

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>.

Допривичная 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%. Большая 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 Geneesk* 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 производстве.

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

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 носят 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.

