 ст. 290 УК РФ было вынесено только 3 приговора, по ч. 2 ст. 290 УК РФ – 3 приговора, по ч. 5 ст. 290 УК РФ – 4 приговора, по ч. 6 ст. 290 УК РФ – 1 приговор. Получение коммерческого подкупа было квалифицировано в основном по ч. 3 ст. 204 УК РФ (4 приговора, в том числе и по совокупности с иными частями ст. 204 в случае многоэпизодного преступления)⁵, в трех судебных актах содеянное квалифицировано по ч. 4 ст. 204 УК РФ, и по одному судебному акту было выявлено с квалификацией содеянного по ч. 5 и по ч. 7 ст. 204 УК РФ.

Что касается дополнительной квалификации, то в основном получение незаконного вознаграждения сопровождалось подделкой документов, что было судом квалифицировано по ст. 292 УК РФ (в 22 случаях, что составило 42,3 %) и ст. 327 УК РФ (в 5 случаях, т.е. в 9,6 %). Однако в рамках уголовно-правового анализа было установлено, что суды не всегда надлежащим образом подходят к оценке содеянного в виде внесения заведомо ложных сведений в медицинскую документацию, не признавая документы официальными

⁵ В предыдущей редакции УК РФ.

при наличии всех необходимых признаков⁶ или признавая, но не квалифицируя содеянное самостоятельно по ст. 292 УК РФ⁷. Еще одна выявленная ошибка связана с разной квалификацией содеянного – по ст. 292 и ст. 327 УК РФ – в зависимости от вида документа (например, листка временной нетрудоспособности и медицинской книжки), в то время как из диспозиций указанных статей УК РФ следует, что различие в составах преступлений заключается не в характеристиках предмета, а в признаках субъекта преступления. Таким образом, квалификация содеянного одним и тем же лицом должна осуществляться по одной статье УК РФ – либо по ст. 292, либо по ст. 327 УК РФ (в зависимости от признаков субъекта) – по всем эпизодам, где предметом подделки выступил официальный документ.

Особо необходимо отметить, что большинство преступлений, совершаемых в сфере профилактической медицины, носит многоэпизодный характер: в 32 случаях (61,54 %) содеянное лицом было квалифицировано по совокупности преступлений – как получение взятки либо коммерческого подкупа – от 2 до 28 эпизодов. При этом от 2 до 5 эпизодов получения незаконного вознаграждения имели место в 20 случаях (38,46 % от всех исследованных судебных актов), в 7 случаях (13,46 %) было установлено от 6 до 10 эпизодов получения незаконного вознаграждения, в 5 случаях (9,62 %) – свыше 10 (от 15 до 28 эпизодов). В 20 случаях (38,46%) содеянное было квалифицировано как одно (единое преступление) в виде получения взятки/коммерческого подкупа. Однако следует обратить внимание, что в ходе уголовно-правового анализа были выявлены су-

⁶ См. приговор Октябрьского районного суда г. Мурманск (Мурманская область) № 1-6/2020 (1-215/2019) от 30 января 2020 г. по делу № 1-6/2020; приговор Ленинского районного суда г. Мурманск (Мурманская область) № 1-216/2015 от 28 июля 2015 г. по делу № 1-216/2015; приговор Ленинского районного суда г. Мурманск (Мурманская область) № 1-15/2014 (1-389/2013) от 16 января 2014 г. по делу № 1-15/2014; приговор Центрального районного суда г. Сочи (Краснодарский край) № 1-464/2010 от 7 сентября 2010 г. по делу № 1-464/2010

⁷ Приговор Пачелмского районного суда (Пензенская область) № 1-23/2015 от 22 апреля 2015 г. по делу № 1-23/2015.

дебные решения⁸, где квалификация содеянного как единого преступления была ошибочной. Так, получение через посредника денежного вознаграждения за изготовление 11 медицинских заключений формы №003 в/у в отношении разных лиц без фактического прохождения ими медицинского обследования⁹ было квалифицировано судом как единое преступление по ч. 3 ст. 290 и ч. 1 ст. 292 УК РФ, что противоречит рекомендациям, изложенным в п. 21 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 9 июля 2013 г. № 24 «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях»: не может быть квалифицировано как единое преступление одновременное получение, в том числе через посредника, взятки или незаконного вознаграждения при коммерческом подкупе от нескольких лиц, если в интересах каждого из них должностным лицом или лицом, выполняющим управленческие функции в коммерческой или иной организации, совершается отдельное действие (акт бездействия)¹⁰.

Основная масса коррупционных преступлений сосредоточена в сфере проведения профилактических медицинских осмотров и иных осмотров, нацеленных на определение соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, выявление медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ и т.д. (п. 2-6 ч. 2 ст. 46 ФЗ № 323). В ходе исследования было установлено, что наиболее часто встречающимися в практике услугами, за которые

⁸ Приговор Шатурского городского суда (Московская область) № 1-99/2020 от 26 июня 2020 г. по делу № 1-99/2020, постановление Киевского районного суда г. Симферополь (Республика Крым) № 1-162/2019 от 25 апреля 2019 г. по делу № 1-162/2019, приговор Ленинского районного суда г. Ижевск (Удмуртская Республика) № 1-41/2017 (1-502/2016) от 11 января 2017 г. по делу № 1-41/2017,

⁹ Приговор Краснооктябрьского районного суда г. Волгоград (Волгоградская область) № 1-376/2019 от 11 декабря 2019 г. по делу № 1-376/2019.

¹⁰ О особенностях отграничения продолжаемых преступлений от совокупности преступных деяний см., например: Краев Д.Ю. Основные признаки продолжаемого преступления // Законность. 2021. № 4. С. 44-52; Пряхина Н.И., Щепельков В.Ф. Об отграничении продолжаемого преступления от совокупности преступлений // Криминалистика. 2011. № 1 (8). С. 7-11.

получалось незаконное вознаграждение медицинскими работниками, являются услуги, связанные с определением профессиональной пригодности при трудоустройстве или в процессе осуществления профессиональной деятельности. Среди них: оформление медицинских книжек без фактического проведения медицинских осмотров – 3 случая, указание в медицинских книжках и медицинских справках о допуске к работе информации об отсутствии противопоказаний (без проведения осмотра либо при наличии противопоказаний) – 14 случаев, определение профпригодности – 3 случая, выдача справки обязательных периодических медицинских осмотров без их фактического прохождения - 1 случай, психиатрическое освидетельствование в рамках медосмотра для устройства на работу – 2 случая.

Вторую по значимости группу составляют ситуации, связанные с установлением годности к воинской службе, как при призыве, так и при определении дальнейшей возможности прохождения службы: оформление медицинской документации, обеспечивающей освобождение от призыва, - 6 случаев, прохождение военно-врачебной комиссии с гарантированным результатом (признания годным/ограниченно годным/негодным к военной службе) – 6 случаев.

Третья группа представляет собой оказание за вознаграждение незаконных услуг в виде оформления документов, позволяющих приобрести определенные права: оформление справок, позволяющих получить право управления транспортным средством, – 4 случая, допуск к управлению транспортным средством – 5 случаев, оформление документов для получения права на приобретение оружия – 2 случая.

Среди иных, нетипичных услуг, оказываемых медицинскими работниками за незаконное вознаграждение, были выявлены: установление инвалидности - 3 случая, выдача сертификатов и справок об отсутствии инфекционных заболеваний (в частности, для иностранных граждан при оформлении разрешений на временное проживание) – 2 случая, выдача справки о том, что лицо не состоит на учете, – 1 случай.

В процессе исследования не было выявлено ни одного приговора, в котором содеянное виновным затрагивало бы сферу вакцинации, не было выявлено и преступлений, совершенных в ходе прове-

дения диспансеризации. Как представляется, это объясняется тем, что нарушения в указанных сферах обусловлены желанием выполнить показатели 85%-ого объема диспансеризации, а также получить стимулирующие выплаты за участие в проведении диспансеризации или вакцинации отдельных групп взрослого населения и связаны с подделкой амбулаторных карт больного в части внесения в них заведомо ложной информации о прохождении диспансеризации и учетных документов, что квалифицируется по ст. 159 и ст. 292 (либо ст. 327) УК РФ¹¹.

Субъект коррупционных преступлений определен в УК РФ как специальный – должностное лицо (для получения взятки – ст. 290, 291.2 УК РФ) либо лицо, выполняющее управленческие функции в коммерческой или иной организации (для получения коммерческого подкупа - ст. 204 УК РФ). Должностными лицами совершившие преступления были признаны в 45 случаях, причем в подавляющем большинстве (44 судебных акта) – по признаку наличия у них полномочий организационно-распорядительного характера в отношении неоподчиненных им лиц. И только в одном случае суд признал лицо должностным по признаку обладания полномочиями представителя власти¹².

В оставшихся 7 судебных актах субъект был определен как лицо, выполняющее управленческие функции в коммерческой или иной организации, при этом в приговорах и постановлениях, как правило, не детализировалось, какие именно управленческие функции из перечисленных в примечании 1 к ст. 201 УК РФ лицо выполняло¹³, либо указывалось, что управленческие функции выразились в наличии организационно-распорядительных полномочий (или орга-

¹¹ См. подробнее: *Пряхина Н.И., Суслина Е.В. О правовой квалификации ненадлежащего исполнения обязанностей медицинскими работниками при проведении профилактических медицинских мероприятий // Криминалистика. 2020. № 3 (32). С. 8-16.*

¹² *Приговор Кировского районного суда г. Астрахань (Астраханская область) № 1-120/2020 от 9 июля 2020 г. по делу № 1-120/2020.*

¹³ *См., например, постановление Первомайского районного суда г. Ижевск (Удмуртская Республика) № 1-139/2020 от 7 февраля 2020 г. по делу № 1-139/2020.*

низационно-распорядительных и административно-хозяйственных полномочий)¹⁴.

В большинстве своем субъектами указанных преступлений выступали врачи-специалисты (нарколог, дерматовенеролог, отоларинголог, офтальмолог, терапевт, психиатр, хирург, кардиолог, стоматолог, рентгенолог, профпатолог, невролог, инфекционист, уролог, травматолог-ортопед) – 29 случаев (55,8%), а также фельдшеры – 4 случая (7,7 %). В остальных случаях субъект занимал руководящую должность в медицинском учреждении (заместитель начальника медико-санитарной части, ИО главного врача медучреждения, заместитель главного врача медучреждения, заведующий отделением, заведующий лабораторией) либо выступал в качестве председателя или члена комиссии (медико-санитарной экспертизы, военно-врачебной комиссии, врачебно-экспертной комиссии) – 19 случаев (36,5 %).

Практически все лица, осужденные по ст. 204, 290, 291.2 УК РФ, ранее не были судимы – 47 случаев (90,4 %), в 5 случаях (9,6%) у лиц имелась неснятая/непогашенная судимость за преступления коррупционного характера (ст. 204 или ст. 290, 291.2 УК РФ по совокупности со ст. 327 или ст. 292), при этом лица совершали аналогичные преступления повторно.

Предметом незаконного вознаграждения (по ст. 204, ст. 290 и ст. 291.2 УК РФ) в большинстве случаев выступали денежные средства – 48 судебных решений (92,3 %), в 4 случаях (7,7 %) предметом взятки выступило иное имущество. Среди всех эпизодов¹⁵ получения незаконного вознаграждения медицинскими работниками размер вознаграждения не превышал 1 000 рублей по 69 эпизодам, вознаграждение в сумме свыше 1 000 и до 10 000 рублей было получено по 112 эпизодам, по 19 эпизодам незаконное вознаграждение составило свыше 10 000 и до 25 000 рублей, более 25 000 рублей было

¹⁴ См., например, приговор Новоуренгойского городского суда (Ямало-Ненецкий автономный округ) № 1-273/2014 от 10 ноября 2014 г. по делу № 1-273/2014.

¹⁵ В целях получения более детальной картины видов и размеров незаконного вознаграждения данная категория была проанализирована не по количеству исследованных судебных актов, а поэпизодно.

получено по 7 эпизодам, более 50 000 рублей – по 6 эпизодам. Максимальная сумма незаконного вознаграждения была получена в качестве взятки за установление инвалидности несколькими лицам и составила 1 024 000 рублей¹⁶, следующая по размеру взятка – 100 000 рублей – была получена за постановку категории годности «В» - ограниченно годен к военной службе - в целях освобождения от прохождения военной службы¹⁷.

В качестве иного имущества, образовавшего предмет незаконного вознаграждения, выступили две пачки офисной бумаги¹⁸; 2 бутылки коньяка¹⁹; 2 порции шашлыка, банка меда²⁰; 2 поросенка, талоны на дизель, талоны на бензин²¹.

Как показало проведенное исследование, медицинские работники, получающие незаконное вознаграждение в виде взятки или коммерческого подкупа, действуют как на основании личных договоренностей (при непосредственной передаче вознаграждения медицинскому работнику лицом, в пользу которого оказывается незаконная услуга), так и через посредника. Лично незаконное вознаграждение было получено по всем эпизодам в 30 случаях (57,7 % от всех анализируемых судебных решений), еще в 18 случаях (34,6 %) взяткополучатель/получатель коммерческого подкупа действовал исключительно через посредника, в 4 случаях (7,7 %) получение неза-

¹⁶ Приговор Шатурского городского суда (Московская область) № 1-99/2020 от 26 июня 2020 г. по делу № 1-99/2020. Следует отметить, однако, что в данном случае суд ошибочно квалифицировал содеянное как единое преступление и объединил все 9 эпизодов в квалификации деяния по признаку особо крупного размера взятки, что, как было указано выше, является ошибочным.

¹⁷ Приговор Синарского районного суда г. Каменск-Уральский (Свердловская область) № 1-325/2019 от 17 декабря 2019 г. по делу № 1-325/2019.

¹⁸ Приговор Канашского районного суда (Чувашская Республика) № 1-66/2018 от 3 мая 2018 г. по делу № 1-66/2018.

¹⁹ Приговор Вологодского городского суда (Вологодская область) № 1-798/2015 от 22 июля 2015 г. по делу № 1-798/2015.

²⁰ Приговор Правобережного районного суда г. Магнитогорск (Челябинская область) № 1-81/2015 от 11 декабря 2015 г. по делу № 1-81/2015.

²¹ Приговор Нерчинского районного суда (Забайкальский край) № 1-4/2016 (1-9/2015; 1-162/2014) от 20 февраля 2016 г. по делу № 1-4/2016.

конного вознаграждения одним лицом в части эпизодов было личным, но в отдельных эпизодах в достижении или реализации договоренности участвовал посредник.

Причем в большинстве случаев (насколько это удалось установить из приговоров) получение незаконного вознаграждения через посредника осуществлялось с участием одного и того же лица в качестве такового; в некоторых случаях²² посредник действовал не по факту обращения к нему отдельных лиц, желающих получить ту или иную услугу, а заранее договаривался с медицинским работником о возможности оформления медицинских справок, медицинских книжек и т.д. за вознаграждение, оговаривал сумму вознаграждения, после чего начинал подыскивать лиц, которые бы выступили взяткодателями/передающими коммерческой подкуп лицами.

Однако следует отметить, что суды не всегда верно оценивают получение взятки с точки зрения участия в нем посредника²³. Необходимо учитывать, что из диспозиции ч. 1 ст. 291.1 УК РФ (как из доктрины уголовного права, определяющей форму и вид вины в преступлениях с формальным составом²⁴) следует, что вина посредника может быть выражена только в форме прямого умысла. Таким образом, следует констатировать, что если прямой умысел у лица в совершении посредничества во взяточничестве отсутствует, то дачу и получение взятки следует считать совершенными лично (без посредника), так как субъект, ее передавший, из-за отсутствия вины посредником признан быть не может.

Что касается хронологической последовательности - достижения договоренности, передачи незаконного вознаграждения и оказания

²² См., например: приговор Череповецкого городского суда (Вологодская область) № 1-276/2018 от 11 апреля 2018 г. по делу № 1-276/2018; приговор Череповецкого городского суда (Вологодская область) № 1-1094/2017 от 29 декабря 2017 г. по делу № 1-1094/2017.

²³ Приговор Шилкинского районного суда (Забайкальский край) № 1-69/2019 (1-480/2018) от 13 марта 2019 г. по делу № 1-69/2019.

²⁴ См.: Моисеенко М.И. Субъективная сторона посредничества во взяточничестве // Пробелы в российском законодательстве. 2014. № 1. С. 144; Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. А. И. Рагога. М., 2004. С. 40; Таганцев Н. С. Русское уголовное право. Лекции: Часть Общая: В 2-х т. Т. 1 / Сост. и отв. ред.: Загородников Н.И. - М., 1994. С. 229.

услуги, за которую оно было получено, - то в результате исследования было установлено следующее. В большинстве случаев договоренность о получении вознаграждения была достигнута до его передачи по всем эпизодам – 42 случая (80,8 % судебных решений), в 6 случаях (11,5 %) денежные средства передавались одновременно с передачей незаконного вознаграждения, еще в 4 случаях (7,7 %) по одним эпизодам, входящим в совокупность, договоренность достигалась заранее, по другим – одновременно с передачей предмета взятки/коммерческого подкупа.

Услуга, за которую было получено незаконное вознаграждение, в большинстве случаев по всем эпизодам, входящим в совокупность, оказывалась после передачи предмета взятки/коммерческого подкупа – 29 случаев (55,8%), в 18 случаях (34,6%) по всем эпизодам сначала происходило оказание услуги, потом передавалось незаконное вознаграждение, еще в 5 случаях (9,6%) по разным эпизодам услуга оказывалась как до, так и после передачи вознаграждения.

Обратим внимание, что удельный вес случаев освобождения от уголовной ответственности по коррупционным преступлениям достаточно невысок: по результатам проведенного исследования только в 11,5 % случаев (6 судебных решений) имело место освобождение от уголовной ответственности. В пяти случаях лица освобождались от ответственности в порядке ст. 76.2 УК РФ в связи с назначением судебного штрафа, еще в одном случае – в порядке ст. 78 УК РФ в связи с истечением сроков давности. Пять постановлений было вынесено при совершении лицами преступлений, предусмотренных ч. 1 ст. 291.2 УК РФ (при этом имело место от 1 до 3 эпизодов получения мелкой взятки), и одно – при совершении лицом преступления, предусмотренного ч. 5 ст. 204 УК РФ (имел место один эпизод получения коммерческого подкупа).

По всем остальным 46 делам (88,5 %) были вынесены приговоры с назначением наказания. Однако следует отметить, что в 2 из указанных 46 случаев осужденные были полностью освобождены от наказания в связи с истечением сроков уголовного преследования и в порядке амнистии, а еще в 3 случаях имело место частичное освобождение от наказания в связи с истечением сроков уголовного преследования.

Наиболее часто назначаемым в качестве основного наказанием, как было выявлено в ходе исследования судебных актов, является

штраф: он был назначен за одно/несколько совершенных преступлений (либо по совокупности преступлений в порядке ст. 69 УК РФ) лицам в 23 случаях, исправительные работы назначались 8 раз, ограничение свободы – 4 раза, 14 раз назначалось лишение свободы (причем в 12 случаях наказание было признано условным и только в 2 случаях лица были осуждены к реальному лишению свободы).

В большинстве случаев суды назначают лицам, совершившим коррупционные преступления в сфере профилактической медицины, одно или несколько дополнительных наказаний – в 32 приговорах (61,6 %) судом было назначено дополнительное наказание. Наиболее часто назначаемым дополнительным наказанием является лишение права занимать определенные должности либо заниматься определенной деятельностью: оно назначалось 23 раза в качестве единственного дополнительного наказания и еще 7 раз наряду со штрафом. Штраф в качестве единственного дополнительного наказания назначен был всего дважды.

В 14 приговорах (26,9 %) дополнительное наказание не назначалось. Таким образом, далеко не всегда (даже в случае многоэпизодных преступлений) суды лишают осужденного возможности осуществлять профессиональную деятельность или занимать должность, которая дала лицу возможность совершить преступление, что является не вполне обоснованным с точки зрения профилактики преступлений. Это подтверждается однородностью рецидива по всем выявленным случаям коррупционных преступлений в сфере профилактической медицины, в связи с чем следует рекомендовать судам не назначать дополнительное наказание только в исключительных случаях, когда по обстоятельствам дела, постпреступному поведению лица очевидно, что данное наказание нецелесообразно либо не является необходимым.

Использованная литература

1. Краев Д.Ю. Основные признаки продолжаемого преступления // Законность. 2021. № 4. С. 44-52;
2. Моисеенко М.И. Субъективная сторона посредничества во взяточничестве // Пробелы в российском законодательстве. 2014. № 1. С. 143-147;
3. Пряхина Н.И., Суслина Е.В. Ответственность медицинских работников за ненадлежащее исполнение своих обязанностей при проведении профилак-

тических медицинских мероприятий // Наука СПбГУ – 2020. Сборник материалов Всероссийской конференции по естественным и гуманитарным наукам с международным участием, 24 декабря 2020 года. - СПб.: Скифия-принт, 2021. С. 1072-1074;

4. Пряхина Н.И., Суслина Е.В. О правовой квалификации ненадлежащего исполнения обязанностей медицинскими работниками при проведении профилактических медицинских мероприятий // Криминалисть. 2020. № 3 (32). С. 8-16;

5. Пряхина Н.И., Щепельков В.Ф. Об отграничении продолжаемого преступления от совокупности преступлений // Криминалисть. 2011. № 1 (8). С. 7-11;

6. Таганцев Н. С. Русское уголовное право. Лекции: Часть Общая: В 2-х т. Т. 1 / Сост. и отв. ред.: Загородников Н.И. - М.: Наука, 1994. 380 с.



ПРОТИВНИКИ ВАКЦИНАЦИИ В ПУБЛИЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА (НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ СЕТЕВОЙ ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ)¹

Савин С.Д.

доцент кафедры социологии политических
и социальных процессов Санкт-Петербургского государственного
университета, кандидат социологических наук,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: s.savin@spbu.ru

***Аннотация.** В настоящей статье при помощи метода исследования сетевой публикационной активности делается попытка выявить причины массового недоверия к вакцинации в российском обществе. Изучаются всплески активной реакции людей на публикации постов в социальной сети «ВКонтакте» январь 2019 - апрель 2021 гг. по вопросам вакцинации. Данный метод позволяет соединить количественный и качественный анализ данных отношения интернет-сообществ к*

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.

указанной социальной проблеме. Фиксируются типичные комментарии, слухи, высказывания, оценки сторонников и противников вакцинации, распространяемые в публичном пространстве российского общества. Большинство всплесков сетевой публикационной активности связано с событиями организации вакцинирования от коронавирусной инфекции COVID-19 в России. Показано, что в социальных сетях активность убежденных противников вакцинации преобладает, что приводит к увеличению общей доли населения, сомневающегося в безопасности вакцин. Следи факторов отказа от вакцинации выделяют-ся недоверие к власти и системе государственного контроля в области профилактической медицины, к производителям вакцин, коррупция в сфере здравоохранения, широкое распространение недостоверной информации, фейков. Отмечается также низкая правовая защищенность населения в сфере иммунопрофилактики.

Ключевые слова: вакцинация, профилактическая медицина, сетевая публикационная активность, недоверие к вакцинам, антивакцинаторство

OPPONENTS OF VACCINATION IN THE PUBLIC SPACE OF RUSSIAN SOCIETY (BASED ON THE STUDY OF ONLINE PUBLICATION ACTIVITY)

Savin Sergey D.

Associate Professor of the Department of Sociology of Political and Social Processes, St. Petersburg State University,
Candidate of sociological sciences (PhD),
St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: s.savin@spbu.ru

Annotation. *This article presents an attempt to identify the reasons for the massive mistrust of vaccination in Russian society by usage of the method of researching network publication activity. Bursts of active reaction of people to the publications on vaccination issues on the social network "Vkontakte" January 2019 - April 2021 are being analysed. This method allows to combine quantitative and qualitative data analysis of the relationship of Internet communities to this social problem. Typical comments, rumors, statements, assessments of supporters and opponents of vaccination in the public space of Russian society are recorded. Most of the bursts of online publishing activity are associated with the events of organizing vaccination against coronavirus infection COVID-19 in Russia.*

It shown that the activity of convinced opponents of vaccination prevails in social networks that leads to an increase of people doubting the safety of vaccines in general. Among the factors of refusal to vaccinate: mistrust of the authorities and the system of state control of preventive medicine, of vaccine manufacturers, corruption in the healthcare sector, and also widespread dissemination of inaccurate information, fakes. There is also a low legal protection of people in the field of immunization.

Keywords: *vaccination, preventive medicine, online publication activity, distrust of vaccines, anti-vaccination.*

Недоверие к вакцинации в массовом сознании получило распространение задолго до пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. Еще в 2012 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) создала специальную группу по этой проблеме, а в 2019 году включило недоверие к иммунопрофилактике в число 10 наибольших угроз здоровью в современном мире. Подчеркивается, что это многосоставная проблема, которая носит глобальный характер и зависит от разных социальных факторов. Так, по результатам экспертных интервью с руководителями программ по иммунизации из различных регионов ВОЗ, было отмечено, что в одних случаях эта проблема, возникает в среде общин, проживающих в сельских или отдаленных районах, а также среди представителей религиозных групп, в других случаях «антивакцинаторство» распространяется в среде городских жителей – представителей среднего класса. Кроме того, эксперты отмечают, что более высокий уровень образования не только не является залогом согласия человека на вакцинацию, но в некоторых странах образование может быть фактором более высокого недоверия к ней². И как показывает российский опыт социологических исследований, эта ситуация характерна и для нашего общества.

Распространение скептического отношения к вакцинации в России, с одной стороны, происходит в русле общемировых процессов изменения когнитивного опыта людей, с другой стороны, имеет собственную специфику, отражающую социальные изменения в российском обществе. В глобальном плане исследования фиксируют начиная с конца 1980-х гг. своеобразный разрыв между научным

² <https://www.who.int/ru/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>

медицинским знанием и обыденными представлениями об иммунопрофилактике, в более широком плане связанном с расширением массового недоверия к официальным экспертным данным. Особенно усилился этот разрыв с эпохой развития Интернета, который упростил доступ к профессиональной медицинской информации для широкой публики. Однако проблема интерпретации этой информации зависит от различных социальных, культурных и психологических факторов, а не только когнитивных способностей человека. Помимо этого, цифровые социальные сети способствуют распространению антинаучных взглядов, фейковых новостей, слухов, “теорий заговора” и т.п., играя на иррациональных склонностях индивидов, их психологической внушаемости³. На этой основе формируется антипрививочное движение, мобилизующее радикальных противников любых вакцин. Они оперируют антинаучными аргументами из таких областей как нетрадиционная медицина, конспирология, эзотеризм, радикальные религиозные течения.

Но все же, как отмечается в международных исследованиях, среди «вакцинальных скептиков» в современном обществе преобладают умеренные группы, не доверяющие отдельным вакцинам, а в целом занимающие так называемую позицию «нерешительности в отношении к вакцинации»⁴. Они открыты для диалога, боятся стигматизации и ориентированы на поиск информации и мнение авторитетов в публичном поле экспертного знания. По данным социологических исследований в развитых странах эта группа составляет в среднем от 15% до 30% населения. И, как правило, динамика ее численности зависит от информационного повода, распространяемых в СМИ сообщений о случаях негативных последствий от применения той или иной вакцины. А социальные сети создают повышенный эмоциональный фон обсуждения проблемы. Но в случае

³ Мац А.Н., Чепрасова Е.В. Антипрививочный скепсис как социально-психологический феномен // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2014. № 5. С. 112.

⁴ Ушкова Е.Л. Реф. ст.: Вар Ж.К., Перетти-Ватель П. Понять недоверие к вакцинам: от искажений восприятия до острых дебатов // *Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 11: Социология*. – 2021. – № 2. С. 125.

стигматизации радикальных пользователей социальных сетей, отрицающих любое вакцинирование, проблема не переходит в плоскость социального раскола, остается в рамках нормального общественного дискурса.

Что касается российской специфики недоверия к вакцинации, то здесь ситуация усугубляется рядом дополнительных отрицательных факторов. Во-первых, кризис отечественного здравоохранения, который начался в 1990-е гг. и в некотором отношении не преодолен до сих пор. Низкое качество медицинского обслуживания населения в условиях дефицита ресурсов и коррупции в области здравоохранения не способствует и доверию к системе медицинской профилактики⁵. Во-вторых, ценностно-идеологический кризис российского общества, в результате которого был подорван и авторитет научного знания, потеряны ориентиры общественного развития. В российском общественном сознании наблюдается разрыв между ценностью здоровья и установками на его поддержание, связь с медицинской профилактикой. Это противоречивая связь 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. Данный вывод подтвердили и результаты нашего исследования в форме всероссийского телефонного опроса (N=1600), проводившегося СПбГУ в апреле-мае 2020 года, и согласно которому 15% опрошенных посещают врачей реже одного раза в год, а 13% заявили, что не посещают вообще. При этом около 85% участников опроса отметили, что в той или иной форме заботятся о здоровье, имеют соответствующую мотивацию. Однако для большинства в эту мотивацию не входят регулярные посещения врачей и медицинская профилактика болезней.

Что касается отношения к самой вакцинации, то здесь распределение сторонников и противников вакцинации несколько отлича-

⁵ Щепельков В.Ф., Оленников С.М. *К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительной вакцинации населения* // Криминалист. 2020. № 3. С. 31

ется от большинства стран. А именно большим процентом категорических противников вакцинации как таковой. Так по нашему опросу положительно относятся к вакцинации 46,7%, к колеблющейся группе относится 25,4%, а к уверенным противникам любой вакцинации – 22,1%. Для сравнения, согласно глобальному мониторингу, проведенному институтом Гэллага в 2018 г., во всем мире восемь из десяти человек (79%) согласны с тем, что вакцины безопасны, 11% колеблются в оценках безопасности, и только 7% - отрицают вакцинирование⁶. Как видим, категория убежденных «антипрививочников» в России более, чем в три раза превышает мировые показатели, что не могло не сказаться и на условиях борьбы с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19.

Ситуация по распространению правительственных мер борьбы с коронавирусной инфекцией в России в период 2020-2021 гг. явно продемонстрировала их ограниченное влияние как раз по причине высокого уровня недоверия со стороны населения как в целом к официальной информации о COVID-19, так и к разработанным против нее вакцинам. В результате слабого соблюдения противовирусных ограничений и нежелания большинства россиян вакцинироваться от коронавирусной инфекции (на 25.09.2021 г. вакцинировано 28,9%)⁷, отмечается высокий уровень летальности от COVID-19 к которому также можно добавить общую избыточную смертность за последние два года, зафиксированную демографами. Приходится констатировать, что власти не просчитали общественную реакцию на меры противодействия распространению коронавирусной инфекции, не были готовы к информационному противостоянию по вопросам вакцинирования. Произошла радикализация настроений в обществе как раз по водоразделу отношения к вакцинации. Как следствие, низкий процент вакцинировавшихся, несмотря на развернутую государственную кампанию с пропагандой эффективности российских вакцин и важности мер медицинской профилактики для сохранения жизней людей.

Для того, чтобы глубже понять основные информационные факторы распространения недоверия в российском обществе к вакци-

⁶ Wellcome Global Monitor 2018: Attitudes to Vaccines / <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018/chapter-5-attitudes-vaccines>

⁷ <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=RUS>

нации нами был проведен анализ социальных сетей в интернете. Мониторинг сетевой публикационной активности (СПА) был направлен на выявление всплесков и приоритетной тематики обсуждений в социальной сети «ВКонтакте» вопросов профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и вакцинации населения. По данным компании Mediascope данная социальная сеть занимает в России третье место после Youtube и Whatsapp с охватом аудитории 70,8 млн. чел. и ежедневной аудиторией более 17 млн. чел. (май 2021 г.). [<https://webindex.mediascope.net/report?id=16571> (дата обращения 25.07.2021)].

Анализ сетевой публикационной активности включал ряд этапов по отбору данных (релевантных постов и комментариев). При помощи системы мониторинга социальных медиа (программного обеспечения Kibana и Elastic Search) ПЦ «Центр социологических и Интернет-исследований» за период с 01.01.2019 по 21.05.2021 были скачаны публикации из сети «ВКонтакте» по следующим ключевым словам: медосмотр, профмедосмотр, вакцинация, прививка, диспансеризация, профилактический, медицинский, осмотр.

Для формирования репрезентативной выборки комментариев была сформирована подвыборка первых комментариев. То есть отфильтрованы первые комментарии, оставленные пользователями к каждому посту и убраны комментарии без текста. Такой подход позволяет отобрать наиболее информативные комментарии. Как показывает опыт, в последующих комментариях люди часто начинают уходить в обсуждение других тем или переходить на личности.

В результате сбора, обработки и визуализации полученного массива данных были обнаружены 5 всплесков сетевой публикационной активности по теме «вакцинация»: 11.04.2019-12.04.2019 (4603 поста, 17006 комментариев); 30.05.2020-31.05.2020 (11155 постов, 9805 комментариев); 11.08.2020-15.08.2020 (16428 постов, 24682 комментариев); 02.12.2020-05.12.2020 (27055 постов, 35293 комментариев); 13.01.2021-22.01.2021 (112318 постов, 59312 комментариев).

Небольшой всплеск **СПА №1 (11.04.2019-12.04.2019)** произошел еще в «доковидный период». Первым инфоповодом было предложение Министерства просвещения об ограничениях посещения школ для невакцинированных детей, а также распространяемая в сети информация о готовящихся на законодательном уровне зап-



Рис. 1. Динамика всплесков сетевой публикационной активности по теме «вакцинация»

ретительных мерах по публичному призыву к отказу от вакцинации:

– «Минпросвещения предложило запретить непривитым детям ходить в школу Министерство просвещения предложило запретить детям, не прошедшим вакцинацию от особо опасных инфекционных заболеваний, посещать образовательные учреждения. Соответствующее письмо ведомство направило в комитет Госдумы по охране здоровья. Минпросвещения считает, что такие меры не будут нарушать право на получение образования, так как образование может быть получено и вне образовательных учреждений, дистанционно или на дому»; - «В начале апреля стало известно, что Минздрав работает над законопроектом о запрете публичных призывов к отказу от прививок».

Вторым инфоповодом стало обсуждение в Комитете по охране здоровья Госдумы введения паспорта вакцинации для детей: «В Государственной Думе прошел круглый стол на тему «Отказ от вакцинации – серьезная угроза XXI века. Как избежать эпидемий» Участники круглого стола обсудили вопросы о том, как уберечь граждан от новой угрозы – распространившейся в обществе моды на отказ от профилактических прививок, которая грозит эпидемиями давно забытых болезней. В ходе обсуждения Председатель Комитета ГД

по охране здоровья Дмитрий Морозов поддержал идею введения обязательного паспорта прививок для детей».

И по той и по другой инициативе властей шла одинаковая дискуссия «антипрививочников» и «запрививочников» со значительным перевесом первых. Противники вакцинаций упирали на свои конституционные права, а также аргументировали недостаточной обоснованностью обязательности вакцинации детей. Пытались убедить оппонентов, что вакцины в России низкого качества, что нет статистики побочных эффектов, что последствия от некоторых вакцин носят скрытый долгосрочный негативный характер, что нет гарантий от государства в случае негативных последствий. При этом популярны ссылки на антипрививочные рекомендации самих врачей, приводят собственный негативный опыт от прививок. Примеры негативных комментариев:

– «Почитайте и познакомьтесь с трудами вирусолога, доктора наук Червонской Галиной Петровной. У нее даже есть группа в ВК. Почитайте и идите своими прививками убивайте своих детей. А наших не трогайте»; – «Сделала прививку от столбняка. Чуть не сохла. Кто его знает, как они эти вакцины транспортируют и хранят. И проверить это невозможно. А в поликлинике антисанитария. Такие дела»; – «Я многодетная мама Москвы и я против прививочного паспорта и принудительных прививок! Не привитые не могут никого заразить! А вот привитые живой вакциной опасны для не привитых! Заразить может просто заболевший, а заболеть может и привитый - соответственно он же может и заразить любого! Но дело даже не в вакцинации, а в том, что в нашем государстве, где правят деньги и коррупция - нет места справедливости! А вакцинация это в первую очередь - бизнес! А за последствия никто отвечать не будет! У нас в законодательстве есть компенсация за нанесенный вред от прививок (ежемесячно по 1.000р.), но только в том случае, если доказано, что человек стал инвалидом от вакцины! У нас в стране нет статистики пострадавших от вакцинации - её просто нет! А случаи есть! Мой ребёнок инвалид - после вакцинации! Но никто этого не признаёт и не признает!; – «Объясните кто-нибудь, Зачем нужны прививки, если все болезни сейчас и так лечатся?»; – «От прививок, как их делают сейчас, здоровью вреда намного больше, чем от инфекций. Одна такая прививка лишает организм

естественного здоровья навсегда. Мы, фактически, уже никто не знаем, что такое здоровье — нас к этому специально приучат, чтобы выморить. Имею высшее медицинское образование и 30-летнюю врачебную практику и прекрасно знаю, о чём говорю, в том числе и на собственном примере тяжёлых последствий от прививок»; - «У моих друзей двое детей стали аутистами после прививок. А до прививок были нормальные дети»; - «Введите лучше материальную и уголовную ответственность врачей и производителей вакцин за поствакцинальные осложнения и смерти детей!»; - «Нет повода бояться эпидемий - доказанно, что лишь небольшой процент подвержен гриппу, другим заразным ещё меньший! Более того, у привитых заболеваемость больше, просто протекает не явно! Так что боязнь из пальца вытянута»; - «Вспоминая про США, никто не обмолвился, что там существует фонд помощи пострадавшим от вакцин профилактики. Помощь пожизненная! А у нас есть что-то подобное? Безнаказанность всегда привлекает большие заработки!».

Голос сторонников вакцинации звучал не так громко. В основном они выражали сочувствие глупости антипрививочников, которые рискуют жизнями не только своими, но и своих детей. А также замечают, что и привитые могут болеть по причине безответственности тех, кто не прививается и способствует распространению эпидемий. Приводились аргументы из научных источников, статистики ВОЗ, примеры зарубежных стран.

— «В Нью-Йорке введена принудительная вакцинация и детей и взрослых. Причина тому - вспышка эпидемии кори. Кори не было много лет, и люди начали отказываться от прививок. Теперь, за уклонение от вакцинации штраф. Но свидетели секты “вакцинация это плохо” посчитают это нарушением своего права на болезнь»; - «Просто они родились, когда уже нет ни кори, ни чумы... И думают, что чума сама собой исчезла. Глупые люди, что тут ещё сказать».

Всплеск СПА №2 (30.05.2020-31.05.2020) проходил уже в период первой волны коронавирусной инфекции и введенного властями локдауна.

Распространялись посты следующего содержания: — *«В России вводят штрафы до 30 тысяч рублей за отказ от прививок. Но не для всех. В новой редакции Кодекса об административных правонарушениях, подготовленной Министерством юстиций РФ, предусмотре-*

на ответственность за отказ от обязательной вакцинации и медицинских осмотров. Соответствующие поправки планируют внести в статью о нарушениях в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Размер санкций для физических лиц составляет от 5 до 7 тысяч рублей, для должностных лиц — от 7 до 10 тысяч рублей, для ИП — от 10 до 20 тысяч рублей, а для юридических лиц — от 20 до 30 тысяч рублей. Но штрафы будут грозить не всем, кто отказывается от прививок. Как объяснили в Роспотребнадзоре РФ, это будет касаться медиков, работающих с пациентами с опасными инфекциями, сотрудников различных лабораторий, медсестер, которые взаимодействуют с кровью и биологическими жидкостями человека, тех, чья работа связана с уходом за животными и так далее. Заместитель главы Минюста Денис Новак отметил, что оштрафовать могут и тех, кто не привился перед поездкой в страны с опасной эпидемиологической ситуацией».

Пост связывает сразу две темы – медицинские осмотры и вакцинацию. Но в большей степени обсуждались именно проблемы вакцинации. Новость вызвала негативную реакцию в сети: – «А что ещё, кроме штрафов, могут предложить в России»; – «Вакцины еще нет, а штрафы уже есть...»; – «А где гарантия что выживешь после прививки?»; – «Если бы всё было так просто и красиво в жизни, как на бумаге. Знаю лично несколько детей, у которых прививки спровоцировали аутизм, ДЦП и другие особенности. На всю жизнь приковали к инвалидным креслам. А у моего сына два раза после Манту была потеря сознания, остановка дыхания и реанимация. Но никакой связи, конечно, между вакцинацией и реанимацией не обнаружили». – «Значит надо объединяться, искать хороших юристов и в суды. Конституцию никто не отменял. Давно пора понять что с нами делают эти “власти”, одев на нас намордники и проводя эксперименты с вакцинами, которые сделаны на коленке»; – «Ведь здравомыслящий человек не будет колоть всякую дрянь ни себе ни своим детям, лучше штраф отдать целее будем!»; – «Да уж лучше 5 тыс. отдать, и то через суд. Только конченые дебилы будут вакцинироваться. И первыми же подохнут».

Интересно, что как раз в этот период в сети стали активно распространяться слухи о планируемом массовом чипировании через вакцинацию, заработали активно теории заговора, в том числе с целью сокращения населения планеты:

– «Да они настолько оупели, что им даже не охотно доказывать для чего это Гейтсу нужно, хотя это элементарно и ясно!»; – «Об этом чепировании ещё давно предупреждали, а потом после этого через полтора года дохнуть начнём опять на вирус спишут»; – «Не страна, а птицефабрика»; – «Вот так страну и стерилизуют». – «Этими чипами могут просто отключить человека, как телевизор, раз! и вы умер, от сердечного приступа или инсульта, если вы не работаете и не платите налоги, или просто не понравились тому, кто сидит на пульте чипов»; – «Мне сказали, что после вакцины человек через два года умирает»; – «Вот и приехали. Для этого и нужна была псевдопандемия и шумиха в СМИ всего мира. Чтобы принудительно вакцинировать и избирательно убивать население по всему земному шару...»;

При этом на фоне теории заговора и антипрививочных лозунгов наблюдались только единичные комментарии в поддержку инициативы:

– «Хватит постить ерунду. Благодаря прививкам человечество избавилось от оспы, дети не болеют полиомиелитом, корь не делает мальчиков бесплодными, победили массовое заболевание туберкулезом и т.д. Куда вы все претесь назад в трупную первобытную цивилизацию?»; – «Все медики вакцинированы от многих болезней, и за этим всегда следили. Как только срок прививки заканчивается в срочном порядке вакцинируют. Это было всегда». – «Лучше умереть, чем жить тупым конспирологом»; – «Ну что тут сказать, дикие люди. Помню коллайдера в Европе тоже боялись, говорили что он образует черную дыру. Где наша черная дыра?»; – «Человек, который даже ЧИПирование не в состоянии написать без ошибок не внушает никакого доверия, а лишь в очередной раз доказывает, что в эту теорию верят только низкообразованные и недалёкие граждане».

Всплеск № 3 СПА (11.08.2020-15.08.2020) связан с новостью о регистрации российской вакцины от коронавируса COVID-19 «Спутник V».

«Президент Владимир Путин объявил о регистрации в России первой в мире вакцины против коронавируса. По словам президента, вакцина эффективна и формирует устойчивый иммунитет. Как следует из регистрационного удостоверения, вакцина поступит в

гражданский оборот 1 января 2021 года. Путин отметил, что вакцинация будет «исключительно добровольной». Вакцину назвали «Спутник V». Он также сообщил, что одна из его дочерей уже сделала прививку этой вакцины»

И сопутствующая ей новость: «Президент Владимир Путин поручил правительству обеспечить из государственного бюджета финансирование массовой вакцинации населения России, чтобы для граждан она стала бесплатной, сообщается на официальном сайте Кремля. Предполагается, что осенью и зимой от гриппа за государственный счет будет привито до 60 процентов россиян и до 75 процентов — из группы риска. Также в рамках мероприятий по профилактике острых респираторных инфекций (ОРВИ) предусмотрено вакцинирование от коронавируса после государственной регистрации препаратов».

Сразу же в сети появились отрицательные посты о самой вакцине: — «144 побочных эффекта нашли у 38 добровольцев при испытании российской вакцины от коронавируса. Об этом сообщается в отчёте Центра Гамалеи, занимавшегося разработкой вакцины. В частности, после вакцинации подопытные чувствовали боль, отёчность и зуд в месте введения препарата. Среди общих проявлений оказались астения, недомогание, лихорадка, повышение температуры тела, снижение аппетита, головная боль, диарея, боль в ротовой полости, заложенность носа, насморк, першение в горле. На 42 день после вакцинации в организме добровольцев зафиксировали показатель антител к вирусу со средним титром 49,3 (такое значение даже ниже, чем средний уровень антител, а со временем оно дальше снижается). В Минздраве утверждают, что вакцина может сформировать иммунитет, который будет сохраняться около двух лет, но многие специалисты утверждают, что никаких подтверждений этому нет».

Соответственно в обсуждениях в сети опять преобладали отрицательные комментарии:

— «Поздравляем. Но прививаться не будем»; — «Жалко, что нас, медиков, спрашивать никто не будет и всё у добровольно-принудительном порядке»; — «Не вздумайте народ даже делать, особенно пожилые люди детский возраст»; — «СССР уже нет, а замашки те же. Грустно»; — «Да я лучше от коронавируса умру, чем роботом

буду»; – «В любом случае всех работников предприятий насильно вакцинируют под угрозой увольнения, не оставив шанса на выбор»; – «Я против этой вакцинации и родным и близким не дам сделать!»; – «Только идиот будет делать укол, очнитесь люди вас убивают»; – «Деньги же надо заработать на вакцинах. Вы хорошо изучите сколько миллиардов долларов в день зарабатывают фармкомпании, в просторах интернета были их данные и графики»; – «Это прививка от ковида, от которой люди будут страдать, возможно, будут смерти. Лично я, делать прививку не буду». – «Да нет никакой ещё эффективности и доказательства по этой вакцине»; – «Да, и правда, начнем с правительства, начальства и медицины, а там посмотрим, как действие вакцины прошло»; – «Лучше бы они бесплатными сделали анализы на антитела. Там может скоро и вакцинировать-то никого не нужно будет. Больше половины страны переболели дома странной разновидностью ОРВИ со всеми симптомами короны»; – «Как обычно лишь бы первыми успеть выпендриться, а по факту куча побочных, еще исследовать и исследовать».

Если обратить внимание на тональность комментариев, то заметна раздраженность пользователей сети от ситуации с коронавирусными ограничениями, недовольство властью и недоверие к принимаемым решениям. Накануне второй волны все еще видно значительное неверие в серьезность угрозы. Стереотипы относительно современных российских разработок вакцин крайне негативные.

Положительные отзывы в разы реже отрицательных:

– «Исполняется 250 лет первой российской прививке. Одним из пациентов, испытавшим на себе новое в то время лечение, стала и императрица Екатерина II. Вы к чему призываете, не могу понять? Не хотите делать прививку, никто вас не принуждает»; – «Молодцы учёные!»; – «Радуется, что вакцинация добровольная, никого не заставляют, не принуждают, а то опять найдутся недовольные»; – «От гриппа каждый год семья прививается! От коронавируса посмотрим, наверно тоже»; – «Всё под девизом: Баба Яга Против! Как дети...»

Всплеск СПА № 4 (02.12.2020-05.12.2020) связан с сообщением о начале в России массовой вакцинации. В разгар второй волны пандемии в России об этом заявил В.В. Путин и дал получение Правительству:

«Путин поручил начать вакцинацию от коронавируса на следующей неделе Президент России Владимир Путин поручил вице-премьеру Татьяне Голиковой организовать вакцинацию от COVID-19 на следующей неделе. Во время видеоконференции, посвященной открытию многофункциональных центров Минобороны, Путин заявил, что в ближайшие несколько дней в России произведут более двух миллионов доз вакцины “Спутник V”. Первыми прививки сделают врачам и учителям».

Комментарии противников вакцинации по-прежнему в большинстве. Меньше стало конспирологических версий, но недоверие к качеству российских вакцин такое же высокое. Выраженная озлобленность в сторону властей.

– «Прикалываться можно, а как избежать? Помогите советом. Только конкретным, а не типа “не имеют права заставить”»; – «Будет ли выбор вакцин? Хотя бы за деньги или пока основной массе населения не сделают отечественную, зарубежные не пустят?»; – «Кто делает прививку тот болеет»; – «Под ружьём даже не поставлю»; - «Если бы люди уверенны были в 100%-ой силе этой вакцины, все бы ставили безразборно. Не знаю, я вот боюсь, не хочу!»; – «Решили начать испытания на людях. Взяли самых незащищенных - врачи и учителя. А что с Росграврдии не начать?»; – «Я еще жить хочу полноценным человеком»; - «На протяжении многих лет этот институт Гамалеи ничего не разрабатывал, а тут нате вам, вакцинка, чтоб здоровьице подправить! А вакцина ещё не прошла испытания и никто не знает отдаленно, как быстро ты загнешься. А кто проводил опыты на себе за деньги, сейчас бегают по врачам, сердце. Посмотрите, в инете есть»; – «Вакцина для бесплодия»; – «Смысла нету делать вакцинацию. Вирусы всегда мутируют и эта вакцина через некоторое время будет бесполезной. Все зависит от иммунитета каждого человека»; – «Если врачи так против вакцинации что же там колоть собираются?»; – «Станешь овощем после такой вакцинации»; – «У нас в семье медик есть, так она не собирается прививаться. Мы все конечно тоже не будем»; – «Самое страшное, что побочный эффект этой вакцины, как говорят некоторые умные люди, это то, что дети потом не смогут иметь детей. Может, конечно, тоже вранье, но я почему-то верю». – «Пусть организм борется сам».

Однако и сторонников вакцинации стало больше. При этом они, в основном, не стараются переубедить антипрививочников общими аргументами, а приводят в пример себя и свой выбор.

– *«Буду прививаться в первых, жду ативак корону по возрасту. Лучше сделать и жалеть, чем жалеть, что не сделал»; – «Новость отличная!»; – «Ну наконец наш президент объявил о начале вакцинации. Мама моя преподаватель в школе, у них уже взяли анализы на напряжённость иммунитета. Может быть, хоть весной вся эта истерия закончится и отстанут от людей со своими “противозидемическими” полумерами»; – «Я лежала в больнице со средней степенью поражения лёгких, и я пойду делать вакцину, потому что у меня уже нет здоровья переболеть этим ещё раз. Конечно, тогда, когда мой иммунитет закончится и антитела исчезнут. Те, кто против вакцины, не был в больничке, не видел, как там всем плохо, никто там не жалуется на отмены корпоративов, не маршируют за ночные рестораны, там люди хотят не умереть и вернуться домой к нормальной жизни. Вы не задумывались о том, что Вы и сейчас живёте благодаря многим прививкам, сделанным Вам ещё в младенчестве? Так вот в больницу приезжают семьями, но не все оттуда семьями возвращаются домой»; - «Товарищи, да это кошмар. Читала я тут комментарии под постом о добровольной прививке: “Не хочу”, “Не буду”, “Даже под страхом увольнения не сделаю!” — вы же учителя, вы же работаете с людьми, с детьми! Ну не заботит вас ваша собственная жизнь и здоровье — так хоть других не подвергайте риску. Сразу увольняйтесь и идите работать туда, где никого не заразите. Для особо умных могу объяснить, что если человек, не сделавший прививку, заболевает, то как раз в нем вирус и может мутировать, и дальше остальных прививка может не спасти. Как с оспой боролись? Всех в обязательном порядке стали прививать, и ее удалось победить, только мутировала в более лёгкую форму — ветрянку, а до прививок это была страшная болезнь. Потом случились неуважаемые антипрививочники — и пошло, поехало. Если вам жизнь не дорога, то это не должно становиться проблемой окружающих».*

Последний анализируемый **всплеск СПА №5 (13.01.2021-22.01.2021)**, который был зафиксирован в ходе этого исследования, связан сразу с рядом новостных сюжетов, обсуждаемых в социальных сетях.

Первая новость является продолжением СПА предыдущего всплеска, связанная с тем, что В.В. Путин еще раз объявил о старте массовой вакцинации. Но теперь уже не отдельных категорий (врачей, учителей), а всех граждан: *«Президент призвал начать массовую вакцинацию всего населения со следующей недели. Заместитель председателя правительства РФ констатировала готовность. «Мы готовы с понедельника следующей недели выполнить поручение по переходу от масштабной вакцинации к более широкой вакцинации», — доложила Татьяна Голикова. А вы планируете вакцинироваться?»*; – *«Путин сказал начинать массовую вакцинацию населения! И составить соответствующий график. Пора бы уже привиться всем...»*; – *«Путин объявил массовую вакцинацию граждан от коронавируса. Власти готовы приступить к ней с понедельника, 18 января. Будете вакцинироваться?»*

По однотипным новостям с итоговым призывом к вакцинации можно сделать предположение, что новость распространяли боты. Об этом свидетельствуют и комментарии:

– «43 млн просмотров...ещё двух суток не прошло!»; – «Попкорном запася, буду смотреть этот триллер!»

В остальном реакция была стандартная для таких постов. Отрицательные эмоции «не буду не в какую», «Прививайтесь сами», «вакцина – это яд», «флаг вам в руки». Помимо центрального сюжета с призывами к добровольной вакцинации был еще ряд бравурных новостей из регионов (Петербург, Великий Новгород, Севастополь, Краснодар, Новосибирск, Челябинская обл. и др.) с одинаковой концовкой: «А вы будете делать прививку от коронавируса?» В том числе были призывы губернаторов, которые рассказывали, что записались на вакцинацию, или даже уже сделали ее. Реакция публики на все эти призывы была крайне холодной.

На всплеск сетевой публикационной активности также повлияли несколько обсуждаемых событий с негативными последствиями вакцинации. Одна из них:

– «В татарстанском Арске 56-летняя учительница музыкальной школы Загида Гайфуллина умерла спустя некоторое время после того, как сделала прививку от коронавируса. Сообщения о смерти женщины стали появляться в местных мессенджерах, в них говорилось, что женщина и ее супруг сделали прививку от COVID-19, а

через два дня почувствовали недомогание. В итоге учительница скончалась, а мужчина находится в тяжелом состоянии. В Минздраве заявили, что причиной смерти послужило осложнение текущего заболевания, оно не связано с вакцинацией»

По сетевым публикациям (постам и комментариям), которые начали распространяться с января 2021 года заметна стала активность провластных информационных структур, которые начали пытаться перехватить повестку у «антипрививочников» и провести рекламную кампанию вакцинации. Как показывает реакция на эти события не только в социальной сети, но и в реальных итогах прививочной кампании – нужный эффект не был достигнут. Реакция противников вакцинации при этом стала не так сильно выражена, но короткие реплики свидетельствовали о продолжающемся латентном сопротивлении и скрытом недовольстве.

По результатам замера сетевой публикационной активности «ВКонтакте» на тему «вакцинация» за двухлетний период можно сделать ряд выводов.

1. Наблюдается значительная разница в отношении к проблеме вакцинации населения между «доковидным» и «ковидным периодом». Сетевой интерес к ней вырос многократно (в 4-5 раз к 2021 году). Отрицательное отношение к вакцинации вышло за пределы традиционной группы «антипрививочников, захватив в 2020 году «аудиторию» в 2/3 населения (группа сомневающийся).

2. Тематика вакцинации против COVID-19 выходит в политическую плоскость, обрастает конспирологическими версиями еще до появления самой вакцины. Страх, недоверие, правовой нигилизм, становятся массовыми синдромами российского общества в период пандемии. Повышается уровень конфликтности общественного сознания, что отражается в сетевых дискуссиях.

3. PR попытки власти исправить ситуацию в сетевом информационном пространстве и повысить доверие к принимаемым решениям не имели должного эффекта. Общий негативный фон обсуждаемых проблем сохранялся весь взятый для исследования период и даже усиливался в конце 2020 – нач. 2021 гг.

В целом проведенный анализ показал болезненные точки отношения населения к профилактической медицине и вопросов собственной профилактики болезней. Следует признать, что почва ан-

тивакцинаторства питается не только скепсисом относительно технического прогресса, но и строит свою политику на несовершенствах самой вакцинопрофилактики⁸. Выявленные стереотипы и страхи позволят учесть социально-психологический и социокультурный факторы для разработки рекомендаций и в области правового регулирования проблемы. Также выявлен ряд значимых кейсов, анализ которых будет способствовать более глубокому пониманию проблем профилактической медицины.

Использованная литература

1. Кубарь О.И., Микиртчян Г.Л., Асатрян А.Ж. Этическая концепция противодействия антивакцинальному движению // Медицина и организация здравоохранения. 2018. Том 3. №1. С. 41-48.

2. Мац А.Н., Чепрасова Е.В. Антипрививочный скепсис как социально-психологический феномен // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2014. № 5. С. 111-115.

3. Ушкова Е.Л. Реф. ст.: Вар Ж.К., Перетти-Ватель П. Понять недоверие к вакцинам: от искажений восприятия до острых дебатов // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 11: Социология. – 2021. – № 2. – С. 117–127.

4. Щепельков В.Ф., Оленников С.М. К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительной вакцинации населения // Криминалист. 2020. № 3. С. 28-36.

5. Яшина М.Н., Власова А.А. Антипрививочный скепсис у родителей // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. 2020. № 66 (1). Электронный ресурс: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1137/30/lang.ru/> (дата обращения 07.09.2021).



⁸ Кубарь О.И., Микиртчян Г.Л., Асатрян А.Ж. Этическая концепция противодействия антивакцинальному движению // Медицина и организация здравоохранения. 2018. Том 3. №1. С. 44.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И КОРРУПЦИОННЫЕ РИСКИ¹

Бурлаков В. Н. ,

профессор СПбГУ, доктор юридических наук;
кафедра уголовного права Санкт-Петербургского
государственного университета, г. Санкт-Петербург,
Российская Федерация;
e-mail: v.burlakov@spbu.ru

Щепельков В. Ф. ,

профессор СПбГУ, доктор юридических наук;
кафедра уголовного права Санкт-Петербургского
государственного университета, доктор юридических наук,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: volga0@yandex.ru

***Аннотация.** В настоящей статье рассмотрен вопрос антикоррупционной экспертизы нормативно-правовых актов, регулирующих отношения в сфере профилактической медицины (ПМ). Результаты исследования показали, что несовершенство нормативно-правовых актов является предпосылкой для коррупции при прохождении профилактических медицинских осмотров. К такому же выводу приводят анализ результатов обсуждения проектов ведомственных нормативно-правовых актов на официальном правительственном сайте.*

Проведенные исследования дают основания заключить, что действующая модель организации профилактических медицинских осмотров во многом результат лоббизма со стороны медицинских организаций, получающих доход от ПМ, в том числе и лоббизма коррупционного.

Авторы приходят к выводу о том, что эффективными мерами предупреждения будут реальный общественный контроль профилактических медицинских осмотров и обязательное проведение анти-

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.

коррупционной экспертизы проектов нормативно-правовых актов о профилактических медицинских осмотрах.

Ключевые слова: *профилактическая медицина, медицинский осмотр, коррупция, криминологические риски, криминологическая безопасность, криминология закона, антикоррупционная экспертиза.*

REGULATORY LEGAL ACTS IN THE FIELD OF PREVENTIVE MEDICINE AND CORRUPTION RISKS

Burlakov Vladimir N.

Professor of the Criminal Law Department, St. Petersburg State University, Doctor of Law, St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: v.burlakov@spbu.ru

Shchepelkov Vladislav F.

Professor of the Criminal Law Department, St. Petersburg State University, Doctor of Law, St. Petersburg, Russian Federation;
e-mail: volga0@yandex.ru

Annotation. *This article considers the issue of anti-corruption expertise of regulatory legal acts regulating relations in the field of preventive medicine (PM). The results of the study showed that the imperfection of regulatory legal acts is a prerequisite for corruption during preventive medical examinations. The analysis of the results of the discussion of the draft departmental normative legal acts on the official government website leads to the same conclusion.*

The conducted studies give grounds to conclude that the current model of organizing preventive medical examinations is largely the result of lobbying on the part of medical organizations that receive income from PM, including corruption lobbying.

The authors come to the conclusion that effective preventive measures will be real public control of preventive medical examinations and mandatory anti-corruption expertise of draft regulatory legal acts on preventive medical examinations.

Keywords: *preventive medicine, medical examination, corruption, criminological risks, criminological security, criminology of the law, anti-corruption expertise.*

Профилактическая медицина включает в себя иммунизацию населения и профилактические медицинские осмотры, в том числе и

диспансеризацию. Как показал ряд исследований, ПМ имеет серьезные криминологические риски².

Всероссийский социологический опрос 1600 респондентов в возрасте старше 18 лет, проведенный в апреле-мае 2020 года СПбГУ, сопоставление его результатов с данными официальной статистики Минздрава РФ, результаты опроса представителей отдельных групп населения, анализ отзывов на проекты нормативно-правовых актов и оценок регулирующего воздействия показали, что главным криминологическим риском в сфере ПМ является коррупция, проявления которой связаны с приписками, торговлей документами³.

Одним из направлений деятельности ПМ является вакцинация населения. Так, по данным проведенного опроса в сезоне 2019-2020 года прививку от гриппа сделали только 21,1 % опрошенных, в то же время по официальным данным уровень вакцинации населения от гриппа в указанном сезоне – свыше 50 %. Например, в Санкт-Петербурге – 54 %⁴, в Москве – 59,2 %⁵.

Из тех, у кого есть несовершеннолетние дети, 62,9 % сказали, что делают все прививки детям по плану, 10,9 % сказали, что делают не все прививки, 20,8% респондентов не прививают своих несовершеннолетних детей, 5,2 % затруднились ответить. Согласно данным официальной статистики охват прививками детей оставляет свыше 95 %⁶. Ножницы приведенных данных указывают на проблемную ситуацию.

² Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Криминологическая безопасность в сфере профилактической медицины: риски и их предупреждение DOI: 10.17150/2500-4255.2020.14(5).647-659 // *Всероссийский криминологический журнал*. 2020. Т. 14, № 5. С. 647–659.

³ Щепельков В.Ф., Бурлаков В.Н. Предупреждение коррупционных рисков в сфере профилактической медицины. Национальная (Всероссийская) конференция по естественным и гуманитарным наукам «Наука СПбГУ – 2020», 24 дек 2020, Санкт-Петербург, Российская Федерация, материалы, 2021. С. 1199-1200.

⁴ <http://zdrav.spb.ru/ru/news/1004/> - дата обращения 07.06.2021.

⁵ <http://77.rospotrebnadzor.ru/index.php/napravlenie/profinfzab/7832-ob-epidemiologicheskoy-situatsii-po-grippu-i-orvi-v-gorode-moskve-za-51-nedelyu-2019-goda-s-16-po-22-dekabrja-i-khode-privivochnoj-kampanii-protiv-grippa> - дата обращения 07.06.2021.

⁶ См.: *Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб. / Росстат.* – М., 2019. Воспроизводится по <https://resursor.ru/statisticheskij-sbornik-zdravooxranenie-v-rossii-2019-polnaya-versiya/zdorovye-naseleniya-deti/#1585690924441-db6d95ad-c875> - дата обращения 07.06.2021 г.

Принимая во внимание результаты опроса о реальном уровне вакцинации от гриппа и официальную статистику по уровню вакцинации населения от гриппа, легко объяснить сложившуюся ситуацию с добровольной вакцинацией от коронавируса в России в 2021 году. Правительство планировало, что в добровольном порядке до конца лета будет привито порядка 60% взрослого населения. Этот прогноз, по-видимому, основывался на официальных данных Минздрава РФ о добровольной вакцинации населения от гриппа. Однако реально в июне было привито немногим более 10%. Темпы добровольной вакцинации давали основания считать, что максимальный уровень вакцинации к концу лета – 20%, то есть реальный уровень вакцинации от гриппа, который был установлен в ходе всероссийского социологического опроса взрослого населения. Надежды на достижение коллективного иммунитета таяли, при этом возрос уровень заболеваемости и смертности от коронавирусной инфекции. Были приняты известные непопулярные решения, которые вызвали неоднозначную реакцию населения, социальную напряженность.

Пример с заведомо невыполнимым планом по добровольной вакцинации очень показателен. Этот план строился на официальных показателях, которые не отражали реального состояния уровня вакцинации населения и явились результатом тотальных приписок. Приписки в свою очередь – это эффект от стремления выполнить план по вакцинации. Феномен известный, широко распространенный. Приписки – это способ выполнить заведомо невыполнимые планы, широко распространенный в СССР во многих отраслях экономики. Поскольку он сопряжен с личной заинтересованностью лиц, вносящих ложные сведения о вакцинации в отчетные документы, то его следует отнести к коррупционным проявлениям.

В средствах массовой информации в настоящее время нередко появляются материалы о сбыте фиктивных документов о вакцинации против коронавирусной инфекции, стоимости подобных документов, технологии их получения, возбуждении уголовных, привлечении виновных к ответственности. Хотелось бы надеяться, что подделка этих документов не приобретет масштаб уровня фальсификации вакцинации населения по другим прививкам.

Другим направлением ПМ являются профилактические медосмотры. В ходе социологического опроса 7,1% респондентов ответили, что прибегали к услугам организаций, предлагающих купить фиктивную справку о прохождении медосмотра. Насколько легко

ее приобрести, можно убедиться, сделав запрос в интернет-поисковике. Среди отдельных групп населения (декретированного контингента) прохождение обязательного медосмотра только «по бумагам», когда средства за медосмотр медицинскому учреждению перечисляются, а медосмотр не проводится, является типичным явлением. Присутствие личной заинтересованности лиц, выполняющих управленческие функции, в выдаче фиктивных документов о прохождении медосмотра, говорит о коррупционной составляющей.

Гипотеза исследования состояла в том, что одним из факторов коррупционной организации профилактических медицинских осмотров в Российской Федерации является законодательство. Согласно теории криминологии закона в реальной действительности закон является не всегда благом. Он может содействовать прогрессивному развитию общества, когда правильно отражает противоречия, складывающиеся в общественных отношениях, и в своих нормах предлагает оптимальный вариант их регулирования, снимающий такие противоречия. Он может быть нейтральным, когда его действие идет параллельно действию других факторов, которые сами бы преодолели такие противоречия. Но закон может и обострять противоречия, и даже обуславливать их возникновение. Такой закон получил название преступного закона⁷.

Основным средством противодействия появлению в нормативно-правовой базе таких положений является антикоррупционная экспертиза нормативно-правовых актов и их проектов, которой уделяется значительное внимание, причем в различных отраслях науки⁸,

⁷ Шестаков Д.А. *Введение в криминологию закона. 2 изд., испр. и доп.* СПб.: Издательство «Юридический центр», 2015.

⁸ Мелешко А.О. *Административно-правовое регулирование антикоррупционной экспертизы нормативно-правовых актов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук.* Омск, 2015; Воронина Ю.И. *Антикоррупционная экспертиза законодательных актов (их проектов) в Российской Федерации: конституционно-правовое исследование*. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Тюмень, 2016; Ким А. В. *Правовая и антикоррупционная экспертиза нормативных правовых актов и их проектов в территориальных органах Министерства юстиции Российской Федерации: административно-правовое исследование.* Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук. М., 2017; 6. Кудашкин А.В. *Антикоррупционная экспертиза: теория и практика.* М.: Норма: ИНФРА-М, 2012; Ланцевич Ю. М. *Организационно-правовые основы деятельности правоохранительных органов по проведению антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и их проектов.* Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук. М., 2012

есть даже специальные дисциплины, посвященные антикоррупционной экспертизе⁹.

Проведение данной экспертизы в Российской Федерации регулируется прежде всего Федеральным законом “Об антикоррупционной экспертизе нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов” от 17.07.2009 N 172-ФЗ (в дальнейшем Закон об антикоррупционной экспертизе).

Согласно ст. 1 данного закона к коррупциогенным факторам относятся положения нормативно-правовых актов (проектов нормативно-правовых актов), устанавливающие для правоприменителя необоснованно широкие пределы усмотрения или возможность необоснованного применения исключений из общих правил, а также положения, содержащие неопределенные, трудновыполнимые и (или) обременительные требования к гражданам и организациям и тем самым создающие условия для проявления коррупции. Отмеченные негативные эффекты появляются, как правило, при избыточности нормативной базы. Исследование показало, что результаты антикоррупционной экспертизы не имеют открытого доступа, их опубликование не предусмотрено. В связи с этим трудно говорить о транспарентности результатов антикоррупционной экспертизы. Наряду с вышеназванным Законом принято несколько других актов, правил и методик проведения антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и их проектов.¹⁰

Сегодня базовым документом, регламентирующим прохождение гражданами профилактических медицинских осмотров, является Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 ТК РФ, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых

⁹ Кабанов А. П., Магизов Р. Р. *Антикоррупционная экспертиза нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов: Учебно-методическое пособие по направлению подготовки 40.04.01 Юриспруденция (квалификация (степень) «магистр»)*. Набережные Челны, 2019.

¹⁰ *Правительства РФ от 26 февраля 2010 г. N 96 “Об антикоррупционной экспертизе нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов”, которым утверждены Правила и Методика*

проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» (далее – Приказ).

В целях подтверждения гипотезы о коррупциогенности данного Приказа была проведена его антикоррупционная экспертиза, которая позволила сделать следующие выводы.

1. В Приказе недостаточно определено устанавливаются категории работников (лиц, поступающих на работу), в отношении которых установлена обязанность проходить предварительный и (или) периодический профилактический медицинский осмотр.

Имеет место нестыковка п. 1 и п. 20 Приказа. Это позволяет по-разному определять круг лиц, обязанных проходить медицинские осмотры. Понимая серьезность возникшей проблемы, двумя министерствами оперативно были даны специальные разъяснения,¹¹ которые в итоге нейтрализовали коррупциогенные риски, связанные применением недостаточно определенных положений Приказа.

2. В Приказе содержатся нормы, нарушающие права работников при проведении обязательных предварительных и периодических осмотров. В частности, между работодателем и медицинской организацией заключается договор об оказании услуг, работодатель выдает работнику направление в медицинскую организацию, с которой заключен договор. Таким образом, имеет место ограничение права гражданина на выбор врача и медицинской организации, предусмотренного ст. 21 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3. Приказ предусматривает избыточные обязанности по прохождению медицинских обследований, не связанных с трудовой функцией. Избыточность обследований при профилактических медосмотрах, как показывают пилотные опросы участников отношений, является главным коррупциогенным фактором. Не секрет, что медицинские организации заинтересованы в увеличении платных услуг. И в связи с этим с их стороны поступают предложения и лоббируется максимальное увеличение программ платных медицинских осмотров. Навязывание медицинских услуг

¹¹ *Письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 10 марта 2021 г. № 15-2/ООГ-654, Письмо Министерства здравоохранения РФ от 4 марта 2021 г. № 28-4/3016355-2108*

населению – одна из издержек так называемого явления медиализации¹².

Население обоснованно пытается избежать очевидно избыточного медицинского внимания. В результате – лица, которые обязаны проходить медосмотр, платят деньги, а осмотр не проходят (причем нередко официально оплачивается прохождение осмотра «по бумагам» и отдельно его фактическое непрохождение). Медицинские организации деньги получают, а осмотры не проводят, но при этом за них отчитываются.

Такое проектирование Приказов о медосмотрах – явление для криминологии мало изученное. По сути, имеет место особая разновидность коррупционного лоббизма¹³, когда под видом заботы о здоровье населения реализуется финансовый интерес системы здравоохранения, предполагающий получение доходов медицинскими организациями без выполнения требуемого объема работы.

¹² Illich I. *Medicalization and primary care* // *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1982. Vol. 32. P. 463-470; Zola I. *Medicine as an Institute of Social Control* / I. Zola // *Sociological Review. New Series*. 1972. V. 20 (4). P. 487-504; Conrad P. *The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior* / P. Conrad // *Social Problems*. 1975. V. 23 (1). P. 12-21; 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; Гареева И.А., Степанова А.П. *Медиализация современного общества: социально-психологические аспекты* // *Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке*. Т. XV. Вып. 4, 2018. С. 55-59.

¹³ Малько А.В. *Лоббизм и право* // *Правоведение*. 1995. № 2. С.18–28; Субочев В.В. *Лоббизм как инструмент отстаивания законных интересов* // *Право и политика*. 2007. № 3. С.68–75; Попова А.В. *Лоббизм и гражданское общество в государственно-правовом развитии современной России* // *Юридическая мысль*. 2014. № 6 (86). С.34–39; Колосова Н.М. *Лоббизм и коррупция* // *Журнал российского права*. 2014. № 2. С.54-55; Спектор Е.И. *Особенности и перспективы правового регулирования лоббизма в России* // *Журнал российского права*. 2016. № 11. С. 12-20; 14. Вырва П.А. *Криминологические аспекты коррупционного лоббизма в правотворческой деятельности*. Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Красноярск, 2019.

4. В Приказе содержатся положения, предусматривающие широкие дискреционные полномочия, что также относится к коррупционному фактору. Так, в п. 7 Приказа предусмотрено: «При проведении предварительного или периодического осмотра работника (лица, поступающего на работу) учитываются результаты ранее проведенных (не позднее одного года) предварительного или периодического осмотра, диспансеризации, иных медицинских осмотров, подтвержденных медицинскими документами». Использование термина «учитывается» не предполагает обязанность принять результаты ранее проведенного осмотра. Формулировка допускает толкование «принять к сведению», что в свою очередь позволяет обязать работника повторно проходить обследования.

5. В приказе не регламентирован объем обязанностей врачей-специалистов, участвующих в медосмотре. Отсутствие конкретизации прав и обязанностей врачей-специалиста является коррупционным фактором, поскольку создается неопределенность в правах заинтересованных в прохождении медосмотра граждан и организаций. Отсюда и возникает возможность формального проведения медосмотра.

Коррупционные риски в сфере профилактической медицины целесообразно взять под контроль, в том числе посредством мониторинга противодействия коррупции, который входит в антикоррупционные программы в каждом субъекте Российской Федерации.

Общей мерой предупреждения коррупционных рисков при медицинских осмотрах должна стать правовая и криминологическая экспертиза проектов правовых актов, определяющих проведение медосмотров, которую целесообразно поручить ведущим юридическим центрам (вузам). Данная экспертиза предполагает обоснование связи отдельных видов медицинского вмешательства с достижением конкретных целей, которые преследует медосмотр, а также установление приемлемости для участников отношений предлагаемых медицинских вмешательств.

Использованная литература

1. Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Криминологическая безопасность в сфере профилактической медицины: риски и их предупреждение DOI: 10.17150/2500-4255.2020.14(5).647-659 // Всероссийский криминологический журнал. 2020. Т. 14, № 5. С. 647–659.

2. Воронина Ю.И. Антикоррупционная экспертиза законодательных актов (их проектов) в Российской Федерации: конституционно-правовое исследование. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Тюмень, 2016. 30 с.

3. Вырва П.А. Криминологические аспекты коррупционного лоббизма в правотворческой деятельности. Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Красноярск, 2019. 254 с.

4. Гареева И.А., Степанова А.П. Медиализация современного общества: социально-психологические аспекты // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. Т. XV. Вып. 4, 2018. С. 55-59.

5. Кабанов А. П., Магизов Р. Р. Антикоррупционная экспертиза нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов: Учебно-методическое пособие по направлению подготовки 40.04.01 Юриспруденция (квалификация (степень) «магистр»)». Набережные челны, 2019. 46 с.

6. Ким А. В. Правовая и антикоррупционная экспертиза нормативных правовых актов и их проектов в территориальных органах Министерства юстиции Российской Федерации: административно-правовое исследование. Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук. М., 2017. 263 с.

7. Колосова Н.М. Лоббизм и коррупция // Журнал российского права. 2014. № 2. С.54-55.

8. Кудашкин А.В. Антикоррупционная экспертиза: теория и практика. Научно-практическое пособие. М.: Норма : ИНФРА-М, 2012. 366 с.

9. Ланцевич Ю. М. Организационно - правовые основы деятельности правоохранительных органов по проведению антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и их проектов. Диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук. М., 2012. 240 с.

10. Малько А.В. Лоббизм и право // Правоведение. 1995. № 2. С.18-28.

11. Мелешко А.О. Административно-правовое регулирование антикоррупционной экспертизы нормативно-правовых актов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Омск, 2015. 22 с.

12. Попова А.В. Лоббизм и гражданское общество в государственно-правовом развитии современной России // Юридическая мысль. 2014. № 6 (86). С.34-39.

13. Спектор Е.И. Особенности и перспективы правового регулирования лоббизма в России // Журнал российского права. 2016. № 11. С. 12-20.

14. Суббочев В.В. Лоббизм как инструмент отстаивания законных интересов // Право и политика. 2007. № 3. С.68-75.

15. Шестаков Д.А. Введение в криминологию закона. 2 изд., испр. и доп. СПб.: Издательство «Юридический центр», 2015. 76 с.

16. Щепельков В.Ф., Бурлаков В.Н. Предупреждение коррупционных рисков в сфере профилактической медицины. Национальная (Всероссийская) конференция по естественным и гуманитарным наукам «Наука СПбГУ – 2020», 24 дек 2020, Санкт-Петербург, Российская Федерация, материалы, 2021. С. 1199-1200.

17. Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior / P. Conrad // Social Problems. 1975. V. 23 (1). P. 12-21.

18. Illich I. Medicalization and primary care // Journal of the Royal College of General Practitioners. 1982. Vol. 32. P. 463-470.

19. 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.

20. Szasz T. The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays / T. Szasz. Syracuse, New York: Syracuse University Press, 2007. 232 p.

21. Zola I. Medicine as an Institute of Social Control / I. Zola // Sociological Review. New Series. 1972. V. 20 (4). P. 487-504.



ОСНОВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ЗА РУБЕЖОМ¹

Акулин И.М.,

д.м.н., профессор СПбГУ, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права Санкт-Петербургского государственного университета,

Россия, г. Санкт-Петербург,

e-mail: akulinim@yandex.ru, SPIN-код: 9115-1178

Белоколодова Т.И.,

к.ю.н., доцент кафедры гражданского права и процесса

юридического факультета Санкт-Петербургского филиала

Национального исследовательского университета

«Высшая школа экономики».

Моб.т.8-921-996-93-64, e-mail: akulinati@yandex.ru

***Аннотация:** В данной статье анализируются основополагающие принципы зарубежной профилактической медицины. На основании рекомендации ВОЗ, МОТ большинство стран условно делят профилактические мероприятия: во-первых, на профилактическую медицину, основанную на нейтрализации неблагоприятных поведенчес-*

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.

ких факторов риска и поддержанию устойчивой тенденции населения к ЗОЖ (здоровому образу жизни); и во-вторых, оздоровлению условий работы, совершенствованию рабочих мест с точки зрения нейтрализации профессиональных рисков, влияющих на здоровье трудящегося. К основным принципам такого подхода являются: добровольный характер, максимальное ограничение обязательности профосмотров, право выбора работником медицинской организации и врача, создание медицинской службы предприятия по принципу врача общей практики, имеющего специализацию по профмедицине, минимальное привлечение специалистов для профилактического осмотра работника. Основной задачей врача предприятия и в целом службы охраны здоровья - выявление профессиональных факторов риска на рабочем месте, влияющих на здоровье работника.

Ключевые слова: профилактическая медицина за рубежом, нейтрализация факторов профессиональных рисков на рабочем месте, обязательность и добровольность профилактических мероприятий.

BASIC ORGANIZATIONAL AND LEGAL PRINCIPLES OF PREVENTIVE MEDICINE ABROAD

Akulin I.M.,

MD, DSc, Professor, St. Petersburg State University,
Head of the Department of Healthcare Organization and Medical Law, St. Petersburg State University,
Russia, St. Petersburg,
e-mail: akulinim@yandex.ru, SPIN-код: 9115-1178

Belokolodova T.I.,

Candidate of Law, Associate Professor, Department of Civil Law and Procedure, Faculty of Law, St. Petersburg Branch of the National Research University Higher School of Economics.
Russia, St. Peterburg.
Моб.т.8-921-996-93-64, e-mail: akulinati@yandex.ru

Abstract: *This article analyzes the fundamental principles of foreign preventive medicine. Based on the recommendations of the WHO, the ILO, most countries conditionally divide preventive measures: firstly, into preventive medicine based on neutralizing unfavorable behavioral risk factors and maintaining a stable population tendency towards a healthy lifestyle (healthy lifestyle); and secondly, improving working conditions, im-*

proving jobs in terms of neutralizing occupational risks affecting the health of the worker. The basic principles of this approach are: voluntary nature, maximum limitation of the obligatory professional examinations, the right to choose a medical organization and a doctor by an employee, organization of the medical service of an enterprise on the principle of a general practitioner specializing in professional medicine, minimal involvement of specialists for a preventive examination of an employee. The main task of the doctor of the enterprise and of the health protection service in general is to identify occupational risk factors in the workplace that affect the health of the employee.

Key words: *preventive medicine abroad, neutralization of occupational risk factors in the workplace, the obligation and voluntariness of preventive measures.*

Анализируя принципы построения профилактической медицины за рубежом, законодательство, опыт передовых практик, ловишь себя на мысли, что все это уже встречалось в российском здравоохранении, утверждать этот вывод позволяет собственной многолетней практический, научный опыт, одного из авторов данной статьи, в том числе работы главным врачом на крупном предприятии Санкт-Петербурга в доперестроечный период, т.е. в эпоху СССР. Кроме того, отечественные принципы производственной медицины были заложены еще В.И. Лениным: “В стране, которая разорена, первая задача - спасти трудящегося! Первая производительная сила всего человечества есть рабочий, трудящийся. Если он выживет, мы все восстановим”.² Данное обращение было принято на вооружение отечественными основоположниками национальной системы здравоохранения такими известными врачами как: Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, В.А. Обух, И.В. Русаков, С.И. Мицкевич, В.М. Бонч-Бруевич, В.П. Лебедева и другие, имевшими знания по гигиене, эпидемиологии, работавшие до революции в том числе в земствах. Они возглавили борьбу с эпидемиями, детской смертностью, оздоровлению условий на рабочих местах, и пропаганде ЗОЖ среди населения в том числе на промышленных предприятиях.³

²Ленин В.И. Полн. собр. соч. – Т. 38. – 359 с.

³Обух В.К. К выполнению наказа // Еженедельник Мосгорздравотдела. – 1923. – № 43. – С.1-8.

В это период началось применение диспансерного метода с 1923 года, прежде всего в борьбе с профессиональными заболеваниями⁴, изучении условий труда и быта с точки зрения влияния их на состояние как самого больного, так и течения его болезни.⁵

Это был основополагающий принцип на долгие годы вплоть до 80-х годов, который позволил добиться ощутимых успехов в оздоровлении нации, и главное, позволил наладить уникальную систему профилактики производственных рисков на предприятии, создать систему медико-санитарных частей на предприятии, основной задачей, которых было диспансеризация рабочих занятых во вредных условиях труда, оздоровлении рабочих мест, создании реабилитационных площадок оздоровления в цехах (комнаты активного оздоровления, кислородные коктейли, барокамеры, соляные комнаты здорового сна, ингалятории и многое другое, что сегодня практически разрушено, и кажется безвозвратно).⁶

Одним из существенных оригинальных решений того времени было создание на всех предприятиях врачебно-инженерных бригад, которые вырабатывали совместные мероприятия во внедрению гигиенически обоснованных, доказанных медицинской практикой эффективных мер по охране здоровья трудящегося человека, прежде всего рабочих профессий, совершенствования рабочих мест. Профилактическим осмотрам уделялось большое внимание, но поскольку их проводили врачи собственных медсанчастей, и только иногда привлекались в необходимых случаях специалистов из ВУЗов и НИИ, это был реально высококвалифицированный осмотр, который с удовольствием принимался как работниками, так и работодателями. Все эти мероприятия подкреплялись четкими медицинскими рекомендациями, регламентирующими документами и строго контролировались службой СЭС по месту нахождения предприятия.

⁴Обзор работы МОЗ по организации и изучению профессиональной болезненности. // Ежедневник Мосгорздраотдела. – 1923. – № 29. – С. 16-18.

⁵Никитский С. К вопросу о последующем диспансерном наблюдении // Ежедневник Мосгорздраотдела. – 1925. – № 2. – С. 1109-1117.

⁶Акулин И.М. Автореферат дисс. к.м.н. Пути и методы повышения эффективности всеобщей диспансеризации работающих в радиоэлектронной промышленности. Москва, 1988 г.

тия. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) был включен в профилактические программы предприятия и входил в обязанность каждого врача медсанчасти промышленного предприятия. Вспоминается личное участие в профилактических мероприятиях для всех промышленных предприятий Ленинграда, через Центр профилактики Главного управления здравоохранения под девизом: «И здоровым нужна диспансеризация». Этот опыт приезжали изучать зарубежные специалисты, т.к. у многих из них возникало недоверие, в связи со всеобщностью данной работы под контролем Государства, слаженного рабочего союза инженеров и врачей, дешевизной и эффективностью профилактических мероприятий на промышленном предприятии. Не удивительно, что теперь мы наблюдаем применение этого опыта на зарубежных предприятиях, конечно, с использованием собственных особенностей организации системы здравоохранения и законодательства. В настоящее время наша страна только воссоставляет эти принципы профилактической медицины, как по месту жительства, так и на рабочих местах.

Чем же похожа в наше время зарубежная профессиональная медицина на предприятии на ту, советскую профилактическую, производственную медицину, каковы сходства и отличия.

Прежде всего, большинство стран мира постепенно переходят на принципы «национального здравоохранения», рекомендованные ВОЗ на 23й Всемирной ассамблее здравоохранения в 1970 г., которые учитывали и построены были на основе опыта советской системы здравоохранения,⁷ к этому времени окончательно сформировавшейся и окрепшей, с учетом опыта профилактической медицины, прежде всего производственной.⁸

В наши дни постепенно специалисты начинают активно использовать и значит признавать важную основополагающую роль достижений первого руководителя системы здравоохранения Семашко Н.А., признавая за ним основоположника профилактической,

⁷*Medicine and public health in the USSR and the Eastern bloc 1945–1991. 2015. URL: <http://www.cercec.fr/medicine-and-public-health-in-the-ussr-and-the-eastern-bloc1945-1991.html>.*

⁸*The Soviet Union: healthcare. 2016. URL: <https://nintil.com/the-soviet-union-healthcare/>.*

превентивной медицины.⁹ В этом смысле Н.А. Семашко – реформатор и его можно ставить рядом с Бисмарком – основоположником второй по распространенности страховой модели здравоохранения.¹⁰ Лорд Беверидж по сути повторил семашковские принципы здравоохранения в Великобритании, но авторство Семашко Н.А., как основоположника национальной системы здравоохранения в Великобритании так и не признали.

Однако, за рубежом в сфере профилактической медицины есть много положительных моментов, анализируя научные исследования, опыт эффективных и результативных практик.¹¹ Прежде всего, важно определиться с терминологией, говоря о профилактике в отечественном здравоохранении мы должны понимать, что в зарубежном близким по значению можно найти «preventive healthcare» - превентивная медицина, или preventive medicine и prophylaxis.¹²

За рубежом считается, что профилактическая медицина это комплекс мер по предотвращению заболеваний, нечто противоположное лечению.¹³ Термин «первичная профилактика», был введен в 1940 Н. Leavell и Е. Clark¹⁴

За рубежом в стратегии профилактики выделяют несколько уровней (в РФ 3 уровня): допервичная (primal), первичная (primary), вторичная (secondary), третичная (tertiary) и четвертичная (quaternary) профилактика.

⁹Шейман И. М. Тернистый путь от системы Семашко к новой модели здравоохранения. *Бюллетень ВОЗ* 2013; 91(1–6): 31–33. Sheyman I. M. *The thorny path from the Semashko system to a new healthcare model. Byulleten' VOZ* 2013; 91(1–6): 31–33.

¹⁰Strickland C. *Preventive medicine, soviet-style*. URL: <https://www.nytimes.com/1990/06/17/nyregion/preventive-medicine-soviet-style.html>.

¹¹Goldston S. E. *Concepts of primary prevention: a framework for program development*. Sacramento, California Department of Mental Health; 1987.

¹²World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. 2013. URL: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>.

¹³Galama T. J., van Kippersluis H. *Health inequalities through the lens of health capital theory: issues, solutions, and future directions*. *Research on Economic Inequality* 2013; 21: 263–284, [https://doi.org/10.1108/S1049-2585\(2013\)0000021013](https://doi.org/10.1108/S1049-2585(2013)0000021013).

¹⁴Preventive health care. URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/001921.htm>.

Допервичная профилактика появилась на основе концепции 4 Р, о которой мы уже писали в предыдущих статьях.¹⁵

Первичная профилактика (health promotion) или в РФ «формирование здорового образа жизни», это мероприятия по формированию здорового образа жизни, при этом важно подчеркнуть, что за рубежом часто встречается и равнозначный термин (life choices), «жизненный выбор», тем самым подчеркивается свобода выбора населением – выбираешь здоровый образ жизни или нет, твое дело, и твое право! Все это должно формировать ощущение психологического благополучия (well-being).¹⁶ Специфическая профилактика нацелена на определенную группу заболеваний.¹⁷ Например, за рубежом к обязательным осмотрам (но не навязанным, рекомендательным) можно отнести измерение А/Д; исследования на гипергликемию, гиперхолестеринемия; обследование на колоректальный рак, ВИЧ, половые инфекции маммографию, скрининг рака шейки матки, скрининг на остеопороз; специальные исследования на наличие депрессии (далеко не во всех странах), данная практика в РФ отсутствует.¹⁸

Таким образом, **первичная профилактика** направлена на первопричину заболевания или травмы, а вторичная – на раннее выявление и лечение, в этом наше понимание профилактики совпадает с зарубежными исследователями.

Третичная профилактика направлена на уменьшение обострений хронических заболеваний и травм, предотвращение инвалидности, сохранение остаточной трудоспособности и на реабилитационные мероприятия, например, с целью восстановлению частично или пол-

¹⁵ *Прогресс медицины и право. Акулин И.М., д.м.н., Белоколодова Т.И., XII ежегодная научно_практическая конференция «Медицина и право в XXI веке», 25_26 декабря 2020 года. Сборник трудов (дополнительные материалы) – СПб.: Нордмедиздат – Санкт_Петербург, 2021 – 112 с.*

¹⁶ *World Health Organization. The European health report 2012: charting the way to well-being. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf.*

¹⁷ *World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. World cancer report 2014. WHO Press; 2015.*

¹⁸ *Preventive health care. URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/001921.htm>.*

ностью утраченных функций организма, или уменьшению боли, восстановлению функций самообслуживания. В этом смысле за рубежом эти мероприятия хорошо организованы и носят социализированный характер с помощью системы социальных работников.¹⁹

В Германии профилактические меры по укреплению здоровья разрабатываются как правительственными организациями, так и местным самоуправлением. Организация и финансирование профилактических мер, вакцинация, скрининг, регулируются Кодексом социального права в статусе федерального закона. В Кодексе указывается, что органы местного самоуправления несут ответственность за профилактику и укрепление здоровья, которые затем поручают поставщикам медицинских услуг посредством договоров и соглашений.

Национальный план действий в области здравоохранения (healthtargets.de) объединяет все эти меры. Коалиционное соглашение Федерального правительства Германии от 2013 г. содержит ключевые аспекты профилактики и укрепления здоровья в виде улучшения мер вмешательства в таких учреждениях, как школы, детские сады, медицинские организации и дома престарелых (Deutsche Bundesregierung, 2012).²⁰

Бундестаг в 2015 г. принял Закон о профилактической медицине (Preventive Health Care Act)²¹, который является основным руководящим актом в сфере превентивной медицины, включающий меры по использованию как личных, социальных и материальных ресурсов для снижения факторов рисков болезней и поддержанию уже больных.²² Основные проблемы для Германии ук-

¹⁹ Gluckman P.D. *Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. The N Engl J Med* 2008; 359: 65–73.

²⁰ Robert Koch Institute. *Health in Germany. Federal health reporting. Joint service by RKI and Destatis. RKI, Berlin; 2015.*

²¹ Thelen M., Scheidt-Nave C., Schaeffer D., Bliher S., Nitsche-Neumann L., Saß A.C., Herweck R. *National health target “healthy ageing”. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2012.

²² Maschewsky-Schneider U., Goecke M., Hölscher U., Kolip P., Kuhn A., Sewöster D., Zeeb H. *Selection of a new health target for Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56(9): 1329–1334, <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1805-3>.

репления здоровья и профилактики это: хронические заболевания, поведенческие факторы риска, меняющийся возрастной спектр населения, изменения условий труда, а также устранение неравенства.²³

Главными в соответствии с этим актом являются: удвоение расходов на профилактику и укрепление здоровья за счет средств страхования до 490 млн. евро (4% расходов на здравоохранение); ранняя диагностика у детей, подростков и взрослых; программа «Здоровые ясли, здоровая школа, здоровая работа и здоровый дом престарелых»; поддержка неблагополучных семей (в частности, неполных семей); **оздоровление рабочих мест, особенно в небольших и средних фирмах.**

Профилактика болезней и поощрение здорового образа жизни являются одной из ключевых задач больничных касс Германии. Этого не скажешь о нашей страховой системе и роли частных страховых организаций в системе ОМС, их влияние в вопросах оздоровления россиян крайне низка.

С точки зрения охраны здоровья в Германии приоритет отдается оздоровлению рабочих мест, а не профосмотрам, которые носят в большинстве случаев добровольный характер. Но при этом, ответственность лежит на самом работнике и ему предоставляется право заявить о своих проблемах со здоровьем, если он предполагает, что имеется связь, по мнению работника, с неблагоприятными условиями труда на рабочем месте. Профилактическая медицина строится на основе работы врача промышленного предприятия, который помимо квалификации по общеврачебной практике имеет профессиональную квалификацию врача в области профмедицины. На этих же условиях строилась и промышленная медицина на советских предприятиях. Так как советский цеховой врач всегда имел удостоверение повышения квалификации по вопросам промышленной медицины в рамках дополнительных программ повышения уровня подготовки в государственных институтах дальнейшего повышения квалификации врачей (ГИДУВ). Этого вполне было достаточно для

²³ *The German prevention act in the spotlight. A future model for health equity in other member states? URL: <https://eurohealthnet.eu/media/news-releases/german-prevention-act-spotlight-futuremodel-health-equity-other-member-states>.*

раннего выявления первоначальных симптомов профессионального заболевания, связанного с опасными производственными и профессиональными рисками.

Не останавливаясь подробно на организации профессионального наблюдения за состоянием здоровья на предприятиях Германии, подчеркнем, его главный принцип: оздоровление рабочих мест, меры по нейтрализации опасных факторов ухудшающих гигиену рабочих мест, оценка рабочих мест с точки зрения влияния на работника с целью предупреждения профессиональных заболеваний. Если работник имеет заболевания не имеющих отношения к профессиональному воздействию, то работодатель и промышленный врач не имеет право отстранять или ущемлять прав работника (принцип врачебной тайны) и право на продолжения профессиональной деятельности работника, это касается даже лиц имеющих инвалидность. Лишние профосмотры и особенно с привлечением специалистов в таких условиях просто не нужны, но если такая необходимость появится, то врач предприятия имеет право направить в такую медицинскую организацию, которую выберет работник. Приоритет выбора всегда остается за работником, так как свобода этого выбора гарантируется многочисленными законодательными актами Германии.

Кратко остановимся на других странах и их роли в профилактических мероприятиях населения.

В Норвегии государственные акты принимаемые Парламентом в сфере профилактической медицины (**превентивной медицины**) являются обязательными на всей территории Норвегии.²⁴

Закон об общественном здравоохранении 2012 года поставил основные достижимые цели снижения социального неравенства в здравоохранении: справедливость в здравоохранении; здоровье во всех государственных стратегиях; устойчивое развитие; принцип предосторожности (нейтрализации предполагаемого риска причинения вреда общественности или окружающей среде); соучастие (поощ-

²⁴ Holte H. H., Underland V., Hafstad E. *Review of systematic reviews on prevention of falls in institutions. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2015. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390564>.*

рение участия гражданского общества к разработке политик общественного здравоохранения).²⁵

В Норвегии доля государственного финансирования медицинских услуг на душу населения — одна из крупнейших в мире. Государственные расходы на здравоохранение в настоящее время составляют около 7,9% ВВП, а частные — 1,7%. Бульшая часть расходов на здравоохранение приходится на лечебную помощь в больницах. На местном уровне большинство расходов на здравоохранение связано с услугами по уходу. В 2009 г., 3,3% общих расходов на здравоохранение было направлено на профилактику.²⁶

Организация профилактических мероприятий на промышленных предприятиях построена по германскому принципу: оздоровление рабочих мест в приоритете профилактических мероприятий, а медицинское обслуживание построено на общеврачебной практике по месту жительства и выявлении жалоб работника на проблемы со здоровьем связанные, по его мнению, с влиянием неблагоприятных факторов на рабочем месте. Таким образом, в Норвегии придерживаются принципов охраны здоровья работников на основе директив МОТ, но с учетом права выбора работника и обязанностей работодателя следить за охраной здоровья через соблюдение требований к рабочему месту и соблюдения всех норм гигиенических и профилактике опасных факторов способствующих нанести вред здоровью работника.

Аналогичным образом построена система профилактических мероприятий в Нидерландах, прежде всего через меры соблюдения ЗОЖ и укрепления здоровья как на национальном уровне, так и местном муниципальном.²⁷

²⁵ *The Norwegian Public Health Act 2012 No.29*. URL: <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/documents/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st34-20122013-3/12>.

²⁶ *Norwegian Ministry of Health and Care Services. NCD-Strategy 2013-2017. For the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of four noncommunicable diseases: cardiovascular disease, diabetes, COPD and cancer. Norwegian Government; 2013*. URL: http://www.regjeringen.no/pages/38449517/ncd_strategy_060913.pdf.

²⁷ *Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J., van Ginneken E. Netherlands: health system review. Health Syst Transit 2016; 18(2): 1-240*.

Начиная с 1993 года Национальный институт общественного здоровья и окружающей среды (RIVM) раз в 4 года представляет отчет о состоянии и прогнозе состояния здоровья (PHSF), с 1993 г., дает прогноз развития ситуации на будущие периоды. Существуют национальные программы по укреплению здоровья населения, предупреждению несчастных случаев и травм, рационального питания, пропаганды занятий спортом, поддержания здоровья мигрантов, борьбы с инфекциями передающиеся половым путем, ВИЧ, укрепления психического здоровья, борьбы с наркоманией и др.

Профилактика производственных рисков поддерживается коммерческими организациями в рамках государственно-частного партнерства, путем финансирования мер по укреплению здоровья в пищевой промышленности, супермаркетов, спортивных центров. Эту работу возглавляет Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM).²⁸

В муниципальном меморандуме о местной политике указан перечень мероприятий, которые касаются мер первичной профилактики, укрепления здоровья через соблюдение ЗОЖ. Закон о здравоохранении Нидерландов обязывает национальное правительство, муниципалитеты поддерживать программы общественного здравоохранения и профилактики каждые 4 года.²⁹ Эти мероприятия включают такие разделы: экологическое здоровье; социально-медицинские консультации; **периодические санитарные проверки**; санитарное просвещение; психическое здоровье сообщества.

В Нидерландах действует основной национальный проект «Здоровье, близкое к людям», который сформирован Национальным институтом общественного здравоохранения и окружающей среды,³⁰ а также Национальная программа профилактики (The National Pre-

²⁸ Berden H. J., van Laarhoven C. J., Westert G. P. Increasing healthcare costs in the Netherlands: the doctor's role. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2012; 156(47): A5352.

²⁹ Rijkers-de Boer C. J. M., Heijmans A., van Nes F., Abma T. A. Professional competence in a health promotion program in the Netherlands. *Health Promot Int* 2017; 33(6): 958–967, <https://doi.org/10.1093/heapro/dax033>.

³⁰ Ministry of Public Health, Welfare and Sport. *Healthcare in the Netherlands*. URL: https://www.eiseverywhere.com/fileuploads/0f57b7c2d0d94ff45769269d50876905_P4-HealthcareintheNetherlands.pdf.

vention Program “Everything is Health”). В последние годы общие расходы на профилактику и укрепление здоровья оценивались в 13 млрд. евро, из них 10 млрд. были израсходованы вне системы здравоохранения (безопасность движения, предотвращение загрязнения воздуха), 500 млн. потрачены на формирование здорового образа жизни, около 2,5 млрд. направлено на безопасность продуктов, защиту от инфекционных заболеваний, национальные программы скрининга и ряд исследовательских программ.³¹ Основные средства профилактических программ в Нидерландах это страховые фонды.

В США слабо выражены стимулы к налаживанию взаимодействия разных служб здравоохранения, поскольку, «за это не платят» (Halvorson, 2009, p. 5)³². По опыту медико-страховой организации, лидеру в осуществлении интеграционных процессов «Кайзер Перманенте», методы оплаты ориентируют на оказание фрагментарных услуг и не стимулируют повышение уровня преемственности лечения в США, тем более координации усилий в профилактических услугах в здравоохранении.

Правительство США в последние годы рассматривает интеграцию как фактор сдерживания затрат и повышения качества медицинской помощи. Профилактические мероприятия для населения являются исключительно правом выбора самих американцев. Соблюдение ЗОЖ, профилактика первичная, вторичная профилактика является также правом для населения, а не обязанностью государства и работодателя. Анализируя принципы организации защиты здоровья на американском предприятии, обращает на себя внимание похожая тенденция на Германию: создание врачебных служб ориентированных на оказание первой неотложной помощи в случае травм и анализа заболеваемости трудящихся с точки зрения связи с профессиональными факторами на рабочем месте. Использование дорогостоящих профосмотров не практикуется, профпатологи (врачи общей практики имеющие подготовку по промышленной медицине) главные фигуры на про-

³¹ *The Commonwealth Fund. International profiles of health care systems.* URL:http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2010/jun/1417_squires_intl_profiles_622.pdf.

³² https://ru.abcdef.wiki/wiki/George_Halvorson

изводстве.

В 2010 году начались интеграционные процессы для снижения затрат и налаживания преемственности между отдельными звеньями поставителей медицинских услуг (вначале в рамках одной страховой группы) в дальнейшем в рамках государственной Программы «Медикер» т.н. «подотчетных медицинских организаций» (accountable care organizations) – сети врачебных практик и больниц, которые принимают общую ответственность за качество и стоимость медицинской помощи для определенной группы пациентов. Эта тенденция позволяет развивать профилактические программы, однако, только с целью снижения затрат и выявления факторов риска, способствующих ухудшению заболеваемости и недопущению удорожанию услуг.

Любопытно, что замысел авторов американской концепции касающейся развития интеграции различных звеньев здравоохранения заключается в том, чтобы передать больницам функции главного интегратора и координатора, отвечающей за все звенья оказания американцам медицинской помощи, что удивительным образом напоминает эксперимент в СССР по передаче функции «платильщика» и координатора поликлинике или объединении амбулаторно-поликлинических учреждений (ТМО – территориально-медицинские объединения). В этих условиях профилактические мероприятия являются необходимым условием сдерживания затрат, т.к. с каждым случаем заболевания теряются большие средства из общего объема финансов, переданных в управление «платильщику» (в СССР – ТМО, в США – экспериментальная больница, координатор). Таким образом, профилактические мероприятия должны быть в том числе и финансово оправданными, а значит, эффективными и не несут формальный характер. ПМСП должна занимать центральное место в этой системе, и замыкаться на ВОП, т.к. концентрируется вся информация о состоянии постоянно обслуживаемого населения, выделяются группы риска, проводятся скрининговые программы, ведется основная работа с больными хроническими заболеваниями.

При этом остается не решенным очень сложный вопрос - способно ли Правительство США изменить существующую систему, основанную на экономической целесообразности любых меропри-

ятий в здравоохранении, в том числе и профилактических, есть ли заинтересованность медицинских организаций в реформаторских подходах, особенно крупных больниц к созданию интегрированных систем с новыми экономическими стимулами, возможно ли реализовать в США хотя бы в рамках государственных программ здравоохранения подобную интеграцию. Как при этом определить роль доверенного врача для пациента и работника предприятия, который вынужден скрывать свои заболевания с тем, чтобы не потерять работу или заработок в привычном объеме. Тем более, что именно в США возникла правильная идея оздоровления рабочих мест с целью снижения заболеваемости, но при этом, думая о повышении производительности труда на капиталистическом предприятии. Речь идет о Джоне Паттерсоне (1844 – 1922), основателе промышленной корпорации NCR, его идея «фабрики дневного света» в 1893 году воплотилась в остеклении от пола до потолка производственных помещений и возможность доступа свежего воздуха, также он ввел ежедневную утреннюю физическую зарядку для рабочих.

В России Савва Морозов (1862-1905), строил больницы для рабочих, боролся с пьянством, ввел бесплатное питание, вакцинацию, стоматологическое обслуживание, 9 часовой рабочий день, и что, удивительно, пожалуй, первый ввел контроль гигиенических условий на рабочих местах путем создания специального Совета, где были и медицинские работники, что-то вроде врачебно-инженерной бригады.

Таким образом, рабочие места главная точка охраны здоровья трудящихся и здоровый образ жизни, источники улучшения производительности труда появились уже в 19 веке.

Однако, эти инициативы были единичны без поддержки Государства, например, в США (Reardon, 1998)³³ профилактические программы появились только начиная с 1970 годов, в результате государственного регулирования, и то благодаря вмешательству общественных организаций в защиту охраны труда и профилактики за-

³³ <https://www.takzdorovo.ru/profilaktika/obraz-zhizni/istoriya-profilakticheskikh-programm-v-rossii-i-za-rubezhom/>

болеваний. В США – National Wellness Institute³⁴ назвал 6 уровней в профилактических программах (физический, ментальный, социальный, профессиональный, смысловой и интеллектуальный), что в общем-то ничего нового не имеет и полностью соответствует принципам ВОЗ.

Принятый ВОЗ «Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг.» также предусматривал разработку политических инструментов по сохранению и укреплению здоровья на рабочем месте. Возникает вопрос о соответствии терминологии, законодательства и практики в области охраны здоровья работников в России международным стандартам и передовому опыту.³⁵

Специалисты часто спорят, что первично на производстве – здоровье или безопасность. За рубежом предпочтение отдается термину «здоровье». В законе Великобритании «Health and Safety at Work etc Act 1974» («Здоровье, безопасность и благополучие в связи с работой ...») и в стратегии «Здоровье и безопасность в Великобритании в 21 столетии» это четко прослеживается. Существующие инспекторы по здоровью и безопасности (HSE) ориентируются на следующую норму: «Обязанностью каждого работодателя должно быть обеспечение, насколько это практически реально, здоровья, безопасности и благополучия на работе для всех его работников».³⁶ Тенденция в Великобритании к упрощению мероприятий по охране здоровья трудящихся, но строго соблюдая законодательство.³⁷

³⁴ <https://nationalwellness.org/>

³³ <https://www.takzdorovo.ru/profilaktika/obraz-zhizni/istoriya-profilakticheskikh-programm-v-rossii-i-za-rubezhom/>

³⁴ <https://nationalwellness.org/>

³⁵ ВОЗ. *Здоровье работающих: глобальный план действий. 60-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. WHA 60.26. 23 мая 2007 г.*

³⁶ *Health and Safety at Work etc Act 1974* / URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1974/37/data.pdf>

³⁷ Lofstedt R.E. *Reclaiming health and safety for all: An independent review of health and safety legislation. Presented to Parliament by the Secretary of State for Work and Pensions by Command of Her Majesty. The Stationery Office Ltd, 2011. 110 pp.* / [Электронный ресурс] / URL: <http://www.dwp.gov.uk/docs/lofstedt-report.pdf>

В некоторых странах тенденция последних лет в создании собственной врачебной службы на работе. Например, в США, можно привести пример борьбы за снижения риска профессионального заболевания и смертности, укрепления здоровья – «Стандарт комплексной профессиональной медицинской программы для пожарных частей» NFPA1582-2007 (стандарт ANSI) путем следующих мероприятий: организации работы врача пожарной части (лицензированного терапевта или остеопата); координатора по здоровью и фитнесу (под руководством врача); комитета по здоровью и безопасности (группа работников части); администратора по здоровью и безопасности.³⁸

В США стоимость невыделенных профзаболеваний и травм оценивали в 587 – 1110 млн евро, из них на травмы приходится лишь 99 млн евро, из-за недостатка врачей дозволено среднему медперсоналу принимать жалобы об ухудшении здоровья связанного с недостатками рабочих мест и подозрении в связи с этим на профзаболевание.³⁹ Это свидетельствует о том, что вполне достаточно медицинской службы предприятия, которое постоянно находится в контакте с работниками, а не использование дорогостоящих профосмотров.

Несмотря на то, что транснациональные компании постоянно работают над проблемой сокращения непрофильных активов, они все-таки, с целью охраны здоровья работников и безопасности на рабочих местах, вынуждены создавать новые организационно-правовые формы с участием медицинских работников. Так например, в нефтегазовом секторе Северной Европы только медицинский советник (medical adviser) решает проводить или нет медосмотры.⁴⁰ Роль медицинского работника (советника) на зарубежном промышленном предприятии в настоящее время возрастает.

³⁸ NFPA 1582. *Standard on Comprehensive Occupational Medical Program for Fire Departments. 2007 Ed. National Fire Protection Association (approved as an American National Standard on August 17, 2006).* – 72 pp. URL: http://www.nfpa.org/aboutthecodes/AboutTheCodes.asp?DocNum=T582&cookie_test=1.

³⁹ *Rapport de la commission N. Diricq institue par l'article L. 176-2 du Code de la Securite Sociale (relative revaluation du cout de la sous-declaration des maladies professionnelles).* Juin 2011. 171 pp. / URL: <http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport-commission-diricq2011.pdf>.

⁴⁰ Денисов Э.И., Прокопенко А.В., Степанян И.В., Чесалин П.В. // *Мед. труда.* 2011. № 12. С. 6-11

Заключение

Таким образом, зарубежная служба охраны труда не прибегает к системе организации профосмотров по типу аутсорсинга, предпочитая постепенно развивать свою службу медицинских советников и врачей общей практики со специализацией профпатолога, а также средних медработников. Большое внимание уделяется безопасности рабочих мест. Работодатель развивает программы здорового образа жизни (ЗОЖ) с целью укрепления здоровья трудящихся и нейтрализации факторов риска, способствующих ухудшению здоровья во время рабочего процесса на предприятии. Проблемы кадрового дефицита, старение населения, ограниченные финансовые ресурсы зарубежных государств в сфере социальной защиты населения, способствуют принятию мер более гибкого подхода к медицинским мероприятиям на производстве, оценке профпригодности, участию медработников предприятия в улучшении рабочих мест с точки зрения негативного влияния на здоровье.

Воссоздание медицинской службы на российских предприятиях, по нашему мнению, будет способствовать улучшению здоровья трудящихся, снижению затрат на малоэффективные профилактические осмотры. Основой для дальнейших программ в сфере профилактики здоровья как в повседневной жизни, так и на рабочих местах должна стать работа по эффективной пропаганде ЗОЖ, которая не может навязываться населению, а приниматься осознанно, по доброй воле, основываясь на современном законодательстве РФ.

Использованная литература

1. Акулин И.М. Автореферат, дисс. к.м.н. Пути и методы повышения эффективности всеобщей диспансеризации работающих в радиоэлектронной промышленности. Москва, 1988 г.
2. Акулин И.М., д.м.н., Белоколодова Т.И., Прогресс медицины и право. XII ежегодная научно_практическая конференция «Медицина и право в XXI веке», 25_26 декабря 2020 года. Сборник трудов (дополнительные материалы) – СПб.: Нордмедиздат – Санкт_Петербург, 2021 – 112 с.
3. ВОЗ. Здоровье работающих: глобальный план действий. 60-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. WHA 60.26. 23 мая 2007 г

4. Денисов Э.И., Прокопенко А.В., Степанян И.В., Чесалин П.В. // Мед. труда. 2011. № 12. С. 6-11.
5. Ленин В.И. Полн. собр. соч. - Т. 38. - 359 с.
6. Обзор работы МОЗ по организации и изучению профессиональной болезненности. // Еженедельник Мосгорздравотдела. - 1923. - № 29. - С. 16-8.
7. Шейман И. М. Тернистый путь от системы Семашко к новой модели здравоохранения. Бюллетень ВОЗ 2013; 91(1–6): 31–33. Sheyman I. M. The thorny path from the Semashko system to a new healthcare model. Byulleten' VOZ 2013; 91(1–6): 31–33.
8. Beerheide R. Gemeinsamer Bundesausschuss: Ringen um die Gestaltungsmacht. Deutsches Drzteblatt 2017; 114: A58–A60.
9. Berden H. J., van Laarhoven C. J., Westert G. P. Increasing healthcare costs in the Netherlands: the doctor's role. Ned Tijdschr Geneesk 2012; 156(47): A5352.
10. Holte H. H., Underland V., Hafstad E. Review of systematic reviews on prevention of falls in institutions. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2015. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390564>.
11. Medicine and public health in the USSR and the Eastern bloc 1945–1991. 2015. URL: <http://www.cercec.fr/medicine-and-public-health-in-the-ussr-and-the-eastern-bloc1945-1991.html>.
12. The Soviet Union: healthcare. 2016. URL: <https://nintil.com/the-soviet-union-healthcare/>
13. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. 2013. URL: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>.
14. Ministry of Public Health, Welfare and Sport. Healthcare in the Netherlands. URL: https://www.eiseverywhere.com/fileuploads/0f57b7c2d0d94ff45769269d50876905_P4-HealthcareintheNetherlands.pdf.
15. NFPA 1582. Standard on Comprehensive Occupational Medical Program for Fire Departments. 2007 Ed. National Fire Protection Association (approved as an American National Standard on August 17, 2006). – 72 pp. URL: http://www.nfpa.org/aboutthecodes/AboutTheCodes.asp?DocNum=T582&cookie_test=1.
16. Robert Koch Institute. Health in Germany. Federal health reporting. Joint service by RKI and Destatis. RKI, Berlin; 2015.



МЕРЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И СПЕЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА¹

Дивеева Н.И.,

профессор СПбГУ, доктор юридических наук;
кафедра трудового и социального права
Санкт-Петербургского государственного университета,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
e-mail: diveevanelly@gmail.com

***Аннотация.** В статье рассматриваются правовые проблемы реализации мер профилактической медицины в форме прохождения работниками обязательных медицинских осмотров. Автором подчеркивается, что факторы риска здоровья/нездоровья работника, его работоспособность являются не общими, а профессиональными, обусловленными конкретной работой. В этой связи и перечень медицинских вмешательств (исследований), которые необходимо осуществлять в ходе таких осмотров, проводимых за счет средств работодателя, должен соответствовать данному целеполаганию.*

Кроме того, в статье определяются проблемы правоприменительной практики, находящиеся на стыке организации обязательных медицинских осмотров работников и использования результатов специальной оценки условий труда.

***Ключевые слова:** обязательный медицинский осмотр, меры профилактики медицины, специальная оценка условий труда, факторы профессионального риска.*

PREVENTIVE MEDICINE MEASURES IN THE WORKPLACE AND SPECIAL ASSESSMENT OF WORKING CONDITIONS

Diveeva Nelli I.

Professor at the Department of Labor and Social Law,
St. Petersburg State University, Doctor of Law,
St. Petersburg, Russian Federation; e-mail: diveevanelly@gmail.com

***Annotation.** The article is devoted to the legal problems of the implementation of preventive medicine measures in the form of mandatory med-*

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.

ical examinations by employees. The author emphasizes that the risk factors of an employee's ill health and his working capacity are not general, but professional, which is due to the conditions of a particular job. The necessary list of medical interventions (studies) should correspond to this goal-setting, because these interventions are carried out at the expense of the employer.

The article defines the problems of law enforcement practice that are at the junction of the organization of mandatory medical examinations of employees and the use of the results of a special assessment of working conditions.

Keyword: *mandatory medical examination, preventive medicine measures, special assessment of working conditions, occupational risk factors.*

1. Введение.

Статья 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее - Закон об охране здоровья) определяет медицинские осмотры как комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Трудовое законодательство РФ, следуя традициям, относит проведение обязательных медицинских осмотров² к сфере охраны труда как системе сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности на каждом рабочем месте (ст. 209, 212 ТК РФ).

К сфере охраны труда относится и проведение работодателем специальной оценки условий труда (ст. 212 ТК РФ), которая понимается как “единый комплекс последовательно осуществляемых мероприятий по идентификации вредных и (или) опасных факторов производственной среды и трудового процесса и оценке уровня их воздействия на работника с учетом отклонения их фактических значений от установленных нормативов (гигиенических нормативов) условий труда и применения средств индивидуальной и коллективной защиты работников”³. По результатам проведения спе-

² В фокусе настоящей статьи находится исключительно анализ обязательных медицинских осмотров.

³ Ст. 3 Федерального закона от 28.12.2013 N 426-ФЗ “О специальной оценке условий труда”.

циальной оценки условий труда устанавливаются классы (подклассы) условий труда на рабочих местах.

Таким образом, необходимо уяснить, на сколько названные меры охраны труда коррелируют между собой, способствуя превентивному сохранению жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности на каждом рабочем месте.

2. Факторы риска, подлежащие профилактике.

Профилактика (в том числе применительно к медицине) представляет собой комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Согласно Приказу Минздрава России от 28.01.2021 N 29н⁴ целями обязательных медицинских осмотров работников являются:

- выявление медицинских противопоказаний у работников к осуществлению поручаемой работы (как для предварительных, так и периодических медицинских осмотров);

- динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников для формирования групп риска развития у них профессиональных заболеваний, в том числе, через анализ признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса (для периодических медицинских осмотров).

Если следовать букве Трудового кодекса РФ (ст. 213), положениям названного Приказа Минздрава России, то необходимо констатировать, что меры профилактической медицины в форме обязательного медицинского осмотра работников не направлены на наблюдение за состоянием здоровья работников в целом⁵, а имею

⁴ *“Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры”.*

⁵ *Для этого имеются иные механизмы, например, смотри: Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н “Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения”.*

целью наблюдение за состоянием здоровья конкретного работника применительно к конкретной поручаемой работе, применительно к конкретному рабочему месту. Поэтому логично, что обязательные медицинские осмотры проходят не все, а только отдельные категории работников⁶, условия труда которых имеют серьезную специфику (ст. 213 ТК РФ)⁷.

То есть, для работодателя в сфере охраны труда факторы риска здоровья/нездоровья работника, его работоспособность являются не общими, а профессиональными и должны быть сопряжены исключительно с конкретной поручаемой работнику работой на конкретном рабочем месте. В этой связи и перечень медицинских вмешательств (исследований), которые необходимо осуществлять в ходе таких осмотров, проводимых за счет средств работодателя, должен соответствовать данному целеполаганию.

Что касается специальной оценки условий труда, то факторами риска, подлежащими идентификации и оценке являются вредные и (или) опасные факторы производственной среды и трудового процесса, воздействующие на работника. Подобные риски являются профессиональными, они не презюмируются какими либо обстоятельствами, а подлежат выявлению в ходе специальной процедуры, проводить которую обязаны все работодатели.

Согласно ст. 7 Федерального закона от 28.12.2013 N 426-ФЗ "О специальной оценке условий труда" результаты проведения специальной оценки условий труда могут применяться для:

- организации (в случаях, установленных законодательством) обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников;

⁶ *Исключение установлено только для несовершеннолетних, которые проходят обязательные предварительные медицинские осмотры при заключении трудового договора на выполнение любых видов работ.*

⁷ *Приказ Минтруда России N 988н, Минздрава России N 1420н от 31.12.2020 "Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры".*

- решения вопроса о связи возникших у работников заболеваний с воздействием на работников на их рабочих местах вредных и (или) опасных производственных факторов.

Таким образом, одним из итогов проведения специальной оценки условий труда является определение категорий работников, подлежащих обязательным медицинским осмотрам.

3. Меры профилактической медицины на рабочем месте и специальная оценка условий труда: проблемы правоприменения

Приказом Минтруда России N 988н, Минздрава России N 1420н от 31.12.2020 утверждены перечни вредных и (или) опасных производственных факторов, которые влияют на здоровье работников. Подобные факторы классифицируются в ходе специальной оценки условий труда по уровню своего воздействия, превращаясь в классы (подклассы) условий труда на рабочих местах - оптимальные условия труда (1 класс), допустимые условия труда (2 класс), вредные условия труда (3 класс, 1-4 степени), опасные условия труда (4 класс).

До издания Приказа Минздрава России от 28.01.2021 N 29н действовал Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н, согласно которому обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам подлежали работники, у которых на рабочих местах выявлялись поименованные вредные и (или) опасные производственные факторы.

Но, согласно ст. 14 Федерального закона от 28.12.2013 N 426-ФЗ "О специальной оценке условий труда", подобные вредные и (или) опасные производственные факторы фактически могут присутствовать во всех классах условий труда (даже в 1 и 2 классе), но различаются по уровню воздействия. В этой связи по формальным признакам под обязательные медицинские осмотры попадали не только работники с вредными и опасными условиями труда, но и работники с допустимыми условиями труда (2 класса). Такая путаница на практике вызывала судебные споры⁸, независимо от того, что Федеральная служба Роспотребнадзора Письмом от 19 июня 2015

⁸ См., например: *Решение Краснотурьинского городского суда Свердловской области № 12-60/2020 от 19 ноября 2020 г. по делу № 12-60/2020.*

г. № 01/7015-15-31 определила, что «...в случае если класс условий труда 2 – допустимый, то по данному фактору медицинский осмотр не проводится».

На сегодняшний день само по себе наличие вредных и (или) опасных производственных факторов не ведет к необходимости осуществления мер профилактической медицины в форме обязательного медицинского осмотра работников. Согласно Приказу Минздрава России от 28.01.2021 N 29н обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам подлежат работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. В этой связи роль и значение специальной оценки условий труда возрастают для целей превентивной медицины.

Остается нерешенным ряд проблем нормативного и практического характера в вопросах корреляции между собой мер профилактической медицины в форме обязательного медицинского осмотра работников и специальной оценки условий труда.

Так, работодатель должен составлять поименные списки работников, подлежащих обязательным периодическим медицинским осмотрам, и направлять их в медицинскую организацию, проводящую медицинский осмотр. Согласно Приказу Минздрава России от 28.01.2021 N 29н в этих списках указываются: фамилия, имя, отчество (при наличии) работника; профессия (должность) работника, стаж работы в ней; наименование структурного подразделения работодателя (при наличии); наименование вредных производственных факторов или видов работ. Однако, необходимые данные, характеризующие класс условий труда, степень их вредности, работодатели не обязаны предоставлять, что не позволяет вносить эти сведения в «паспорт здоровья работника», а также заключительный акт по итогам периодических медицинских осмотров для установления причинно-следственных связей развития заболеваний с условиями труда⁹. В конечном итоге это не способствует превентивному сохранению жизни и здоровья работников в процессе их трудовой деятельности, обеспечению прав работников на

⁹ Прокопенко Л.В., Соколова Л. А. *Современные проблемы проведения периодических медицинских осмотров и оценки здоровья работающего населения по их итогам // Экология человека 2012. №11. С. 27-32.*

рабочие места, соответствующие государственным нормативным требованиям охраны труда.

Использованная литература

1. Прокопенко Л.В., Соколова Л. А. Современные проблемы проведения периодических медицинских осмотров и оценки здоровья работающего населения по их итогам // Экология человека 2012. №11. С. 27-32.



Медицина и право в XXI веке:
XIII ежегодная научно-практическая конференция

Нордмедиздат

978-5-98306-168-2



Подписано в печать 18.11.2021 г. Печать цифровая
Отпечатано в типографии “Турусел”. Санкт-Петербург, пр.Попова, д.38
Тираж 50 экз. Заказ №14000