
С А Н К Т - П Е Т Е Р Б У Р Г С К И Й
Г О С У Д А Р С Т В Е Н Н Ы Й У Н И В Е Р С И Т Е Т

СОЦИАЛЬНЫЕ,
КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ
И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ

монография

ПОД РЕДАКЦИЕЙ В.Ф. ЩЕПЕЛЬКОВА



Центр современной литературы и книги
Санкт-Петербург
2022

УДК 34
ББК 67.408

Социальные, криминологические и правовые проблемы профилактической медицины : монография / И.В. Акулин, В.К. Бурлаков, Н.И. Дивеева [и др.] ; под ред В.Ф. Щепелькова. — Санкт-Петербург : Центр современной литературы и книги на Васильевском, 2022. — 460 с.

А в т о р ы

Акулин И.М., Бурлаков В.Н., Дивеева Н.И., Оленников С.М.,
Пряхина Н.И., Савин С.Д., Смирнова А.Н., Сулина Е.В.,
Чеснокова Е.А., Щепельков В.Ф.

П о д р е д а к ц и е й

доктора юридических наук, профессора В.Ф.Щепелькова

Р е ц е н з е н т ы

Пикуров Н. И., доктор юридических наук, профессор.
Карайланов М.Г., доктор медицинских наук, доцент

Монография написана коллективом ученых Санкт-Петербургского государственного университета при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-011-00193/20. В ней рассматриваются социальные, правовые и криминологические проблемы профилактической медицины (вакцинации населения, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации). По результатам исследования предложен перспективный социально-правовой механизм организации мероприятий профилактической медицины.

Представляет интерес для юристов, социологов, медицинских работников и организаторов здравоохранения.

© Коллектив авторов, 2022

© Центр современной литературы и книги на Васильевском, 2022

ISBN 978-5-94422-153-7

Оригинал-макет подготовлен издательством
Центр современной литературы и книги на Васильевском
Санкт-Петербург, наб. Макарова, д.10/1. Тел. (812)934-7905.
www.litcenterspb.com www.artlitmix.com



Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. О ПОНЯТИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	9
Глава 2. ОТНОШЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ	22
Глава 3. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЕГО ПРОБЛЕМЫ	56
3.1. Исторические параллели развития профилактического принципа российского здравоохранения как основы системы охраны здоровья населения Российской Федерации в современных условиях прогресса медицины и права	57
3.2. Правовое регулирование мероприятий профилактической медицины в Российской Федерации ...	102
3.2.1. Правовое регулирование профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в Российской Федерации	102
3.2.2. Правовое регулирование вакцинации населения в Российской Федерации	119
3.3. Трудно-правовые аспекты профилактической медицины	137
3.4. Механизм принуждения к мероприятиям профилактической медицины в Российской Федерации, его обоснованность и риски	163

3.5. Зарубежный опыт организации и правового регулирования профилактической медицины	197
3.5.1. Основные организационно-правовые принципы профилактической медицины за рубежом	197
3.5.2. Зарубежный опыт правового регулирования вакцинации населения	240
3.6. Ответственность за нарушение специальных правил в сфере профилактической медицины	264
3.6.1. Ответственность за нарушение специальных правил в сфере профилактической медицины по российскому законодательству	264
3.6.2. Об ответственности за причинение вреда при вакцинопрофилактике за рубежом	310
4. КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ	339
4.1. Понятие и классификация криминологических рисков в сфере профилактической медицины	339
4.2. Предупреждение криминологических рисков в сфере профилактической медицины	344
5. ПЕРСПЕКТИВНЫЙ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ МЕХАНИЗМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	373
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	388
Список источников	389
Сведения об авторах	407
ПРИЛОЖЕНИЯ	408
Приложение 1	408
Приложение 2	438





Участниками отношений, связанных с реализацией мероприятий профилактической медицины (профилактических осмотров, вакцинации, диспансеризации), является все население, медицинские и иные организации, государство. Так, федеральным проектом «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» предусмотрено обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год.

В то же время состояние нормативно-правовой базы, а также реализация мероприятий профилактической медицины вызывают серьезную озабоченность. Вот лишь основные правовые и криминологические проблемы:

1) отсутствуют стандарты профилактических медосмотров, по выполнению которых можно судить о полноте и отчасти о качестве медосмотра;

2) имеет место противоречие между добровольностью участия в профилактических мероприятиях и наличием правовых санкций за отказ от участия в данных мероприятиях;

3) наблюдается нежелание значительной части населения подвергать себя некоторым обязательным медицинским вмешательствам при профилактических мероприятиях (об этом говорится в социальных сетях и отзывах на проекты нормативно-правовых актов Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России)), в связи с этим возникает проблема социальной и конституционно-правовой обоснованности обязательности (принудительности) соответствующих профилактических мероприятий и

соразмерности требований, обращенных к участникам профилактических медицинских мероприятий;

4) не урегулированы многие этические вопросы профилактической медицины;

5) существуют серьезные проблемы в регулировании оборота составляющей врачебную тайну информации, получаемой при профилактических медицинских осмотрах (осуществление видеосъемки пациента, передача сведений третьим лицам, например работодателю);

6) создаются проблемы у работодателей, которые не могут обеспечить прохождение работниками профилактических медицинских осмотров, ставится под угрозу решение организацией производственных задач из-за необходимости отстранения от работы работников, не прошедших обязательные медицинские осмотры, вакцинацию;

7) имеет место в больших объемах фальсификация результатов профилактической медицины (об этом говорит сравнение результатов социологических опросов населения с данными официальной статистики) и высокий уровень коррупции в сфере профилактической медицины;

8) многие виды профилактических медицинских осмотров расцениваются участниками отношений как избыточные и направленные на «правовое вымогательство денег» у населения и организаций и др.¹

Были поставлены следующие задачи исследования:

1) определить понятие «профилактическая медицина» для целей проводимого исследования;

2) изучить действующие и в исторической ретроспективе правовые модели профилактической медицины в Российской Федерации;

¹ Об актуальности говорит и обсуждение проблем на интернет-ресурсах (см.: <http://www.bolshoyvopros.ru/questions/2472200-pochemu-chelovek-ne-hochet-prohodit-medosmotr.html>; <https://newsland.com/community/8264/content/o-sushchnosti-prinuditelnykh-meditsinskikh-osmotrov/5384131>; <https://democrator.ru/petition/o-prave-otkaza-ot-boleznennykh-i-unizitelnykh-proced/>), и доминирование отрицательных отзывов на проекты нормативно-правовых актов по профилактической медицине, которые предлагаются Минздравом России (<https://regulation.gov.ru>).

3) изучить зарубежный опыт правовой регламентации профилактической медицины;

4) установить отношение в обществе к мероприятиям профилактической медицины (определить уровень готовности населения, медицинских организаций участвовать в профилактических медицинских мероприятиях, условия такого участия; выявить причины отказа населения от участия в профилактических медицинских мероприятиях; выявить отношение населения к введению правовых санкций за отказ от участия в профилактических медицинских мероприятиях и др.);

5) установить основные криминологические риски в сфере профилактической медицины и их факторы, сформулировать предложения по купированию данных рисков;

6) изучить судебную практику применения уголовного законодательства по делам о преступлениях в сфере профилактической медицины;

7) разработать социальные технологии повышения эффективности профилактических медицинских мероприятий.

Исследование имело своей целью разработать правовой механизм, который на основе социальных технологий:

обеспечит участие населения в профилактических медицинских мероприятиях при соблюдении конституционных прав граждан;

даст возможность гражданам контролировать объем и качество профилактической медицины;

предоставит гарантии адекватной компенсации вреда, причиненного при профилактических мероприятиях;

минимизирует коррупционные проявления;

будет предусматривать ответственность за дефекты оказания профилактической медицинской помощи.

Для решения поставленных задач и достижения цели исследования использовался широкий набор средств, в том числе следующие подходы и методы:

1) всероссийский опрос населения в возрасте старше 18 лет (апрель—май 2020 года);

2) онлайн-опрос на платформе Google на тему «Отношение медицинских специалистов к проблеме развития профилактической медицины в России». Время проведения: летом—осенью 2021 года.

Целевая выборка медицинских работников (N=412) — представителей различных медицинских специальностей;

3) изучение сетевой публикационной активности пользователей «ВКонтакте» за период с 1 января 2019 года по 21 мая 2021 года по теме «Отношение населения к проблемам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и вакцинации»;

4) анализ законодательства о профилактической медицине (российского действующего и в исторической ретроспективе, зарубежного);

5) мониторинговое исследование судебной практики по делам о правонарушениях в сфере профилактической медицины, а также по трудовым спорам, связанным с мероприятиями профилактической медицины;

6) антикоррупционная экспертиза нормативно-правовых актов о профилактической медицине;

7) контент-анализ средств массовой информации;

8) криминологический анализ преступности в сфере профилактической медицины;

9) методы социологии медицины;

10) метод моделирования.

Большинство поставленных задач еще не решались в отечественной юриспруденции и социологии. Исследование имеет теоретическое (для нескольких отраслей права, организации медицины, социологии) и практическое значение (предлагаемый механизм правового регулирования профилактической медицины потребует изменения многих нормативно-правовых актов, перестройки многих административных и профессиональных процедур).





Будущее принадлежит медицине профилактической
Н.И. Пирогов

В начале XXI века ситуация в отечественном здравоохранении остается достаточно острой. Ежегодно более 600 тыс. лиц из числа трудоспособного населения умирают в основном в результате предотвратимых причин. Как отмечается в литературе, по разным критериям оценки и анализа только 7–12% школьников относятся к категории «практически здоровых», на фоне хронической патологии увеличивается рост числа инвалидов, при этом до 45 % лиц, первично признанных инвалидами, составляют граждане трудоспособного возраста, наблюдается прогрессирование социально зависимых и профессионально обусловленных изменений состояния здоровья населения².

Государство уже очень давно, отвечая запросам общества, видит одной из своих основных задач сохранение и укрепление здоровья населения. Перед здравоохранением, особенно в последние несколько лет, остро стоит задача поиска путей, направленных на позитивные сдвиги в состоянии здоровья как взрослого населения, так и несовершеннолетних. Поэтому главным принципом, лежащим в основе организации системы здравоохранения, является развитие

² Власова И.А., Агапитов А.Е., Губин Г.И., Губин Д.Г. Законодательная основа развития профилактической медицины. (Лекция 1) // Сибирский медицинский журнал. 2005. № 5. С. 94.

социально-профилактического направления, реализация которого позволяет сохранять здоровье. Как отмечается в научной литературе, необходимость развития профилактической медицины в системе охраны здоровья населения как отраслевого приоритета подчеркивалась как в советском, так и в российском здравоохранении. При этом активность мер медицинской профилактики советской медицины, где основу данной работы составляло только санитарное просвещение населения, зачастую оценивается даже как более высокая, нежели в постсоветский период³.

В Российской Федерации вопросам медицинской профилактики стало уделяться пристальное внимание уже с начала 90-х годов. Статья 2 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 1993 года⁴ одним из основных принципов охраны здоровья граждан называла приоритет профилактических мер. Статья 17 Основ, закрепившая право граждан Российской Федерации на охрану здоровья, предусматривала необходимость обеспечения данного права посредством охраны окружающей среды, создания благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производства и реализации доброкачественных продуктов питания, а также предоставления населению доступной медико-социальной помощи, в которую (наряду с лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической, зубопротезной помощью и мерами социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности) входила профилактическая помощь (ст. 20).

Принятая в декабре 1993 года Конституция Российской Федерации также закрепила основные положения, касающиеся охраны здоровья граждан: в ст. 7 декларирована охрана труда и здоровья, в ст. 41 провозглашено право на охрану здоровья и медицинскую

³ Пивень Д.В., Агапитов А.Е., Купцевич А.С. *Об актуальных вопросах формирования службы профилактической медицины // Менеджер здравоохранения. 2007. № 6. С. 25.*

⁴ *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан : утв. Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 г. № 5487-1. (Утратили силу). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

помощь. В соответствии с ч. 2 ст. 41 Конституции в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. Таким образом, на уровне Основного закона медицинская профилактика хотя прямо и не называется, но упоминается ее основная направленность — укрепление здоровья человека.

В 1995 году Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации издало приказ № 364 «О мерах по развитию медицинской профилактики в России»⁵, закреплявший приоритет профилактических мер в укреплении и охране здоровья населения и предлагавший считать работу по медицинской профилактике неотъемлемой составной частью профессиональной деятельности каждого медицинского работника независимо от специальности и занимаемой должности. В 1997 году Правительством Российской Федерации была одобрена Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации⁶, в которой одним из основных принципов ее реализации указана профилактическая направленность, а в качестве основной задачи названо увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний.

В 2000 году была принята Концепция охраны здоровья населения на период до 2005 года⁷, основными принципами которой

⁵ *О мерах по развитию медицинской профилактики в Российской Федерации : Приказ М-ва здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 22 декабря 1995 г. № 364. (Утратил силу) // Медицинская газета. 1996. № 14. 16 февр.*

⁶ *Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации : одобрена Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

⁷ *Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2000 г. № 1202-р. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

признаны сочетание общих мероприятий по профилактике заболеваний и коррекции факторов риска среди всего населения с конкретными целенаправленными мероприятиями в группах населения высокого риска, прежде всего среди детей и женщин детородного возраста; консолидация действий органов исполнительной власти всех уровней, организаций и граждан по формированию и реализации комплексных программ сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний; многоуровневый подход к организации профилактических мероприятий с учетом как общих потребностей населения страны в целом, так и специфических потребностей населения различных регионов, отдельных социальных, профессиональных и возрастных групп; использование результатов научных исследований при разработке и реализации программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний с учетом необходимости выявления и устранения основных факторов риска, оказывающих негативное влияние на здоровье населения и отдельных его групп; использование опыта международного сотрудничества с целью выработки оптимальных подходов к решению проблем сохранения и укрепления здоровья населения, профилактики заболеваний, повышения качества физкультурно-оздоровительной работы. Таким образом, Концепция также делала упор на профилактике заболеваний, в том числе устранении факторов риска.

Аналогичные положения нашли отражение и в Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации⁸, основной задачей в которой названа разработка перспективных и увеличение объема существующих оздоровительных мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. На данный документ следует обратить особое внимание, поскольку впервые на нормативном уровне преимущество отдается взаимодействию системы здравоохранения не с больным, а со здоровым человеком. Концепция ориентирована на охрану и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, которые относятся к категории «здоровых» — абсолютно здоровых (5–7 %) и имеющих 1–2 заболевания в состоянии стойкой

⁸ Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 г. № 113 // Здравоохранение. 2003. № 8.

ремиссии (55–70 %). Концепция позволяет считать, что в условиях рыночной экономики профилактическая медицина обретает статус производственной отрасли, главная функция которой — воспроизводство трудового ресурса нации, профессионального долголетия, уменьшение потока больных⁹.

Вышеуказанные Концепции 2000 и 2003 года получили свое логическое продолжение с изданием приказа Минздрава России от 23 сентября 2003 г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации», которым были утверждены положения об организации деятельности республиканского, краевого, областного, окружного, городского Центра медицинской профилактики и отделения (кабинета) медицинской профилактики лечебно-профилактического учреждения. Таким образом, к концу 2003 года была окончательно сформирована система нормативного регулирования и организационного обеспечения медицинской профилактики в Российской Федерации.

В 2011 году был принят Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹⁰ (далее — Закон об основах охраны здоровья граждан), который стал принципиальным документом в вопросе регулирования профилактической медицинской деятельности. Уже статья 2, определяя понятие охраны здоровья граждан, включает в систему осуществляемых на федеральном, региональном и местном уровне в Российской Федерации меры санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера, которые принимаются, в первую очередь, в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни и предоставления ему медицинской помощи. Профилактика названа одним из направлений проведения манипуляций, которые составляют суть медицинского вмешательства.

⁹ Власова И.А., Агапитов А.Е., Губин Г.И., Губин Д.Г. Законодательная основа... С. 96.

¹⁰ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ : текст с изм. и доп. на 13 июля 2022 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Статья 4 закрепляет приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, который обеспечивается посредством разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя, потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ; осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними; проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации; осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации (ст. 12 Закона об основах охраны здоровья граждан). В числе прав пациента названа профилактика заболеваний (п. 2 ч. 5 ст. 19 Закона об основах охраны здоровья граждан). В пункте 6 ст. 2 впервые на законодательном уровне дано понятие профилактики, ст. 30 закрепила, что профилактика осуществляется в отношении как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, а в ст. 46 сформулированы основы реализации таких направлений медицинской профилактики, как профилактические осмотры и диспансеризация.

Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» поставил перед Правительством Российской Федерации задачи снижения к 2018 году смертности от болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения, смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения, смертности от туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения, младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 случая на 1 тыс. родившихся живыми. Достижение подобных результатов также предполагало совершенствование профилактики, в том числе заболеваний социального характера и неинфекционных болезней. В 2017 году Правительством Российской

Федерации была принята государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»¹¹, основными задачами в которой названы увеличение ожидаемой продолжительности жизни, снижение смертности и уровня инвалидизации населения, профилактика профессиональных заболеваний, повышение качества и доступности медицинской помощи, включая вакцинацию, а в настоящее время¹² — и восстановление диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения, активизация диспансерного наблюдения за лицами с хроническими заболеваниями.

На современном этапе вопросам профилактики, особенно с учетом ситуации с распространением COVID-19 с начала 2020 года, уделяется также большое внимание в основных документах, определяющих стратегию развития Российской Федерации и основные направления деятельности в области здравоохранения. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 (в ред. от 21.07.2020) «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» одними из основных целей и показателей называет снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), смертности от новообразований, в том числе злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей) и обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год. Аналогичные показатели заложены и в национальный проект «Здравоохранение»

¹¹ Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 : текст с изм. и доп. на 6 мая 2022 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

¹² С учетом текущей санитарно-эпидемиологической ситуации в программу были внесены многочисленные изменения, в том числе Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2021 г. № 2462 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения»». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

(п. 1, 6 раздела 2 «Цели, целевые и дополнительные показатели национального проекта») ¹³. Приоритет профилактических мероприятий отражен и в Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года ¹⁴, где основными целями названы профилактика заболеваний, формирование ее эффективной системы; совершенствование мер профилактики инфекций; профилактика и лечение инфекционных заболеваний, включая такие, распространение которых представляет биологическую угрозу населению (туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты *B* и *C*); совершенствование системы охраны здоровья работающего населения, выявления и профилактики профессиональных заболеваний; постоянное проведение мониторинга состояния здоровья работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (в течение всей их трудовой деятельности), в целях предупреждения профессиональных заболеваний, а также организация и развитие системы профилактики профессиональных рисков, которая ориентирована на качественное и своевременное выполнение лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих вернуть работников к активной трудовой и социальной деятельности с минимальными повреждениями здоровья; совершенствование деятельности по профилактике инвалидизации граждан.

В своем послании Федеральному Собранию Российской Федерации в апреле 2021 года Президент Российской Федерации указал, что необходимо обратить внимание на вопросы медицинской профилактики, в частности, расширить с учетом текущей эпидемиологической ситуации программы диспансеризации и профилактических осмотров, запустить их в полном объеме с 1 июля 2021 года для людей всех возрастов. Он также подчеркнул, что одна из мишеней, по которой прицельно бьет коронавирус, — это сосуды и

¹³ Паспорт национального проекта «Здравоохранение»: утв. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

¹⁴ О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2019. № 23. Ст. 2927.

сердце, что и так является одной из первых причин смертности. Поэтому, отметив необходимость уделять особое внимание в ходе профилактических осмотров гражданам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Президент поручил Правительству реализовать дополнительные меры по противодействию болезням, которые являются основными причинами преждевременной смертности (сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания)¹⁵. Таким образом, можно констатировать, что приоритетность медицинской профилактики как одного из основных направлений деятельности в области здравоохранения устанавливается на федеральном уровне и предполагает разработку и внедрение мер по совершенствованию ее проведения и повышению эффективности результатов.

Следует оговориться, что профилактическое направление деятельности в области здравоохранения не ограничивается только лишь вопросами медицинской деятельности. Социально-профилактическое направление здравоохранения — это комплекс социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья населения. Оно не может быть сведено лишь к отдельным медицинским мерам, в том числе к осуществлению гигиенических мероприятий, проведению вакцинации, соблюдению санитарного законодательства и другим. Претворение государством различных аспектов профилактического направления является одним из факторов, влияющих на сознание людей, на внедрение в их повседневную деятельность элементов здорового образа жизни¹⁶. Еще Н.И. Пирогов, который исследователями называется родоначальником отечественной профилактической медицины, отмечал: «Конечно, государству легче и дешевле призывать несколько тысяч больных в хоробах и массивных зданиях, нежели предупредить развитие болезней в массах административно-гигиеническими мерами...», но «...уменьшение смертности в массах и в обыкновенное время, и во время катастроф (эпидемий и войн) зависит

¹⁵ *Послание Президента Федеральному Собранию : Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 21 апреля 2021 г. // Российская газета. 2021. № 87. 22 апр.*

¹⁶ *Полунина Н.В., Пивоваров Ю.П., Милушкина О.Ю. Профилактическая медицина — основа здоровья населения // Вестник РГМУ. 2018. № 5. С. 5.*

не от лечения болезней, — вообще слабо влияющего на цифру смертности, — а от дельного, энергичного и рационального применения административных и гигиенических мер против первоначального развития болезней. Только познав все причины болезней, настоящая медицина превращается в медицину будущего, то есть в гигиену в широком смысле слова»¹⁷.

Профилактическая медицина обычно характеризуется как раздел медицины, который занимается здоровьем отдельных личностей и групп населения для защиты, поддержания и улучшения здоровья и благополучия, а также предупреждения заболеваний, инвалидности, преждевременной смертности¹⁸. В современной научной литературе предлагается различать понятия «профилактическая медицина» и «медицинская профилактика», рассматривая вторую как составную часть первой, наряду с гигиеной, превентологией и социальной медициной¹⁹. Превентология при этом представляет собой направление профилактической медицины, отвечающее за кадровое, методологическое, гносеологическое и научное обеспечение профилактической деятельности, включающее гносеологию, идеологию и методологию профилактической медицины, комплексную научную деятельность в сфере профилактической медицины, обоснование и методологию биосоциального мониторинга факторов риска основных неинфекционных заболеваний, разработку учебных программ дипломного и последипломного уровней образования в сфере профилактической медицины и целевую систему подготовки кадров для работы в службе профилактической медицины. Социальная медицина отвечает за информационно-пропагандистскую и

¹⁷ *Цит. по: Шевченко Ю.Л., Бойцов С.А. Роль Н.И. Пирогова в организации профилактического направления в медицине // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2020. Т. 15, № 3. Ч. 1. С. 107.*

¹⁸ *Власова И.А., Агапитов А.Е., Губин Г.И., Губин Д.Г. Профилактическая медицина: предмет и содержание. (Лекция 2) // Сибирский медицинский журнал. 2005. № 6. С. 94.*

¹⁹ *Агапитов А.Е., Пивень Д.Е. Первичная медицинская профилактика в структуре профилактической медицины // Менеджер здравоохранения. 2010. № 6. С. 27. См. также: Агапитов А.Е. К вопросу об идеологии, содержании и целеполагании первичной медицинской профилактики // Менеджер здравоохранения. 2010. № 2. С. 25.*

популяризационную функцию профилактической медицины, включая в себя санитарное просвещение и гигиеническое образование населения, мониторинг медико-социальных факторов риска основных неинфекционных заболеваний, «охрану здоровья здоровых» и деятельность школ здоровья в системе центров здоровья, пропаганду и формирование здорового образа жизни и валеологию (науку о здоровье). Гигиена же — система персонифицированной интегративной гигиенической диагностики, предполагающая комплексный подход к оценке физикальных и функциональных характеристик организма человека во взаимосвязи с внешней средой и факторами риска нозогении.

Однако для целей настоящего исследования стоит сосредоточиться именно на той составляющей профилактической медицины, которая представляет собой направление медицинской деятельности и заключается в реализации основных направлений профилактики медицинскими организациями и отдельными медицинскими работниками.

В научной литературе под медицинской профилактикой понимают «определенные, формализованные, частные виды медицинской деятельности, реализуемые в рамках суботраслевых и отраслевых программ профилактической медицины, межотраслевых программ с участием профилактической медицины»²⁰. С точки зрения законодательства же профилактика как вид медицинской деятельности представляет собой комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (п. 6 ст. 2 Закона об основах охраны здоровья граждан).

Медицинская профилактика может осуществляться на различных уровнях. Выделяют индивидуальную профилактическую деятельность — работу (собеседование, консультирование, донозологическую диагностику и пр.) на персонифицированном уровне,

²⁰ *Азапитов А.Е., Пивень Д.Е. Указ. соч. С. 31.*

с учетом личностных и конституциональных характеристик профилактируемого, групповую — медико-профилактические мероприятия в отношении ограниченной или декретированной группы со сходными факторами риска основных неинфекционных заболеваний, сходным анамнезом и/или симптомами, а также предполагаемым планом коррекции и возможным прогнозом, массовую — медико-профилактические мероприятия в отношении больших групп населения (популяции, населения ареала или района), целевым образом определенные, организованные и сформированные по выбранным формализованным или декретированным признакам²¹.

Как отмечается в научной литературе, профилактика может быть первичной, вторичной и третичной²². Первичная профилактика — комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, устранение их причин, общих для всего населения, его отдельных групп и индивидуумов. Первичная профилактика предполагает принятие мер, направленных на снижение влияния вредных факторов на человеческий организм, формирование здорового образа жизни, мер профилактики психических и соматических заболеваний, травм (включая профессиональные), несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, выявление вредных для здоровья факторов посредством профилактических медицинских осмотров, снижение уровня факторов риска, иммунопрофилактику, оздоровление медицинскими и немедицинскими мерами лиц, находящихся под воздействием вредных факторов.

Вторичная профилактика включает комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, протекающих бессимптомно, и проведение целевых лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению обострений, осложнений и хронизации заболеваний. К таким мерам относят целевое гигиеническое воспитание, диспансерное наблюдение для оценки динамики состояния

²¹ Подробнее см.: Агаитов А.Е., Пивень Д.Е. Указ. соч. С. 32.

²² Сквирская Г.П. Формирование модели профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и применение организационных технологий профилактики // Главный врач. 2014. № 12. С. 3—8.

здоровья, курсы профилактического лечения и целевого оздоровления (лечебное питание, лечебная физкультура, медицинский массаж и пр.), медико-психологическую адаптацию к изменению состояния здоровья, формирование правильного отношения к своему здоровью и новым потребностям организма²³.

Третичная профилактика направлена на предотвращение ухудшения течения или развития осложнений заболеваний после того, как болезнь проявилась. Она представляет собой комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, которые позволят устранить или максимально компенсировать ограничения в образе жизни и жизнедеятельности в целом, возникающие вследствие развившегося заболевания, для того чтобы лицо максимально могло адаптироваться в обществе и не утратить свой социальный и профессиональный статус.

Профилактика осуществляется в отношении как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний. В соответствии со ст. 30 Закона об основах охраны здоровья граждан профилактика инфекционных заболеваний осуществляется посредством разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Профилактика неинфекционных заболеваний проводится путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни.

²³ Подробнее см.: *Основы медицинской профилактики : метод. пособие / сост. Н.Ю. Крючкова, Е.А. Филиппова, О.В. Ружина. 2-е изд., перераб. и доп. Омск, 2017. С. 7.*

Исходя из положений Закона об основах охраны здоровья граждан и отраслевого законодательства, можно сделать вывод, что профилактика включает в себя четыре основных направления:

медицинские осмотры (чч. 1 и 2 ст. 46 Закона об основах охраны здоровья граждан) — комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития;

диспансеризацию (ч. 4 ст. 46 Закона об основах охраны здоровья граждан) — комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

вакцинацию (ст. 35 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (в ред. от 02.07.2021) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», ст. 1 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ (в ред. от 02.07.2021) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (далее — Закон об иммунопрофилактике) — профилактические прививки, т. е. введение в организм человека иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики в целях создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

профилактику заболеваний социального характера, таких как туберкулез, сахарный диабет, онкологические, инфекционные и венерические заболевания (ст. 1 Федерального закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ (ред. на 26.05.2021) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», ст. 15 Федерального закона от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ (в ред. от 02.07.2021) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и т. д.).

Для целей настоящего исследования наиболее интересными для анализа представляются первые три категории профилактических медицинских мероприятий, чему далее и будет уделено внимание.





ОТНОШЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕ
К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Отношение населения к профилактической медицине, впрочем, как и к здравоохранению в целом, связано с определенным состоянием общественного сознания, выражающегося в доверии или недоверии к этим социальным явлениям. Речь идет об институциональном доверии к медицине, медицинским профилактическим мероприятиям, связанным с ними учреждениям и к медицинским препаратам. Данный вид доверия/недоверия в том числе является обобщенной стереотипной установкой в отношении медицинских практик поддержания и диагностики здоровья, опирается как на личный опыт людей, так и на информацию, распространяемую в средствах массовой информации (в СМИ, социальных сетях в Интернете и др.). В наши задачи на материалах как собственных, так и других социологических исследований, входил анализ факторов, влияющих на доверие к профилактическим медицинским мероприятиям в России. Из которых вытекает и готовность населения принять в них участие.

В современном мире профилактическая медицина становится приоритетом в области развития здравоохранения. При этом еще большую актуальность ей придала ситуация распространения коронавирусной инфекции COVID-19, которая выявила проблемные области государственной системы здравоохранения. Стало понятно, что необходим поиск баланса между лечебной (клинической) медициной и профилактической. С одной стороны, недостаточный охват профилактическими медицинскими мероприятиями, включая вакцинацию, приводит к вспышкам инфекционных заболеваний и

общей высокой заболеваемости опасными болезнями. Что, в свою очередь, перегружает систему лечебных учреждений и не способствует задачам социального развития современного общества, росту продолжительности и качества жизни населения. С другой стороны, под предлогом задач развития профилактической медицины государства зачастую снижали бюджетное финансирование медицины клинической, закрывались лечебные учреждения, сокращался штат и обеспеченность койко-местами²⁴. В итоге в период пандемии остро ощущалась нехватка мест в больницах, приходилось разворачивать дополнительные места в непригодных для этого условиях. В частности, в России такое положение дел вызвало критическую реакцию со стороны населения, что нашло подтверждение и в результатах нашего социологического исследования. В то же время еще до нынешнего обострения ситуации в сфере здравоохранения, которая показала болевые точки российской медицины, существовала проблема недоверия части населения к государственным мерам охраны и защиты здоровья граждан, эффективности и безопасности процедур профилактических мероприятий. Так, имеются активные социальные группы противников вакцинации, противников принудительности инвазивных процедур при проведении профилактических медицинских осмотров, тех, кто не доверяет сохранности конфиденциальности информации о своем здоровье государственными структурами. Эти проблемы не только перетекают в правовое поле, принимают характер борьбы за личные права, но и становятся триггером формирования общественного мнения по отношению к институту здравоохранения.

Естественно, что доверие к системе здравоохранения непосредственно связано с ее эффективностью, доступностью и качеством медицинских услуг. И профилактическая медицина должна развиваться не за счет, а в дополнение к существующей системе здравоохранения. Новая парадигма медицинской помощи, основанная на мониторинговании индивидуального здоровья при непосредственной участии потребителей медицинских услуг и с учетом индивидуальных

²⁴ См., напр.: *Нездоровая оптимизация. Эксперты предсказали сокращение числа больниц до уровня 1913 года // РБК: сайт. URL: <https://www.rbc.ru/newspaper/2017/04/10/58e4feb59a794722462a85aa> (дата обращения: 10.06.2022).*

особенностей человека, получила название 4П-медицины²⁵. Некоторые принципы новой 4П-медицины начинают реализовываться и в России. В частности, они нашли отражение в Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины²⁶. К сожалению, отсутствует в содержании Концепции важный принцип партисипативности, который направлен на заинтересованное участие самих граждан в поддержании здоровья и является важным звеном развития профилактических медицинских мероприятий. А также слабо отражена связь между индивидуальным подходом персонализированной медицины и задачами массовой профилактической медицины в области диспансеризации, профилактических осмотров и иммунизации населения. Указанные противоречия влияют и на саму реализацию Концепции в России, вызывая нарушение обратной связи между системой здравоохранения и населением.

Важно, чтобы в центре действия политики медицинской профилактики находился сам человек с его интересами и потребностями в более широком социальном пространстве качества жизни, включая и медицинские услуги. Как активные потребители профилактических медицинских услуг группы населения возникают только тогда, когда видят реальную заботу о своем здоровье со стороны как государственных медицинских учреждений, так и других субъектов общественной жизни на местном уровне. Так в Законе от 21 ноября 2011 г. об основах охраны здоровья граждан подчеркивается, что формирование общественного здоровья осуществляется не только медицинскими организациями, но и органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, общественными объединениями, образовательными и физкультурно-спортивными организациями. Борьба за здоровый образ жизни — это не только борьба с вредными привычками, но целый комплекс условий, включающий социальные, экологические, образовательные

²⁵ Герасименко Н.Ф. 4П-медицина — новое направление развития здравоохранения // *Здравоохранение России. Федеральныи справочник. 2012. Т. 13. С. 93—96.*

²⁶ *Концепция предиктивной, превентивной и персонализированной медицины : утв. Приказом М-ва здравоохранения Российской Федерации от 24 апреля 2018 г. № 186. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/> (дата обращения: 07.05.2022).*

и др. Среди общих детерминант здоровья исследователями выделяются четыре наиболее значимых фактора: человеческая биология, образ жизни, окружающая среда и организация здравоохранения²⁷.

В последнее время в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19 все чаще говорят об общественном здоровье как задаче национальной безопасности, а о профилактических медицинских мероприятиях — как об обязанности участия определенных категорий граждан. Так, к категориям лиц, подлежащих обязательной вакцинации от коронавируса COVID-19 (при отсутствии противопоказаний), отдельными правовыми актами в России были отнесены медицинские работники, работники сферы образования, услуг на транспорте, общественного питания и др. В то же время «коронавирусные ограничения» вызвали недовольство у значительной части населения, в социальных сетях широкое распространение получили посты противников вакцинации, звучали протестные голоса против ограничительных мер государства. Выявление противоречий между современными задачами развития профилактической медицины и отношением населения к профилактическим медицинским мероприятиям выступает целью нашего анализа. В этот анализ входит выявление значимости ценности здоровья и профилактической заботы о нем (профилактика заболеваний) в российском обществе, а также выявление факторов отношения населения к профилактическим медицинским мероприятиям в аспекте доверия/недоверия.

Социологический подход к указанным проблемам позволяет рассматривать практики участия населения в профилактических медицинских мероприятиях в различных аспектах. Как с позиции социологии медицины, изучающей профилактическую медицину как социальный институт, проблему доверия к ней населения и удовлетворенности от медицинских услуг²⁸, так и с позиции

²⁷ Нилов В.М. *Социология здоровья: проблемы статуса и регионального развития* // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. 2008. № 1. С. 71.

²⁸ 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; Шейман И.М., Шишкин С.В., Шевский В.И., Сажина С.В., Понкратова О.Ф. *Диспансеризация населения: ожидания и реальность* // Мир России. 2021. Т. 30, № 4. С. 6—29.

социологии здоровья, предметом которой выступают ценности и мотивы участия различных категорий населения в профилактике заболеваний²⁹. Таким образом, предмет нашего исследования в равной степени связан с двумя областями: социологии здоровья и социологии медицины. С одной стороны, анализируются задачи продвижения здорового образа жизни, включая и осознанное вовлечение все большего количества людей в систему профилактических медицинских мероприятий. С другой стороны, изучаются общественные представления о медицине и сами социальные установки готовности участия в профилактических медицинских осмотрах, вакцинации и других официальных медицинских мероприятиях. Естественно, две указанные предметные области тесно взаимосвязаны, в том числе в конкретных эмпирических исследованиях отношения к здоровью. В системе профилактической медицины отношение к здоровью обусловлено стремлением человека к сохранению здоровья, мерам по предупреждению или раннему выявлению заболеваний. Предмет социологии сфокусирован на отношении к здоровью как социальной ценности, восприятию проблем общественного здоровья массовым сознанием, поведении различных социальных групп, обусловленном отношением к сохранению здоровья. Схожим образом в социально-психологическом аспекте важной категорией анализа выступает понятие «отношение к здоровью», что позволяет выявить установки людей на участие в профилактических медицинских мероприятиях³⁰. Важен также правовой подход, который указывает на проблемы ограничения прав людей при участии в профилактических медицинских мероприятиях, недостаточные

²⁹ Дмитриева Е.В., Фролов С.А. *Социология здоровья: от теории к практике (на примере реализации коммуникативной программы «СМСмаме»* // *Социологические исследования*. 2020. Т. 46, № 7. С. 118–127; Журавлева И.В., Лакомова Н.В. *Здоровье и благополучие россиян в европейском контексте* // *Социология медицины*. 2018. № 1. С. 35–42; Новоселова Е.Н. *К вопросу о роли социологии в изучении и сохранении здоровья населения России* // *Вестник Московского университета. Сер. 18, Социология и политология*. 2017. № 3. С. 30–57.

³⁰ Березовская Р.А. *Отношение к здоровью* // *Здоровая личность / под ред. Г.С. Никифорова*. СПб., 2013. С. 214–244; Бовина И.В. *Социальная психология здоровья и болезни*. М., 2008.

правовые гарантии пациентов в вопросах качества медицинского обслуживания³¹.

Эмпирическое исследование

В рамках междисциплинарного научно-исследовательского проекта «Социальные, криминологические и правовые проблемы профилактической медицины» была поставлена цель провести социологическое исследование для изучения отношения в обществе к здоровью и практикам здоровьесберегающего поведения через выявление объективных и субъективных факторов готовности населения и представителей медицинских организаций участвовать в профилактических медицинских мероприятиях, определение отношения к участию в профилактических медицинских осмотрах, диспансеризации и вакцинации в контексте феномена институционального (не)доверия в российском обществе, анализ организационно-правовых проблем в оценках населения и медицинских работников.

Эмпирическое исследование включало в себя три этапа:

- 1) всероссийский массовый телефонный опрос;
- 2) исследование сетевой публикационной активности по проблемам профилактических медицинских мероприятий в социальной сети «ВКонтакте»;
- 3) анкетный опрос медицинских работников в Северо-Западном федеральном округе.

Вкратце опишем методологические особенности и задачи этих исследований.

1-й этап. Центром социологических и Интернет-исследований Санкт-Петербургского государственного университета был проведен всероссийский телефонный опрос на тему «Отношение россиян к здоровью и профилактическим медицинским мероприятиям»

³¹ Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере профилактической медицины как фактор безопасности здоровья населения // *Всероссийский криминологический журнал*. 2021. Т. 15, № 5. С. 533–542 ; Пряхина Н.И., Суслина Е.В. О правовой квалификации ненадлежащего исполнения обязанностей медицинскими работниками при проведении профилактических медицинских мероприятий // *Криминалистика*. 2020. № 3. С. 8–16.

(апрель—май 2020 г., N=1600). Целью исследования являлось выявление особенностей восприятия населением профилактических медицинских мероприятий, таких как вакцинация, профилактические осмотры по направлению работодателя и диспансеризация. В исследовании дан анализ факторов, которые определяют отношение людей к собственному здоровью и их включенность в мероприятия по его поддержанию и сохранению.

2-й этап. 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) «Центр социологических и Интернет-исследований» за период с 01.01.2019 по 21.05.2021 были скачаны публикации из социальной сети «ВКонтакте» по следующим ключевым словам: медосмотр, профмедосмотр, вакцинация, прививка, диспансеризация, профилактический, медицинский, осмотр. Для формирования репрезентативной выборки комментариев была сформирована подвыборка первых комментариев. Они и были выборочно проанализированы из периодов фиксируемых всплесков обсуждения проблемы. Данный метод позволяет соединить количественный и качественный анализ данных отношения интернет-сообществ к указанной социальной проблеме. Фиксировались типичные комментарии, слухи, высказывания, оценки сторонников и противников вакцинации и профилактических медицинских осмотров, распространяемые в публичном пространстве.

3-й этап. Летом—осенью 2021 года был проведен онлайн-опрос медицинских работников Северо-Западного региона Российской Федерации. В опросе приняли участие 412 представителей различных медицинских специальностей. Исследование было нацелено на выявление мнения медицинских специалистов о социально-правовых вопросах организации профилактических медицинских мероприятий, таких как вакцинация, профилактические осмотры по направлению работодателя и диспансеризация, а также проблемах профилактической медицины в современных условиях пандемии COVID-19. В том числе выявление мнения самих врачей о задачах развития профилактической медицины.

Дополнительно к указанным исследованиям был проведен контент-анализ наиболее популярных электронных СМИ для того, что-

бы шире рассмотреть информационный фон вокруг проблем профилактической медицины. В данном исследовании была сознательно упущена проблема вакцинации, поскольку информационный шквал по этой тематике делал анализ слишком трудоемким. Однако проведенный анализ позволил раскрыть официальную позицию властей и экспертного медицинского сообщества по проблемам проведения профилактических медицинских осмотров. Что непосредственно оказывает влияние и на общественное мнение по данному вопросу с учетом искажений и ответной реакции, которая наглядно демонстрировалась по результатам анализа социальной сети «ВКонтакте».

Отношение к здоровью и практики здоровье сберегающего поведения

Поведение в сфере здоровья является актуализированным выражением отношения к здоровью. Отношение к здоровью может пониматься как оценка здоровья, осознание его значения, а также действия, направленные на поддержание или изменение состояния здоровья. Отношение к здоровью содержит в себе три основных компонента: когнитивный, выражающийся в знаниях о здоровье, осознании его роли в жизнедеятельности, понимании основных факторов, оказывающих как негативное (повреждающее), так и позитивное (укрепляющее) влияние на здоровье; эмоциональный, отражающий чувства, эмоции и особенности переживания состояния здоровья; мотивационно-поведенческий, определяющий место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей человека, особенности мотивации и поведения в сфере здоровья³².

Осознанное отношение к собственному здоровью предполагает формирование у человека устойчивой мотивации к его поддержанию, приумножение знаний в области физического, психического и социального здоровья, стремление реализовывать принципы здорового образа жизни³³. Осознанная (субъектная) позиция

³² Березовская Р.А. Указ. соч.

³³ Гатальская Г.В., Журавлева А.Е. Развитие осознанного отношения к здоровью в юности // Психологический журнал. 2008. № 2. С. 53.

в отношении к здоровью проявляется в следующих характеристиках:

- осознание здоровья как высшей жизненной ценности;
- понимание роли здоровья в обеспечении эффективности жизнедеятельности;
- осведомленность о здоровье и здоровом образе жизни;
- знание факторов риска здоровья;
- мониторинг состояния своего здоровья;
- выбор и осуществление стратегии поддержки и регуляции здоровья;
- знание и использование способов восстановления здоровья и его развития³⁴.

Нам представляется, что указанные виды мотивов взаимосвязаны, и с позиции социологического подхода мы рассматриваем их как субъективный фактор отношения к профилактической медицине. Интерес вызывает выявление связей между когнитивным и поведенческим компонентами отношения к здоровью и профилактике болезней.

В целом наше исследование показало, что картина самооенок состояния здоровья российским населением выглядит умеренно оптимистической. 53,9 % опрошенных считают свое здоровье хорошим и очень хорошим, 38,3 % назвали его средним (ни хорошим, ни плохим), 6,7 % оценили как плохое и очень плохое (приложение 1, табл. 8). Для сравнения, опрошенные медицинские специалисты считают, что самооценки населения в отношении своего здоровья в большей степени нейтральные (36,4 %) или хорошие (34,9 %). При этом более четверти (26,2 %) медиков считают, что хорошие самооценки населения не адекватные, а завышенные (приложение 2, табл. 9). Разумеется, самооценка не всегда соответствует реальному состоянию, а иногда лишь восприятию. Но в целом можно выделить несколько социальных закономерностей. Так, мы видим, что традиционно мужчины чаще оценивают свое здоровье лучше, чем женщины³⁵, молодые лучше, чем люди старших возрастных групп.

³⁴ Полуэктова Н.М., Смирнова А.Н. *Человек как субъект здоровья // Человек. 2016. № 1. С. 7.*

³⁵ *Это подтверждается не только нашим исследованием, но и рядом других. См., напр.: Паутова Н.И., Паутов И.С. Гендерные особенности самооценки здоровья и его восприятия как социокультурной ценности (по данным 21-й волны RLMS-HSE) // Женщина в российском обществе. 2015. № 2 (75). С. 60–75.*

А также связь между уровнем доходов и оценками здоровья: состоятельные люди чаще видят себя здоровыми. Интересно, что не было выявлено статистически значимых связей между оценками здоровья и уровнем образования респондентов (приложение 1, табл. 3). В то же время выяснилось, что в тех группах, которые реже посещают врачей, занимаются самолечением, игнорируют болезни или обращаются к помощи нетрадиционной медицины, вера в собственное здоровье выше, чем у тех, кто диагностирует его в медицинских учреждениях на регулярной основе.

Результаты всероссийского телефонного опроса показали, что профилактическая забота о здоровье не входит в число приоритетов жизненного поведения россиян. Как выяснилось, совсем не посещают врачей 13 % взрослого населения, а 15 % опрошенных посещают менее одного раза в год (приложение 1, табл. 9). То есть как минимум четверть взрослого населения России пренебрегает медицинскими обследованиями, причем большая часть — это люди возрастной категории 36–55 лет, для которых профилактические медицинские осмотры должны иметь приоритетное значение. Более трети (38,7 %) респондентов нашего исследования в случае болезни предпочитают лечиться сами и не обращаться к врачам. В то же время 5,5 % решают ничего не делать в случае болезни, полагая, что «само пройдет», а 2,2 % обращаются к нетрадиционной медицине (приложение 1, табл. 10).

Проблема низкой медицинской активности населения в целом и отсутствия мотивации к прохождению профилактических осмотров в частности является уже традиционной, что отмечалось и в более ранних социологических исследованиях³⁶.

Примечателен тот факт, что медицинские специалисты, принимавшие участие в опросе, в меньшей степени возлагают ответственность на самого человека за низкое вовлечение в здоровьесберегающие практики — только 17,5 % считают, что это дело самого человека

³⁶ См., напр.: Клюковкин К.С., Бойнич В.Д., Бурлаков С.Д., Павльши А.В. Проблемы диспансеризации больных в современной территориальной поликлинике // *Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2007. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-dispanserizatsii-bolnyh-v-sovremennoy-territorialnoy-poliklinike> (дата обращения: 13.06.2022).

думать о своем здоровье. Общественное здоровье — это важный ресурс развития общества и общая забота человека и государства. Около трети (31,8 %) респондентов-медиков считают, что в первую очередь за привлечение населения к участию в профилактических медицинских 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 отмечают более четверти респондентов (26,9 %) (приложение 2, табл. 17).

По мнению медицинских специалистов, низкое добровольное участие населения в профилактических медицинских мероприятиях может быть объяснено комплексом причин. Все выделенные причины имеют примерно равное значение, но все же медики в первую очередь называют слабую информированность населения (58,0 %), что говорит об осознании представителями системы здравоохранения необходимости более широких просветительских мероприятий. Это приобретает особую значимость в свете того, что медицинские специалисты также сталкиваются с «недоверием к врачам со стороны населения» (47,8 %) и осознают «культурные особенности», отражающиеся в низкой ценности здоровья (47,1 %) (приложение 2, табл. 16).

Как показывают результаты нашего исследования, действительно, в мотивации заботы о здоровье только 13,4 % россиян ориентируются на пропаганду здорового образа жизни и лишь 2,2 % отмечают воздействие справочной медицинской информации. Не очень высокий процент и тех, кто отметил, что прислушивается в вопросах здоровья к близким или ориентируется на примеры окружающих людей (11,6 %). Но при этом большинство опрошенных в заботе о своем здоровье движимы внутренними мотивами, такими как «желание дольше жить, быть физически сильнее, привлекательнее» (60,3 %). Важно отметить, что для четверти опрошенных россиян (25 %) только «ухудшение собственного здоровья» становится мотивом поддержания здоровья, а 14,1 % вообще не думают о здоровье, т. е. относятся к категории лиц с отсутствием здоровьесберегающего

поведения (приложение 1, табл. 11). По мнению исследователей, превалирование мотива «ухудшение здоровья» означает, что забота о здоровье имеет исключительно лечебный, а не профилактический характер, что может свидетельствовать о низкой ответственности за свое здоровье³⁷.

В объяснении причин низкой мотивации к здоровьесберегающему поведению социологи выделяют факторы невысокого качества жизни: недостаток свободного времени, стрессы, экологическую обстановку, низкую доступность медицинских услуг и др.³⁸ Как отмечает Е.Н. Новоселова, когда население чувствует некоторую стабильность, защищенность, уверенность в будущем, своем и своих детей, оно «начинает мотивироваться» на то, чтобы беречь свое здоровье³⁹. Также исследования демонстрируют, что регулярное наблюдение у врача, полнота информирования пациента врачом оказывают положительное влияние на приверженность выполнению врачебных рекомендаций. Более того, граждане, которые сознательно участвуют в профилактических медицинских мероприятиях, имеют более высокую ценность здоровья, развитое здоровьесберегающее поведение. Напротив, у тех, кто игнорируют профилактические мероприятия, отсутствует выраженная позиция по отношению к собственному здоровью. Их характеризует низкая информированность по факторам риска здоровья, недоверчивое отношение к рекомендациям лечащего врача и к медицине в целом⁴⁰. Таким образом, в современных условиях существует запрос на новые принципы организации системы профилактической медицины с осознанием объективной необходимости повышения здоровьесберегающего поведения

³⁷ Журавлева И.В. *Здоровье молодежи: возможно ли его улучшить?* // *Россия реформирующаяся*. 2017. № 15. С. 419–436.

³⁸ Киселева Л.С. *Социальные детерминанты здоровья россиян* // *Регионоведение*. 2016. № 1. С. 133–142.

³⁹ Новоселова Е.Н. *К вопросу о роли социологии в изучении и сохранении здоровья населения России* // *Вестник Московского университета. Сер. 18, Социология и политология*. 2017. № 3. С. 53.

⁴⁰ Сенаторова О.В., Кузнецов В.А., Труфанов А.С. *Отношение к здоровью и профилактике заболеваний как показатель общественного здоровья* // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019. Т. 18, № 1. С. 156–160.

человека, его информирования о факторах риска и возможных путях их предотвращения. Готовность к проведению профилактических мероприятий предполагает решение вопросов не только диагностического оборудования, кадров и создания отделений и кабинетов медицинской профилактики, но и привлечения населения к прохождению профилактических осмотров и диспансеризации⁴¹.

Важно не только разработать эффективную систему профилактики, но еще и обеспечить ее внедрение в повседневную жизнь россиян с полноценной системой обучения заботе о собственном здоровье⁴².

Отношение к профилактической медицине и институциональное (не)доверие

Российские и зарубежные исследования обозначают, что в современной России феномен доверия носит парадоксальный характер. Очень высок уровень доверия у россиян в семье (87 %), но при этом россияне недоверчивы к незнакомым людям (20,4 %). Высокий уровень доверия Президенту отражает личностное доверие, в то время как уровень доверия чиновникам низкий⁴³. Согласно *Edelman Trust Barometer* («Барометр доверия») в 2021 году, среди 28 изучаемых стран Россия находится на последнем месте по уровню институционального доверия бизнесу (34 %), НГО (25 %) и СМИ (29 %), входит в пятерку стран (вместе с ЮАР, Колумбией, Нигерией и Аргентиной) наименее доверяющих государству граждан (34 %)⁴⁴. Российские исследования также подтверждают данный феномен: судам и Государственной думе доверяют около 20 %, а правительству около

⁴¹ Яковлев М.Ю., Амбражук И.И., Лутфуллин М.Ф. *Этапы развития медицинской профилактики в отечественном здравоохранении // Здравоохранение Чувашии. 2020. № 2. С. 29–40.*

⁴² Журавлева И.В. *Актуальные проблемы социальной политики в сфере здоровья // Социология медицины. 2017. № 1. С. 4–9.*

⁴³ Веселов Ю.В. *Доверие в цифровом обществе // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2020. Т. 13, вып. 2. С. 129–143.*

⁴⁴ *Edelman Trust Barometer*. URL: <https://www.edelman.com/trust/2021-trust-barometer> (дата обращения: 17.06.2022).

четверти граждан⁴⁵. А за время пандемии уровень институционального доверия снизился у 61 % россиян, 54 % участников опроса стали меньше доверять официальным СМИ, у 43 % респондентов снизился уровень доверия к российскому здравоохранению⁴⁶.

Чем обусловлена проблема общественного (не)доверия к системе здравоохранения и профилактической медицины в частности? Несмотря на внедрение комплекса мероприятий медицинских профилактических осмотров и иммунизации населения в России, наличие отчетов государственных органов об их эффективности (по количеству выявленных заболеваний и массовой вакцинации), существует ряд проблем, ставящих под сомнение соответствие системы медицинской профилактики заболеваемости в нашей стране заложенным в ней целям. Действительно ли через профилактические мероприятия выстраивается цепочка сопровождения больных или людей из групп риска здоровья? Есть ли заметное воздействие на качество и продолжительность жизни населения?

По результатам нашего исследования мы убедились, что проблемы распространения стереотипов в сфере здравоохранения, эффективности системы профилактической медицины и институционального (не)доверия носят системный характер, затрагивая как население, так и самих врачей непрофильных специальностей.

С одной стороны, согласно полученным данным опроса медицинских работников, в профессиональном сообществе существует достаточно оптимистическое видение перспектив развития российской медицины. На вопрос о том, возможна ли в организации системы здравоохранения Российской Федерации реализация принципов 4П-медицины, большинство респондентов ответили

⁴⁵ Мухаметшина Е. Доверие к властным институтам, «Левада-центр» // Ведомости. 12 октября 2016. URL: <https://www.vedomosti.ru/politics/articles/2016/10/13/660744-doverie-vlastnim-institutam> (дата обращения: 02.02.2022).

⁴⁶ Об этом свидетельствуют данные опроса, проведенного экспертами компании *Online Market Intelligence (ОМІ)* и центра социального проектирования «Платформа», с которым ознакомился РБК // РБК : сайт. URL: <https://www.rbc.ru/society/26/05/2020/5eccff7b9a794728f8f0f327> (дата обращения: 12.03.2022).

утвердительно, что это не только возможно, но и что такие принципы уже реализуются. В первую очередь, это касалось профилактической медицины — 72,2 % верят, что это возможно и профилактическая медицина уже реализуется на практике. Больше половины опрошенных также позитивно смотрят на развитие персонализированной медицины (58,4 %). О возможности развития принципа партисипативности в медицине позитивно высказались большинство медиков (60,1 %), что представляет особую важность в развитии партнерских отношений «врач—пациент». Но все же более трети видят и значительные трудности в развитии предсказательной (35,9 % — крайне затруднительно или абсолютно невозможно) и персонализированной медицины (35,7 % соответственно) (приложение 2, табл. 13).

Большая часть медицинских работников оценивают эффективность системы профилактической медицины в России на среднем уровне. Основные проблемы, которые ими выделяют: недоверие к системе со стороны населения и его неготовность вести здоровый образ жизни, низкие правовые гарантии защиты прав врачей и пациентов, нехватка ресурсов для развития системы в направлениях персонализации, предикции и партнерства. Примером низкой эффективности профилактической медицины в ее нынешнем состоянии опрошенные считают результат противостояния пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. Треть респондентов (32,5 %) отмечает преобладание провалов и болезненных проблем в ответе на вызов пандемии. Около половины медицинских работников (49,8 %) оценивают результативность работы системы в пандемийный период на среднем уровне, так как были как успехи, так и неудачи (приложение 2, табл. 11).

Конечно, в условиях пандемии COVID-19 и ее последствий трудно оценивать проблемы и перспективы неспецифических профилактических мер. Но промежуточные (доковидные) результаты анализа всероссийской диспансеризации показывают, что диспансерное наблюдение и лечение прикрепленных к конкретным территориальным организациям здравоохранения граждан явно недостаточны. Как отмечается в исследовании НИУ ВШЭ (2019), почти половина опрошенных врачей не знают о результатах диспансеризации

прикрепленного к ним населения⁴⁷. И соответственно, врачи не работают по ведению этих конкретных выявленных в результате диспансеризации больных. Рано говорить об индивидуальном подходе к пациенту, рано делать выводы об эффективности борьбы с конкретными хроническими заболеваниями.

Наше исследование также проводилось в самом начале распространения новой коронавирусной инфекции и позволяет сделать некоторые выводы об основных проблемах готовности населения участвовать в мероприятиях профилактической медицины.

В целом, как показал телефонный опрос, большинство респондентов (85 %) относятся к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации положительно, как и к самой идее профилактики. Позитивное отношение наиболее представлено в старшей возрастной группе молодежи, для которой все более важны практики здорового образа жизни и формируется понимание важности профилактических мероприятий в поддержании здоровья. В то же время, к сожалению, в возрастной группе 36—45 лет, когда возрастает значимость прохождения диспансеризации наблюдается снижение доверия к профилактической медицине (приложение 1, табл. 21).

Среди тех, кто проходил профилактические мероприятия, большинство (65,8 %), остались удовлетворены (полностью или частично) их организацией и качеством. 79,6 % обращались в государственные учреждения, 63 % проходили их бесплатно. Но при этом было отмечено и большое количество претензий к прохождению осмотров, основные из них: формальность осмотра — 48,4 %, большие очереди — 34,5 %, низкая культура медицинского обслуживания и низкий профессионализм врачей — 27,7 %, нехватка нужных врачей и обследований — 23,4 %. То что на осмотры ушло слишком много времени, не понравилось 17,3 % (приложение 1, табл. 27).

Среди причин негативного отношения к профилактическим медицинским мероприятиям респондентами были выделены следующие: «бесполезная процедура, так как все происходит формально»

⁴⁷ Шейман И.М., Шишкин С.В., Шевский В.И., Сажина С.В., Понкратова О.Ф. Указ. соч.

— 61,8 %, хамство и равнодушие врачей — 13,3 %, просто не доверяют врачам — 16,8 %. Более четверти негативно настроенных респондентов отмечали, что «и так знают о своем здоровье» (13,3 %) и не хотят тратить свое время на прохождение данных процедур (15,6 %). Недостаточность информирования была подчеркнута 11 % респондентов. А у 15 % был негативный опыт прохождения процедур (приложение 1, табл. 22). Интересен гендерный «срез» причин негативного отношения — формализм и недоброжелательное отношение врачей женщины отмечают практически вдвое чаще, чем мужчины, в то же время недоверие к врачам, нежелание знать о своем здоровье или уверенность в осведомленности о его состоянии более свойственны мужчинам. Подавляющее большинство респондентов старшего возраста жалуются на бесполезность и формальность процедуры, более трети молодых людей до 25 лет отмечают, что им «недостаточно информации о том, для чего это нужно» (приложение 1, табл. 22).

Примечательным является тот факт, что респонденты-медики оценивают удовлетворенность процедурами медицинской профилактики более негативно, чем сами пациенты: по мнению медицинских специалистов, процент удовлетворенных значительно ниже — 23,1 % отмечают, что пациенты могут быть удовлетворены полностью или в большей степени (приложение 2, табл. 18). 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. Среди комментариев медиков о возможных причинах неудовлетворенности наиболее часто отмечалось: «Медосмотры проходят поверхностно, для галочки» и «большая загруженность врачей»: «У врача пациент находится от силы минут 5. <...> Очереди. Доктора с огромным потоком, и как следствие, находящиеся в стрессе. Который срывается на пациентах».

Большинство социологических исследований в области российского здравоохранения выделяют в качестве острой проблемы проблему недоверия к врачам. Главными факторами такого недоверия для населения выступают непрофессионализм,

безразличие и халатность врачей⁴⁸. Личный опыт столкновения с врачебной некомпетентностью выступает здесь ключевым фактором. По данным нашего исследования, 68,9 % респондентов не попадали в ситуации, когда по результатам прохождения медицинского осмотра не было выявлено имеющееся заболевание, 44,8 % респондентов, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое, сталкивались с такой ситуацией. Понятно, что у таких людей зачастую имеется ряд сопутствующих основному заболеваний и для них требуются дополнительные медицинские обследования. Однако это также свидетельствует о важности учета психологических самооценок здоровья людей при проведении профилактических мероприятий.

По данным мониторинговых опросов, значительное число россиян периодически попадают в ситуацию, когда они сомневаются в диагнозе или лечении, назначенном врачом. Подтверждением этому служит признание, что почти половина пациентов перепроверяют назначения врача, обращаясь за дополнительной консультацией к другим специалистам⁴⁹. И практически столько же (более 40 % граждан) высказываются о низком уровне профессионализма врачей⁵⁰. При этом, несмотря на попытки создания положительного образа врача в период пандемии, на самом деле ситуация с их

⁴⁸ *Обязательное медицинское страхование: оценки россиян // ВЦИОМ. Пресс-выпуск № 3194. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/obyazatelnoe-meditsinskoe-strakhovanie-ocenki-rossiyan> (дата обращения: 03.05.2022) ; Эффективность российского здравоохранения и система ОМС // ВЦИОМ. Аналитический обзор. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/effektivnost-rossijskogo-zdravookhraneniya-i-sistema-oms> (дата обращения: 03.05.2022).*

⁴⁹ *Качество медицинских услуг: запрос на жесткий контроль // ВЦИОМ. Аналитический обзор. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-meditsinskikh-uslug-zapros-na-zhestkij-kontrol> (дата обращения: 02.06.2022).*

⁵⁰ *Доверие врачам. Россияне оценивают профессиональные качества современных врачей // ФОМ. Аналитический обзор. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/11765> ; О врачах. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-meditsina/14425> (дата обращения: 02.06.2022) ; Инфографика ФОМ об отношении к врачам и медучреждениям. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-meditsina/13907> (дата обращения: 02.06.2022).*

восприятием в общественном сознании практически не изменилась⁵¹. Данные опроса июня 2020 года, проведенного Фондом общественного мнения (ФОМ), показывают, что отношение к врачам ухудшилось в большей степени у тех, кто сам или чьи родственники обращались за медицинской помощью при подозрении на коронавирус (11 % всей выборки). Среди них отметили низкий уровень квалификации врачей 52 % (против 42 % по населению в целом), высокий — лишь 25 % (против 36 %)⁵².

Таким образом, мы видим, что во многом такие оценки связаны с личным опытом лечения и ситуацией врачебных ошибок. Но не только. Речь идет и о состоянии общественного сознания в целом. Кризис доверия к медицине в некоторой степени был вызван также рядом исследований в области социологии здоровья, авторы которых критиковали систему медицины за бюрократизм, коррупцию, неэффективность в расходах бюджетных средств, отсутствие реальной заинтересованности в росте показателей здоровья у населения (Р. Дюбо, Т. МакКеон, А. Иллич, Е. Фридсон и др.)⁵³. Некоторые авторы ушли в крайность, отрицая роль медицины в сохранении здоровья населения, а объясняя его факторами окружающей среды и социальными условиями жизни человека, прежде всего социокультурными и социально-экономическими. Подобные взгляды на медицину нашли отражение в информационном пространстве современного общества, в том числе в появлении большого количества интернет-ресурсов, критикующих традиционную медицину и предлагающих альтернативные методы сохранения здоровья⁵⁴.

⁵¹ *Работа системы здравоохранения во время эпидемии коронавируса. О квалификации врачей. Прогнозы относительно здравоохранения после эпидемии.* URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-medsina/14425> (дата обращения: 02.06.2022).

⁵² *О работе системы здравоохранения во время пандемии.* URL: <https://covid19.fom.ru/post/povliyala-li-pandemiya-na-mnenie-rossiyan-o-sisteme-zdravoohraneniya> (дата обращения: 25.08.2022).

⁵³ *Нилов В.М. Социология здоровья: проблемы статуса и регионального развития // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. 2008. № 1. С. 70–71.*

⁵⁴ *См., напр.: Разоблачения врачей и их руководителей.* URL: <https://vk.com/razoblacheniyavrachey> (дата обращения: 02.06.2022) ; *Народная медицина и нетрадиционная медицина.* URL: <https://vk.com/narodmedecine> (дата обращения: 02.06.2022) и др.

В дополнение к телефонному опросу для более глубокого понимания реакции населения на проблемы профилактических медицинских осмотров и диспансеризации было проведено исследование сетевой публикационной активности «ВКонтакте» в период с 01.01.2019 по 21.05.2021.



Рис. 1. Динамика всплесков сетевой публикационной активности по теме «профилактические медицинские осмотры и диспансеризация»

В результате сбора, обработки и визуализации полученного массива данных были обнаружены четыре всплеска сетевой публикационной активности по теме «медосмотры», которые могут быть объяснены соответствующими информационными поводами:

1-й: 20.11.2019—23.11.2019 (7 840 постов, 45 930 комментариев) — информация о возможном введении нового порядка получения медицинских справок для получения и обмена водительских удостоверений с обязательным тестированием на алкоголизм и наркоманию.

2-й: 05.01.2020—06.01.2020 (331 пост, 7 781 комментарий) — новость о надбавках врачам за выявление онкологических заболеваний при диспансеризации.

3-й: 30.05.2020—01.06.2020 (1 951 пост, 17 540 комментариев) — предложения предусмотреть в КоАП РФ штраф за отказ определенных категорий работников от прохождения обязательного медосмотра.

4-й: 21.04.2021–23.04.2021 (5 274 поста, 16 517 комментариев) — поручение Президента Российской Федерации о расширении программ диспансеризации и профосмотров с 1 июля 2021 года, включая задачу поставки в регионы мобильных медицинских центров для этих целей.

При этом самый высокий ажиотаж вызвала тема возможного ужесточения правил и удорожания медицинского осмотра для получения водительских удостоверений. В ноябре 2019 года эта новость буквально взорвала российский сегмент Интернета. Речь шла о введении обязательных тестов на алкоголизм и наркоманию, что приводило к удорожанию медицинской справки по разным оценкам от 5 до 7 тыс. рублей. Приказом Минздрава России вводилось обязательное прохождение исследования на наличие психоактивных веществ в моче и на содержание карбогидрат-дефицитного трансферина (CDT) в крови. Новый порядок выдачи медицинских справок для получения и обмена водительских удостоверений должен был вступить в силу 22 ноября, что вызвало волну паники среди автомобилистов и большие очереди в наркодиспансеры для получения справок до введения изменений. Следует отметить, что большинство комментариев к постам носило отрицательный характер даже после отмены решения о дополнительной плате за медицинские справки.

Делая вывод по анализу сетевого обсуждения проблем профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, можно отметить, что они не находятся в центре внимания аудитории «ВКонтакте». Выявленные всплески сетевой публикационной активности показали, что они лишь косвенно относятся к проблеме медицинских осмотров и практически не затрагивают вопрос диспансеризации. Остроту обсуждения вызвали вопросы платы за медицинские анализы для получения водительских удостоверений, возможность принудительного характера медицинских осмотров и нехватка квалифицированных специалистов и оборудования для проведения диспансеризации в регионах.

В то время как анализ сетевой активности показал общее отношение равнодушия и недоверия к медицинской профилактике в качестве сквозного фона обсуждения этих проблем в Интернете, по результатам всероссийского телефонного опроса возможно говорить

о наличии противоречивой связи между когнитивной составляющей отношения к здоровью населения и поведенческим аспектом. Смысл противоречия в том, что понимание важности и положительное отношение к профилактике не приводят большинство россиян к выбору позитивного типа поведения, направленного на сохранение здоровья.

Отношение к вакцинации

В рамках рассматриваемого вопроса профилактической медицины нельзя не затронуть и отношение населения к вакцинации. Вакцинация — это наиболее наглядный пример остроты проблем профилактической медицины, поскольку здесь одновременно сходятся проблема распространения опасных заболеваний, в том числе новых инфекций, вопросы научно-технологического развития в области создания вакцин, вопросы организации самой профилактической медицины, развертывания пунктов вакцинации и работы с населением. А также такой важный фактор, как желание самого населения вакцинироваться, проблема как отношения к собственному здоровью, так и доверия.

И прежде острая проблема усугубилась в связи с пандемией коронавируса COVID-19. Тяжелые последствия пандемии сказались практически на всех сферах жизни общества, непосредственно отразились на состоянии общественного здоровья. Выбор мирового сообщества между попустительством в ожидании выработки у населения коллективного иммунитета и разработкой новых вакцин однозначно был сделан в пользу последней. Но насколько безопасны применяемые вакцины от инфекционных заболеваний и в какой степени можно пренебречь требованиями безопасности при ускоренном вводе в действие новых вакцин в условиях пандемии и угрозы чрезвычайной ситуации? Насколько население готово массово прививаться от коронавируса? В частности, в период пандемии был принят Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», которым введены нормы о том, что в условиях чрезвычайной ситуации клинические испытания и регистрация лекарственных препаратов и вакцин могут проводиться по упрощенной форме. Но в то же время в отношении

такого технологически сложного продукта, как вакцина, сложилась мировая практика проверки на безопасность и эффективность при допуске к применению, включающей ряд этапов клинических испытаний определенной длительности.

Данные социологических исследований подтверждают некоторые опасения россиян по вопросу вакцинации в целом и от COVID-19 в частности. Так, по данным опроса ВЦИОМ, проведенного в мае 2020 года, большинство опрошенных россиян (59 %) готовы были бы сделать себе или членам своей семьи прививку от коронавируса. Но полную уверенность в этом выразили только 26 % опрошенных, в то время как для остальных имеет значение доказанная эффективность и безопасность вакцины. В связи с чем абсолютное большинство (70 %) выступило за добровольность такой вакцинации. Категорическими противниками собственной вакцинации от COVID-19 выступили 17 % опрошенных россиян⁵⁵.

В другом мониторинговом исследовании, проведенном Фондом общественного мнения, посвященном проблеме вакцинации от COVID-19, цифры противников вакцинации еще выше⁵⁶. Только немногим более половины россиян (54 %), согласно опросу, верят, что массовая вакцинация может остановить дальнейшее распространение коронавируса, в то время как почти каждый третий (29 %) настроен скептически. При этом в случае появления качественной вакцины 50 % опрошенных готовы сделать прививку, а 44 % все равно отказались бы. Аргументы в пользу отказа связаны с недоверием к вакцине, которая создается в спешке (10 %), наличием дополнительных хронических заболеваний (3 %), бесполезностью борьбы с постоянно мутирующими вирусами (3 %), низкой оценкой собственных иммунных возможностей организма (2 %), с тем, что не видят смысла, так как уже переболели коронавирусом (1 %). В аналитических материалах ФОМ подчеркивается, что в большей степени они представлены в возрастной группе людей среднего возраста, 36–45 лет, поскольку их социализация проходила в период наиболее

⁵⁵ *Вакцинация против COVID-19: перспективы и ожидания.* URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10284> (дата обращения: 22.08.2020).

⁵⁶ *Представление россиян о вакцине от COVID-19* // <https://covid19.fom.ru/post/predstavlenie-rossiyan-o-vaccine-ot-covid-19> (дата обращения: 22.08.2020).

распространенных информационных вбросов о вреде прививок в 1990-е годы в ситуации общего кризиса системы здравоохранения в нашей стране.

Рассмотрим отношение населения к вакцинации безотносительно к ситуации с пандемией COVID-19. Наше социологическое исследование было проведено весной 2020 года, в период, когда угроза новой вирусной инфекции еще только начала осознаться, а общественное мнение по этому вопросу не было сформировано. При этом мы видим достаточно устойчивое отношение к вакцинации: в разной степени положительное отношение к прививкам демонстрируют около 70 % россиян, а количество противников вакцинирования колеблется в зависимости от конкретной ситуации и вида вакцины, но в целом представляет собой около четверти населения (приложение 1, табл. 12).

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

Если мы говорим о конкретных позитивных и негативных факторах, влияющих на отношение людей к вакцинации, по их самооценкам, то здесь выделяются несколько таких субъективных факторов. Прежде всего, это информирование. К претензиям, что врачи недостаточно информируют о пользе и возможных рисках вакцин (27,8 %), можно добавить сомнения людей в части соотношения пользы и вреда (рисков) от вакцинации (22,8 %) и опасения в отношении конкретных вакцин, которым не доверяют (более 8 %) (приложение 1, табл. 14). Хотя, как выяснилось в ходе других социологических исследований, население больше доверяет российским вакцинам, нежели зарубежным. Далее можно отметить фактор личного опыта, как позитивного, так и негативного. Причем, по результатам нашего исследования, негативный личный опыт противниками вакцинации (15,3 %) упоминался чаще, чем позитивный ее сторонниками (13,6 %). Но здесь можно сказать, что негативный опыт в практике людей более заметен, наносит психологическую травму (травму памяти). И тем не менее указанный процент случаев

негативного личного опыта вакцинации высокий, с учетом того, что в целом 38,3 % опрошенных сталкивались с наступлением некоторых негативных последствий у себя или своих близких, вплоть до 20 летальных случаев (на 1 600 опрошенных) (приложение 1, табл. 19). Для оценок надежности и безопасности вакцинации в России эти цифры выглядят тревожно.

Наш опрос медиков также выявил неоднозначное отношение самих медицинских работников к вакцинации: 66,4 % медицинских работников — участников нашего опроса отмечают, что они предпочитают вовремя вакцинироваться от инфекционных заболеваний, но при этом 41,5 % медицинских работников все же в той или иной степени опасаются осложнений после вакцинации. Следует также отметить, что каждый четвертый опрошенный медицинский специалист в той или иной степени не доверяет официальной информации о вакцинах, что не может не сказываться и на уровне доверия к вакцинам со стороны населения. В данном контексте очень острой становится проблема недостатка информирования в сфере вакцинации не только среди пациентов, но и в самом врачебном сообществе. В исследовании Н.П. Галиной среди 512 врачей различных специальностей было выявлено, что они испытывают дефицит 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 год⁵⁷. То, что студенты медицинских вузов также испытывают нехватку знаний по иммунопрофилактике, было выявлено в другом исследовании⁵⁸.

Итак, в условиях пандемии COVID-19 вопрос вакцинации резко обострился как раз по причине недоверия, но наше исследование показывает, что общее отношение россиян к иммунопрофилактике сложилось еще задолго до пандемии. Она лишь вскрыла латентные

⁵⁷ Галина Н.П. *Отношение к иммунопрофилактике врачей различных специальностей // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018. № 17 (3). С. 74–79.*

⁵⁸ 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, эпидемиологии и иммунобиологии. 2017. № 2. С. 98–103.*

страхи и предубеждения общественного сознания так называемого тревожного общества. В период постсоветского институционально и ценностно-идеологического кризиса 1990-х годов появились не только многочисленные лженаучные теории, но и феномен массового недоверия к официальным экспертным данным, прежде всего в области медицинского знания. Особенно усилился этот «разрыв доверия» в эпоху развития Интернета, который упростил доступ к профессиональной медицинской информации для широкой публики. И остро проявил себя фактор экспертной интерпретации этой информации. Искаженная интерпретация приводит к тому, что цифровые социальные сети способствуют распространению антинаучных взглядов, фейковых новостей, слухов, «теорий заговора» и т. п., играя на иррациональных склонностях индивидов, их психологической внушаемости⁵⁹. 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.

Как следствие, в российском обществе не просто широко распространена позиция антивакцинальных скептиков, но и сформировалось крупное ядро радикальных антипрививочников. Для сравнения, согласно глобальному мониторингу, проведенному институтом Гэллага в 2018 году, во всем мире восемь из десяти человек (79 %) согласны с тем, что вакцины безопасны, 11 % колеблются в оценках безопасности и только 7 % отрицают вакцинирование⁶⁰. Как видим, категория убежденных «антипрививочников» в России более чем в три раза превышает мировые показатели (приложение 1, табл. 12).

И это не могло не сказаться в период пандемии, когда в условиях неопределенности и информационных фейков, а также распространения в СМИ сообщений о случаях негативных последствий от применения той или иной вакцины создавался социальный раскол и

⁵⁹ Мац А.Н., Чепрасова Е.В. Антипрививочный скепсис как социально-психологический феномен // *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2014. № 5. С. 111–114.

⁶⁰ Wellcome Global Monitor 2018: Attitudes to Vaccines. URL: <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018/chapter-5-attitudes-vaccines> (дата обращения: 22.05.2022).

повышенный эмоционально тревожный фон обсуждения проблемы, и группа колеблющихся продолжала расти. По данным *Edelman Trust Barometer* в 2021 году, Россия снова находится на последнем месте среди 28 стран по количеству ответивших о готовности вакцинироваться — так ответили только 40 % (средний показатель по странам, принявшим участие в исследовании, — 64 %) ⁶¹. По официальным данным, количество вакцинированных в Российской Федерации на июль 2022 года — 55,87 % (первым компонентом), полностью вакцинировано — 50,89 %, привились бустерной дозой — 10,0 %.

Понять общественную реакцию на призывы к вакцинации помогает анализ сетевой публикационной активности, который мы провели на материалах социальной сети «ВКонтакте».

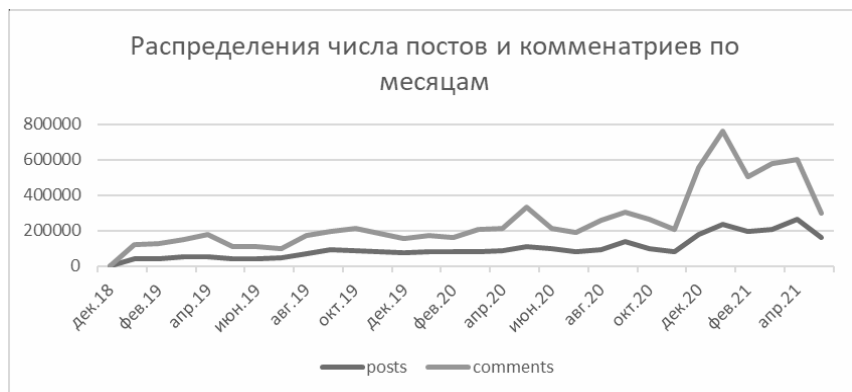


Рис. 2. Динамика всплесков сетевой публикационной активности по теме «вакцинация»

В результате сбора, обработки и визуализации полученного массива данных были обнаружены пять всплесков сетевой публикационной активности по теме «вакцинация», которые могут быть объяснены соответствующими информационными поводами:

1-й: 11.04.2019—12.04.2019 (4 603 поста, 17 006 комментариев) — предложение Министерства просвещения об ограничении посещения школы для невакцинированных детей;

⁶¹ *Edelman Trust Barometer*. URL: <https://www.edelman.com/trust/2021-trust-barometer> (дата обращения: 17.06.2022).

2-й: 30.05.2020—31.05.2020 (11 155 постов, 9 805 комментариев) — слухи о том, что в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях вводят норму о штрафе за отказ от прививок;

3-й: 11.08.2020—15.08.2020 (16 428 постов, 24 682 комментария) — новость о регистрации российской вакцины от коронавируса COVID-19 «Спутник V»;

4-й: 02.12.2020—05.12.2020 (27 055 постов, 35 293 комментария) — поручение главы государства о начале в России массовой вакцинации сначала отдельных категорий граждан, а затем всего населения;

5-й: 13.01.2021—22.01.2021 (11 2318 постов, 59 312 комментария) — старт кампании массовой вакцинации в Российской Федерации.

По всплескам обсуждений очевидно, что сетевой интерес к проблеме 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 сомневающихся). По любому инфоповоду антипрививочники практически полностью захватывали повестку обсуждения в социальных сетях, а сторонники вакцинации были в абсолютном меньшинстве. Среди обсуждений широкое распространение получили лжетеории, включая теорию заговора, раздутые сообщения о случаях отрицательных последствий вакцинации, летальных исходах, инвалидности, ссылки на отсутствие статистики, на заинтересованность фармацевтического бизнеса и т. д.

На основе исследования выявлено, что в социальных сетях активность убежденных противников вакцинации преобладает и это приводит к увеличению общей доли сомневающихся в безопасности вакцин. Среди факторов отказа от вакцинации выделяются недоверие к власти и системе государственного контроля в области профилактической медицины, к производителям вакцин, коррупция в сфере здравоохранения, широкое распространение недостоверной информации, фейков, а также отмечается низкая правовая защищенность населения в сфере иммунопрофилактики.

Организационно-правовые проблемы профилактической медицины

Как уже отмечалось выше, наиболее острый вопрос в реализации системы профилактических мероприятий — это включенность

населения в профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию. В соответствии с целевыми показателями национального проекта «Здравоохранение» к 2024 году охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год должен составить 70 % всех граждан. Эксперты отмечают спорность возможности обеспечить такой охват и выделяют ряд проблем как в части определения состава профилактических мероприятий (наличие малоэффективных процедур, несоответствие состава обследования фактическому профилю медицинского риска пациента), так и в части организации проведения диспансеризации взрослого населения страны (недостаток квалификации и перегрузка врачей первичного звена, исключая реальные возможности ранней диагностики)⁶². Уже накопленный опыт, а с 2013 года диспансеризация включена в систему обязательного медицинского страхования, свидетельствует о трудностях сохранения существующего уровня охвата (около 40 %), а в условиях пандемии его достижение представляется еще менее возможным. Так, проведенный ВЦИОМ в июне 2020 года опрос показал, что в этом году диспансеризацию прошли только 16 % населения. По данным этого опроса, 44 % россиян проходили диспансеризацию в течение последних трех лет, а 21 % — не делали этого никогда⁶³.

Врачебное сообщество, на которое возложена ответственность за достижение показателей охвата профилактическими осмотрами, предлагает разделить ее с работодателями. Так, в числе мероприятий, направленных на повышение вовлеченности населения в проведение профилактических медицинских осмотров в 2020 году, внесение изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации, касающихся предоставления оплачиваемого выходного дня для прохождения диспансеризации — работникам после 40 лет ежегодно, лицам предпенсионного возраста дважды в год, остальные работники могут воспользоваться этой возможностью один раз в три года. Но основной проблемой все же остается отсутствие у граждан

⁶² Назаров В.С., Авксентьев Н.А., Сисигина Н.Н. *Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии М., 2019.*

⁶³ *Здоровье — высшая ценность.* URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10321> (дата обращения: 24.08.2020).

желания проходить профилактический осмотр, а конкретных мер на развитие соответствующей мотивации пока не предлагается.

Эту тенденцию демонстрируют и результаты нашего исследования: роль работодателя достаточно существенна — 47,3 % опрошенных в возрасте от 18 до 55 лет в последние два года проходили профилактические медицинские осмотры по направлению работодателя или для поступления на работу (39,2 % в целом по выборке) (приложение 1, табл. 23). Кроме того, полученные данные позволяют предположить, что существование системы профилактической медицины в виде отдельно 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 более половины медиков (59,2 %) «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 25,0 % врачей все же отмечают, что это может усложнить процедуру диспансеризации и создать дополнительные трудности для пациентов (приложение 2, табл. 14). Представляется важным, чтобы организационно-функциональные принципы системы профилактической медицины стали более очевидными для всех включенных в ее реализацию сторон.

61,7 % респондентов-медиков считают, что права пациентов при прохождении профилактических медицинских осмотров и вакцинации в России не защищены или защищены не должным образом (приложение 2, табл. 27). Большее информирование о возможных рисках здоровью при прохождении медицинских осмотров и вакцинации и предоставление более широкого выбора медицинских услуг и организаций для проведения профилактических медицинских мероприятий, по мнению врачей, выступают основными мерами дополнительной защиты прав пациентов.

Кроме того, не могут способствовать эффективности системы профилактической медицины и доверию к ней и институциональные проблемы коррупции в системе здравоохранения. По данным мониторинговых социологических исследований (включая исследование

СПбГУ, 2018⁶⁴), медицина устойчиво входит в тройку лидеров высокого уровня восприятия коррупции населением, в том числе на основе собственного бытового опыта. А проведенные в рамках нашего научного проекта правовые экспертизы дают основание заключить, что действующая модель организации профилактических медицинских осмотров — во многом результат лоббизма со стороны медицинских организаций, получающих доход от профилактической медицины, в том числе и лоббизма коррупционного⁶⁵.

36,7 % респондентов всероссийского телефонного опроса считают сферу профилактических осмотров коррумпированной («сильно» и «не очень сильно»), при этом достаточно большой процент — 27,6 % — отказались дать определенный ответ (приложение 1, табл. 34). На рисунке 3 представлен возрастной срез отношения к

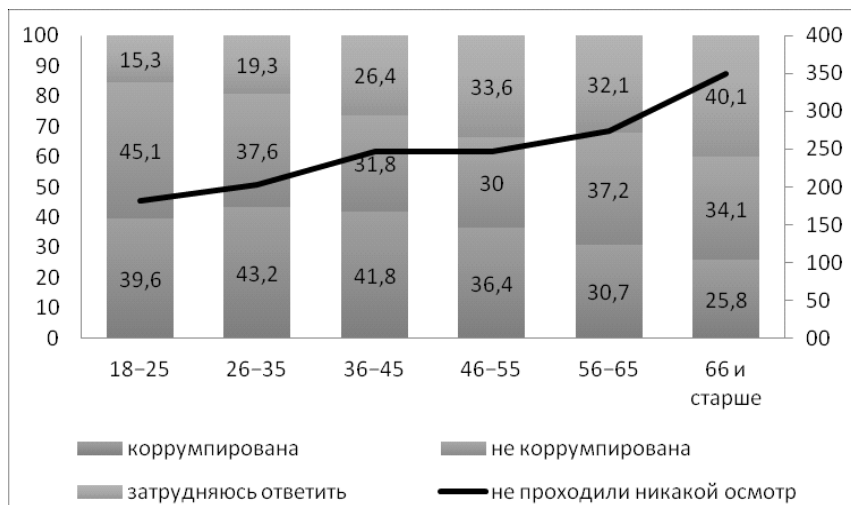


Рис. 3. Мнение о коррумпированности сферы профилактической медицины респондентов разных возрастов (%) и (не)участие в профилактических осмотрах (количество человек)

⁶⁴ Социальные технологии формирования антикоррупционного климата. URL: <https://pure.spbu.ru/admin/editor/dk/atira/pure/modules/unifiedprojectmodel/external/model/award/editor/awardeditor.xhtml?id=27528351> (дата обращения: 24.08.2020).

⁶⁵ Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Указ. соч.

коррупционности сферы профилактических осмотров (%) с кривой неучастия в профилактических осмотрах (количество человек). Молодые люди в возрасте до 25 лет более склонны оценивать данную сферу как некоррупционированную (45,1 %). Но и много оценок ее коррупционности, и больше всего среди представителей среднего возраста (26—55 лет). С возрастом увеличивается количество затруднившихся дать ответ, по-видимому, в связи с тем, что они в меньшей степени охвачены профилактическими мероприятиями.

Среди распространенных правовых нарушений в области профилактических осмотров выделяются приписки и так называемые фиктивные осмотры⁶⁶. Почти половина респондентов нашего телефонного опроса (46,8 %) знают об организациях, которые предлагают фиктивные документы о прохождении медицинского осмотра, из них 7,1 % пользовались их услугами (приложение 1, табл. 32). Эти данные о пользовании такими запрещенными услугами примерно соответствуют уровню бытовой коррупции тех, кто часто использует коррупционные практики в повседневной жизни.

Данные нашего исследования продемонстрировали, что по многим аспектам организации и правового обеспечения процесса взаимодействия «врач—пациент» и проведения профилактических осмотров наблюдается «единодушие» врачей и пациентов. Так, большой процент населения и медиков считают недопустимым установку камер видеонаблюдения в кабинете врача и процедурных кабинетах и негативно относятся к включению в обязательные медицинские осмотры без согласия пациентов специфических процедур (создающих риски, болезненных, осмотров закрытых частей тела). Также отмечается, что прежде всего государство должно нести ответственность за риски негативных последствий вакцинации, увеличить размер компенсаций и создать правовые гарантии защиты прав пациентов в этом вопросе.

Выводы

Наше исследование продемонстрировало важный запрос со стороны общества на реформирование системы медицинской профи-

⁶⁶ *Пряхина Н.И., Суслина Е.В. Указ. соч.*

лактики 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 лиц, ответственных за развитие российской системы профилактической медицины.

В целом проведенный анализ показал болезненные точки отношения населения к профилактической медицине и собственной профилактике болезней. Следует признать, например, что антивакцинаторство питается не только скепсисом относительно технического прогресса, но и строит свою политику на несовершенствах самой вакцинопрофилактики. Выявленные стереотипы и страхи позволят учесть социально-психологический и социокультурный факторы для разработки рекомендаций и в области правового регулирования проблемы.

Итак, мы выявили, что ключевой для развития профилактической медицины в России является проблема институционального доверия. Без добровольного и заинтересованного участия населения в медицинских практиках поддержания здоровья теряет смысл концепция 4П-медицины. А деньги, выделенные на профилактические медицинские мероприятия, такие как диспансеризация, «утекут в песок». При этом следует помнить, что доверие формируется годами, выстраивается через цепочки коммуникаций пациенты—

врачи—страховщики—чиновники и др. А они, в свою очередь, находятся в определенной институциональной среде, зависят от общей политики в системе здравоохранения и наличия специальных программ развития в области профилактической медицины. При этом следует учитывать и общую социально-психологическую ситуацию с общественным доверием в России.

Данные официальных отчетов и результаты социологических исследований выявляют ряд проблемных областей и вызовов для развития профилактической медицины, таких как недостаток квалифицированных врачей, отсутствие процедур, соответствующих медицинским рискам пациентов, крайне низкая мотивация населения прохождения данных процедур и недостаток реальных мероприятий по стимулированию участия людей в профилактике собственных заболеваний. Также отмечается, что прежде всего государство должно нести ответственность за риски негативных последствий профилактических процедур, увеличить размер компенсаций и создать правовые гарантии защиты прав пациентов в этом вопросе.





3.1. Исторические параллели развития профилактического принципа российского здравоохранения как основы системы охраны здоровья населения Российской Федерации в современных условиях прогресса медицины и права⁶⁷

Настоящий параграф посвящен историческому анализу развития правовых основ профилактического принципа в здравоохранении России с момента появления официальной медицины (начало IX — XIV век) и до начала 90-х годов XX века, связанных с переходом от государственной системы здравоохранения (системы Бевериджа — Семашко) к системе медицинского страхования (Система Бисмарка).

На примере борьбы с особо опасными инфекциями (оспа, холера, полиомиелит и др.) показан гуманный подход российского

⁶⁷ При написании данного параграфа использовалась статья: Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Сопрун Л.А. Исторический анализ развития правового регулирования профилактического принципа в организации охраны здоровья населения России // Медицина и право в XXI веке : материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол «Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины». СПб., 2020. С. 74—112.

государства к ограничительным мерам, отсутствие жестких принудительных мер, сохранение принципа добровольности и автономии личности. Примечательно, что подобные принципы вполне подходят и в наше время, в условиях пандемии коронавируса, когда в некоторых странах активно обсуждаются предложения о необходимости принудительной вакцинации, более жестких ограничительных мер по отношению к населению.

Российская система здравоохранения прошла долгий путь становления от частной системы здравоохранения — народной медицины средневекового периода (возмездной, с участием иностранных врачей)⁶⁸, до хорошо развитой системы здравоохранения советского периода, основанной на профилактических принципах (конец 70-х годов XX века)⁶⁹.

Существенные изменения система здравоохранения претерпела в связи с переходом от бюджетного здравоохранения к системе медицинского страхования, внедрению рыночных отношений и развитию медицинских услуг, не характерных для традиций отечественной медицины. Данная реформа здравоохранения на долгие годы отдалила здравоохранение России от профилактических принципов⁷⁰.

Тем не менее нельзя не признать, что одним из основных достижений отечественного здравоохранения было развитие профилактических принципов, начиная с применения массовой вакцинации от оспы в XIX веке до уникального опыта внедрения диспансеризации раннего социалистического периода 30-х годов прошлого столетия. Главным достижением данного метода был массовый охват населения прививками, поддержание здоровья на высоком уровне путем соблюдения рекомендаций здорового образа жизни (ЗОЖ), повышение самосознания населения относительно необходимости предупреждения болезней. Подобные принципы невозможно внедрять только методом массового убеждения, они требовали законо-

⁶⁸ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси. Казань, 1891.*

⁶⁹ Венедиктов Д.Д. *О некоторых уроках Алма-Атинской конференции // Всемирный форум здравоохранения. 1982. Т. 2, № 4. С. 20–28.*

⁷⁰ Акулин И.М., Жигулева Л.Ю. *Развитие медицинского страхования в РФ. На перепутье. Что дальше? // Медицина и право в XXI веке : сборник трудов X ежегодной научно-практической конференции. СПб., 2018. С. 68–83.*

дательного закрепления с целью неуклонного их соблюдения. Однако обеспечение общественной безопасности, связанное в основном с массовыми инфекционными заболеваниями и автономией личности, соблюдением обязательности и добровольности, всегда входило в противоречие с государственными интересами, направленными на защиту общественного здоровья нации.

С 1990 года в стране проводится реформа здравоохранения, основанная на переходе к рыночным механизмам функционирования здравоохранения. Ее основные принципы: децентрализация управления, многоканальность финансирования, демонополизация лечебно-профилактических учреждений, внедрение рыночных механизмов, введение медицинского страхования. Однако отсутствие сбалансированной программы реформ, ее этапов, нестабильность социально-экономического положения в стране в настоящее время привели к пересмотру данной стратегии. Особенно пострадала система первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Российской Федерации.

В своем выступлении 20 августа 2019 года Президент Российской Федерации В.В. Путин на встрече с министром здравоохранения В.И. Скворцовой отметил критическое состояние этого звена отечественного здравоохранения: «...нехватка врачей первичного звена — около 25 тысяч человек и среднего персонала — около 130 тысяч; низкая зарплата и отсутствие передовых методов ее организации; слабая материально-техническая оснащенность организаций первичной медико-санитарной помощи». Президентом Российской Федерации была поставлена задача привести в порядок ПМСП и доложить о результатах к 1 сентября 2020 года. Настало время для серьезного пересмотра путей развития первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации.

Несмотря на то что система оказания ПМСП в Российской Федерации (амбулаторно-поликлинического обслуживания), конечно, соответствует целям и задачам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), однако организация ПМСП в Российской Федерации имеет собственные национальные черты, исторические основы, отличающие ее от опыта и практики в большинстве мировых стран. Можно привести итоги дискуссии в Государственной Думе Российской Федерации *14 июня 2019 года*, где состоялось заседание

«круглого стола» на тему «*О состоянии и перспективах совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации*». Обсуждение было связано с некоторыми законодательными изменениями организации в Российской Федерации ПМСП, с передачей ее в 2010 году из муниципального управления в управление субъекта Российской Федерации.

Все выступающие сошлись во мнении, что состояние первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи является неудовлетворительным и требует принятия срочных мер, прежде всего в части обеспечения ее доступности для всех жителей страны, особенно в сельской местности, на малонаселенных и труднодоступных территориях.

Необходимо добавить, что особенно пострадала система профилактической работы с населением. Медицинские работники увлеклись платными профилактическими осмотрами в ущерб предупреждению заболеваний на основе индивидуальной профилактики, пропаганды ЗОЖ, профилактической системной работы как основного принципа организации борьбы за здоровое поколение и население в целом.

Почему же произошла подобная ситуация, несмотря на то что Российская Федерация всегда была лидером по организации ПМСП и была признана одной из успешных систем в мире.

Первичная медико-социальная помощь — основа системы здравоохранения Российской Федерации

С 1978 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) всегда уделяла огромное внимание развитию ПМСП. От принципов ее организации, состояния и развития и ее главного звена — амбулаторно-поликлинической помощи, зависят эффективность, доступность и качество медицинской помощи населению любой страны. Это связано с тем, что решение большинства медико-социальных проблем, возникающих в семьях, проблем социально незащищенных групп населения — детей, инвалидов, престарелых и лиц пожилого возраста, других контингентов происходит по месту их проживания (на уровне общины, как утверждает ВОЗ). Доклад ВОЗ

о состоянии здравоохранения в мире 2008 года также полностью посвящен развитию первичной медико-санитарной помощи⁷¹. ВОЗ рассматривает ПМСП как один из ведущих инструментов стратегии здоровья для всех, так как она, осуществляя главную функцию системы здравоохранения и являясь ее центральным звеном, составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества. На 62-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2009 году был рассмотрен вопрос дальнейшего развития ПМСП в современных условиях и принята соответствующая резолюция WHA 62.122, в которой, в частности, содержится призыв к государствам-членам обеспечить на всех уровнях политическую приверженность ценностям и принципам Алма-Атинской декларации⁷², сохранять в международной повестке дня высокую значимость вопроса укрепления систем здравоохранения на основе концепции ПМСП, а также обеспечить действия, направленные на организацию всеобщего доступа к первичной медико-санитарной помощи. В докладе ВОЗ «Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо», который приурочен к 30-летию Алма-Атинской декларации, приводятся убедительные аргументы в пользу развития ПМСП⁷³.

«Тридцать лет назад в Алма-Атинской декларации первичная медико-санитарная помощь была определена как группа определяющих ценностей для развития здравоохранения, группа принципов для организации служб здравоохранения и как ряд подходов для удовлетворения приоритетных потребностей здравоохранения и воздействия на фундаментальные детерминанты здоровья, — сказала в своей речи, посвященной юбилею Алма-Атинской конференции, Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен. — Придавая

⁷¹ URL: <https://www.who.int/dg/20080915/ru/index.html> (дата обращения: 04.06.2022).

⁷² *Первичная медико-санитарная помощь: отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г., проведена совместно с Всемирной организацией здравоохранения и Детским фондом Организации Объединенных Наций. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978 г. // Здоровье для всех. 1979. № 1.*

⁷³ URL: <https://www.who.int/whr/2008/summary/ru/> (дата обращения: 04.06.2022).

важное значение работе на местах, первичная медико-санитарная помощь отдает должное силе человеческого духа и творческому поиску, оставляя место для решений, разрабатываемых, принимаемых и поддерживаемых общинами»⁷⁴.

Термин «первичная медико-санитарная помощь» появился сравнительно недавно — в период подготовки и проведения под эгидой ВОЗ международной Алма-Атинской конференции (1978), на которой был положительно оценен опыт развития и функционирования системы ПМСП (амбулаторно-поликлинической помощи) населению СССР. Решения этой Конференции были отражены в 15 основных принципах организации первичной медико-санитарной помощи и дали мощный толчок в развитии международного сотрудничества в этой области. Основные принципы организации первичной медико-санитарной помощи определены в документах ВОЗ, согласно которым ПМСП должна включать как минимум: 1) просвещение по основным проблемам здравоохранения и обучение методам профилактики и борьбы с болезнями; 2) содействие организации правильного питания, обеспечение доброкачественной водой, проведение основных санитарных мер; 3) охрану здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи; 4) иммунизацию против основных инфекционных заболеваний; 5) профилактику основных эндемических в данном районе болезней и борьбу с ними; 6) правильное лечение обычных заболеваний и травм; 7) обеспечение основными лекарственными средствами; 8) обеспечение доступности для всех групп населения, в любых регионах страны; 9) полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи; 10) усиление профилактической направленности в деятельности учреждений ПМСП; 11) повышение эффективности работы учреждений ПМСП, совершенствование управления; 12) повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

Каждая страна должна была обеспечить необходимые меры по принятию на всех правительственных и общественных уровнях обязательств в отношении ПМСП, привлекать широкие массы и

⁷⁴ URL: https://www.who.int/whr/2008/summary_ru.pdf?ua=1 (дата обращения: 04.06.2022).

общественность, создать благоприятные режимы для работников первичного уровня здравоохранения путем льгот условий труда, достойной оплаты труда.

Несмотря на то что на Алма-Атинской сессии ВОЗ опыт СССР в организации первичной помощи был признан лучшим и рекомендован для развития его для других стран — членов ВОЗ⁷⁵, в последующие годы отечественное здравоохранение пошло по пути развития специализированного звена в ущерб ПМСП, что отразилось на эффективности системы здравоохранения в целом.

Изложенные выше принципы организации ПМСП населению, рекомендованные ВОЗ, в большинстве своем не были реализованы в нашей стране по разным причинам, основными из которых являлись: недостаток бюджетного финансирования; жесткая централизованная система управления; концепция социальной однородности здоровья; объединение профилактической и лечебной медицины, приведшее к превалирующей роли лечебников (только 5 % рабочего времени уделялось профилактике); экстенсивный путь развития за счет постоянного увеличения численности врачей, больничных коек, поликлиник и т. д.; излишняя специализация медицины, приведшая к низкой квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения, незаинтересованности в конечных результатах труда, низкому уровню заработной платы в системе здравоохранения, падению престижа.

Анализируя данную ситуацию, необходимо подчеркнуть, что в наши дни появились реальные предложения по возврату к советской системе здравоохранения, которая строилась как государственная система со строгой централизацией и системой единой политики, направленной на оздоровление нации в целом, но с приоритетом охраны здоровья трудящихся как главной экономической категории, от которой зависит экономический потенциал страны. Отсутствие системного подхода, выбора приоритетов, невнятная политика в сфере ПМСП порождают дублирование медицинской помощи, ненужные, часто формальные медицинские профилактические мероприятия, например профосмотры,

⁷⁵ Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. 1979. Т. 33, № 3. С. 123—156.

наличие многих параллельных структур в ПМСП по решению одних и тех же задач и т. д.

Однако опыт предыдущих этапов развития здравоохранения России свидетельствует о необходимости единой стратегии, основанной на российском историческом опыте эффективной профилактической медицины как основы государственной системы охраны здоровья населения России. Не всегда все удавалось, были системные ошибки, знание которых позволит избежать их повторения в организации такой сложной отрасли, как здравоохранение, в настоящий период развития отечественного здравоохранения.

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

Профилактика и здоровье населения в Древней Руси. Роль государства

До введения христианства на Руси медицина существовала в основном как народное целительство, используя опыт предшествующих поколений, природные факторы, сборы трав, языческие обряды и многое другое, что до сих пор мало изучено. Развитие медицины и появление зачатков профилактики началось с введения христианства в Древнерусском государстве (IX—XIV века). Изменился образ жизни и мировоззрение людей. Дипломированных врачей не было, народные врачеватели, «лечцы», на Руси получали медицинские знания в «семейных школах», где на основе семейного опыта и образа жизни передавались знания о целительстве из поколения в поколение. Целительство, исцеление, во многом было связано с верой и душевными усилиями над собой. Роль народных врачевателей зачастую сводилась к поддержанию духовных сил. Доверительный характер этих отношений имел решающее значение для больного. В толковых словарях русского языка приводятся значения слов «целитель» и «целительство», раскрывающие глубинную сущность данных явлений. Так, в Словаре Ожегова дается определение:

целитель — равнозначно исцелитель. Целитель недугов⁷⁶. Исцелить — то же, что вылечить. Исцелить больного. Время исцелит душевные раны (перен.)⁷⁷. Целитель, устар. 1) Тот, кто исцеляет, врачует от чего-л.; 2) перен. Тот, кто способен утешить, успокоить, облегчить душевные страдания⁷⁸.

Надо понимать, что исцеление в ранний период развития медицины было равнозначно душевному успокоению, излечению духа в первую очередь, и основано на вере в личность целителя и, конечно, высшие силы, Бога. Не есть ли это главное начало в развитии деонтологических принципов в деятельности медицинских работников?

Несмотря на то что в Древней Руси еще не было врачей-профессионалов, ряд древнейших законодательных актов Руси подтверждает факт существования недипломированных врачей — «лечцов». Труд их был возмездным, и в «Правде русской», например, говорится о том, что за излечение полагалась «лечцю мзда». В статье 30 определено, что за нанесение раны виновный платит в казну пострадавшему «за рану ж лечебное»⁷⁹.

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

В X веке в Древнерусском государстве, в основном при княжеских дворах и монастырях, работали врачи-профессионалы, находившиеся, по существу, на службе у государства, — Иван Смерч (двор князя Владимира), врач Агапий (Киево-Печерский монастырь) и другие⁸⁰. Древнерусское государство просуществовало 300 лет, а затем распалось на отдельные княжества. Завоевание русских земель татарами-монголами (1237—1240) привело к утрате политической независимости России почти на два с половиной столетия, погибли

⁷⁶ Ожегов С.И. *Словарь русского языка*. М., 2012. С. 904.

⁷⁷ Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. *Толковый словарь русского языка*. М., 1992. С. 261.

⁷⁸ Ефремова Т.Ф. *Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный* : в 2 т. М., 2012. Т. 2.

⁷⁹ *Правда русская*. М.-Л. : Изд-во АН СССР, 1947. Т. 11.

⁸⁰ *Киево-Печерский патерик*. Киев, 1870.

многие культурные ценности, в том числе и первые медицинские учреждения. Однако в свободных от порабощения землях продолжалось развитие производительных сил, особенно в Северо-Западной Руси, которые способствовали развитию отечественной системы здравоохранения. В древнем Новгороде в XIV веке построена первая гражданская больница⁸¹. Продолжали развиваться монастырские больницы, широко использовался опыт народной медицины, основанной, скорее, на интуитивном, практическом профилактическом опыте защиты от многочисленных угроз здоровью россиян⁸².

Куликовская битва (1380) открыла путь для создания централизованного Московского государства (1480). Этот период характеризовался быстрым экономическим развитием страны, постоянной угрозой военного нападения извне, однако это способствовало развитию зачатков государственной медицины. В 1620 году был создан Аптекарский приказ, ставший высшим органом медицинского управления в Московском государстве⁸³.

Аптекарский приказ на первом этапе своей деятельности являлся придворным медицинским учреждением, управлял царской аптекой, ведал медицинским персоналом. В обязанности Приказа входило лечение царя и его семьи, а также ряда приближенных. По сути, это был первый опыт посемейного принципа медицинского обслуживания в государстве. В 1631 году штат Аптекарского приказа был небольшим: 2 врача, 5 лекарей, 1 аптекарь, 1 окулист, 2 переводчика и 1 подъячий. В середине XVII века Аптекарский приказ из придворного превратился в общегосударственное учреждение, ведавшее приглашением иноземных врачей, подготовкой национальных кадров, контролем за деятельностью медперсонала, аптеками и позднее созданием медицинской службы в армии. В 1681 году штат Аптекарского приказа значительно увеличился. Среди 80 сотрудников было 6 докторов, 4 аптекаря, 3 алхимика, 16 лекарей-иноземцев, 21 русский лекарь, 38 учеников лекарского костоправного дела⁸⁴.

⁸¹ Хлотин Г., Эрисман Ф. *Медицина и народное здравоохранение в России // Энциклопедический словарь. Л., 1991. С. 214–217.*

⁸² Бердищев В.И. *О народном врачевании при православных монастырях // Врач. 1901. № 39. С. 85–119.*

⁸³ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси. Казань, 1891.*

⁸⁴ *Материалы для истории медицины в России. СПб., 1881–1884. Вып. I–III. С. 309.*

В 1690 году был издан Указ царей Ивана и Петра Алексеевичей «Об улучшении постановки аптечного и медицинского дела в Аптекарском приказе». В нем отмечались частые споры и несогласия между докторами и аптекарями: «безо всякой причины... вражда ссоры, клевета и нелюбовь», отсюда у младших чинов «докторам и аптекарям и непослушание, в делах нерадение». Отмечалось, что при таких условиях изготовленные лекарства вместо пользы могут причинить людям страдания. Указом предписывалась обязанность для каждого доктора и аптекаря принимать клятву и присягу⁸⁵.

Эти меры способствовали становлению государственного здравоохранения, так как все лекари состояли на государственной службе. В 1646 году открывается школа русских лекарей, появляются первые учебники (около 300 отечественных «травников» и «лечебников»), переводятся иностранные труды в области врачевания. Входит в традицию коллегиальность в решении сложных случаев, устраиваются консилиумы. Появились первые доктора медицины из числа «природных русских»: в XV веке — Юрий Дрогобычский и Георгий Скорина⁸⁶.

Итак, в Московском государстве XVII столетия заложены основы для развития государственной медицины, однако на уровне первичной медицинской помощи для населения Руси отсутствовала медицинская помощь как система, она базировалась на семейных, народных знаниях, передаваемых из поколения в поколение. Тем более не существовало общегосударственных законодательных актов о профилактических мероприятиях, хотя эпидемии холеры, оспы и других инфекционных заболеваний повсеместно уносили огромное количество жизней россиян.

Появление государственной системы здравоохранения начинается с реформ Петра I в эпоху феодализма (XVII—XVIII века), и она была ориентирована на потребности регулярных армии и флота. В связи с этим стал остро ощущаться недостаток во врачебных кадрах, была проведена реорганизация медицинского дела в стране. В Москве (1707), а затем в Петербурге (1718 — 1719) были открыты военные госпитали и госпитальная школа при них, ставшие базой

⁸⁵ *Правда русская. М.-Л. : Изд-во АН СССР, 1947. Т. 11.*

⁸⁶ *Материалы для истории медицины в России. СПб., 1881—1884. Вып. I-III, IV.*

для подготовки врачебных кадров⁸⁷. Развивается и совершенствуется государственное управление врачебным делом в России — вместо Аптекарского приказа учреждается медицинская канцелярия (1719), а затем — медицинская коллегия (1763).

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

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

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

Одновременно накапливаются знания в области общественной профилактики, в основном направленной на предупреждение и ликвидацию эпидемий, началом которой стали масштабные мероприятия по борьбе с оспой, свирепствовавшей в России и по всей Европе. К общегосударственным мероприятиям по предупреждению и ликвидации эпидемий можно отнести организацию карантинных застав (1755), утверждение должности «пограничного доктора» (1743), утверждение Сенатом Карантинного устава (1800), утверждение Медицинской коллегией Наставления о прививании предохранительной оспы (1803) и др.

⁸⁷ Загоскин Н.П. *Врачи и врачебное дело в старинной Руси. Казань, 1891 ; История медицины / П.Е. Забудовский, Г.Р. Крючок, М.К. Кузьмин, М.М. Левит. М., 1981.*

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

Россия в период разложения феодализма (первая половина XIX века) характеризовалась дальнейшим развитием капиталистических отношений в экономике (международной торговли, промышленности, сельского хозяйства), ростом населения. В связи с этим возникла острая потребность в медицинских специалистах и мерах, направленных на создание системы охраны здоровья, прежде всего в армии и затем — в общинах⁸⁸.

Несмотря на достижения отечественной медицинской науки, состояние здоровья основной массы населения — крестьян — было крайне тяжелым. Эпидемии, недороды, голод были настоящими бедствиями. Вспышки чумы отмечались в 1804 и 1806 годах на Кавказе, в 1806 году — в Астрахани, в 1808 году — в Саратовской губернии, в 1814 году — в Одессе. В 1830 году холера, впервые занесенная в страну из Персии, распространилась по всей Европейской части России⁸⁹.

Число врачей было крайне недостаточно, если в 1809 году имелось 2 508 врачей, то в 40-х годах их числилось свыше 8 000, из них не менее трети служили в армии и флоте⁹⁰. Большинство гражданских врачей находились в городах. Устройство медицинских частей и больниц в селах всецело было предоставлено помещикам. Медицинское дело в стране находилось в ведении департамента Министерства внутренних дел.

Таким образом, нельзя говорить о существовании в этот период системы здравоохранения общегосударственного характера, особенно на уровне первичной медицинской помощи. Ситуация особенно ухудшилась в связи с чрезвычайно высокой детской смертностью (из 1 000 родившихся лишь половина достигала шестилетнего

⁸⁸ Мудров М.Я. *Избранные произведения*. М., 1949. С. 169—170, 221.

⁸⁹ Жбанков Д.Н. *Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России*. М., 1915.

⁹⁰ *Материалы для истории медицины в России*. СПб., 1881. Вып. II. С. 207; 1885. Вып. IV. С. 916—1015.

возраста). Борьба за улучшение медицинского обслуживания населения, охрану здоровья народа, снижение детской смертности не могла успешно вестись одиночками. Врачи России объединялись вокруг многочисленных губернских, а затем уездных обществ врачей, съездов русских испытателей и врачей, журналов нового стиля⁹¹.

К началу XIX века в России сформировалась сильная школа медицинской науки и практики, явившаяся основой для последующих успехов в решении проблем общественного здоровья. Несмотря на большое число иностранных врачей, ведущая роль в преподавании и становлении отечественного врачебного дела, врачебных кадров принадлежала отечественным ученым⁹².

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

Вакцинация против оспы — начало развития профилактических принципов в здравоохранении России

На протяжении последних столетий одной из самых спорных тем была и остается специфическая профилактика (вакцинация),

⁹¹ Бердачевский Г. *Перспективы русской общественной медицины // Русское богатство. 1907. № 2. С. 33—57.*

⁹² Дядьковский И.Я. *Соч. М., 1954.*

которая затрагивает основные человеческие ценности, свободу выбора, добровольность в принятии решений в сфере здоровья, автономии личности. Интересы индивидуума и общества в целом часто не совпадают. Однако научный прогресс в медицине начался именно с открытием вакцинопрофилактики, что ярко подтвердилось на практике. Данное открытие способствовало развитию общественной профилактики и принятию законодательных ограничительных мер, зачастую носящих запретительный характер.

Определений понятия «вакцинация» огромное количество, но основным является данное Всемирной организацией здравоохранения: «Вакцинация — это простой, безопасный и эффективный способ защиты от болезней до того, как человек вступит в контакт с их возбудителями. Вакцинация задействует естественные защитные механизмы организма для формирования устойчивости к ряду инфекционных заболеваний и делает вашу иммунную систему сильнее». ВОЗ утверждает: «Иммунизация спасает миллионы жизней и получила широкое признание в качестве одной из самых действенных и затратоэффективных мер в области здравоохранения»⁹³.

Вакцинация является одним из самых важных достижений медицины в истории. Проблему «антипрививочников» ВОЗ отнес к одной из десяти проблем системы здравоохранения во всем мире в XXI веке⁹⁴.

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

⁹³ *Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации. Доклад об оценке осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин за 2018 год. Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2018 г. (WHO/IVB/18.11). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

⁹⁴ *Еженедельный эпидемиологический бюллетень. 22 ноября 2019 г. URL: <https://www.who.int/wer> (дата обращения: 17.06.2022).*

территориях России, отличалось местным характером, не получая широкого распространения. Постепенно в XVIII веке вариоляция как метод предохранения от оспы становится общим достоянием и распространяется из Западной Европы в Россию. В Европу она пришла через письма, а потом и личную инициативу леди Монтак, путешествовавшей по восточным странам и обнаружившей эту процедуру в Стамбуле в 1715 году⁹⁵.

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

Горячим сторонником распространения этой прививки был американский государственный деятель и ученый Б. Франклин (Benjamin Franklin, 1706—1790). Как и во многих странах, в США попытки прививать оспу вызывали стихийные протесты, вплоть до физических расправ с врачами. Законодательные и исполнительные власти колоний демонстрировали непонимание и противодействие оспопрививанию, а в провинции Массачусетс издали закон, запрещающий его. Б. Франклин всеми имевшимися у него средствами боролся с подобными невежественными действиями, будучи убежденным в том, что «прививка — безопасная и полезная мера»⁹⁶. В ходе войны за независимость США от Англии Джордж Вашингтон вариолировал натуральную оспу всем своим солдатам и этим защитил армию от заболевания⁹⁷.

Введение массовой вакцинации невозможно без принуждения, о чем говорит история развития этого метода, но все-таки метод убеждения остается приоритетным для большинства стран. Только стихийный непредсказуемый характер особо опасных инфекций ставит под сомнение принцип добровольности и приоритетности

⁹⁵ *Inaya Hajj Hussein, Nour Chams, Sana Chams, Skye El Sayegh, Reina Badran, et. al. (2015).*

⁹⁶ *Иванов Р.Ф. Бенджамин Франклин. М., 1972.*

⁹⁷ *Becker Ann M. Smallpox in Washington's Army: Strategic Implications of the Disease During the American Revolutionary War. The Journal of Military History. 2004;68:381-430.*

автономии личности. Анализ истории в нашей стране также подтверждает этот вывод на примере оспы.

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

Известный историк В.О. Губерт (1862—1941) указал, что одно из первых описаний эпидемий оспы в русских летописях, в частности в Никоновской, относится к 1427 году, когда на Руси «мор бысть велик во всех градах русских по всем землям, и мерли прыщем ...»⁹⁸. Первое правительственное распоряжение относительно оспы появилось в царствование Федора Алексеевича — именной указ № 826 от 8 июня 1680 года, где говорилось, что тем, которые имели доступ ко двору, объявлено, чтобы они не имели никакого сообщения с особою государя, пока у них в доме не пройдет болезнь. За неисполнение этих правил виновный подвергался строгому наказанию: «И тот за такую их бесстрашную дерзость и за неостерегательство Его Государева здоровья, по сыску быть в великой опале, а иным и в наказаньи, и в разореньи без всякого милосердия и пощады, и поместья их, и вотчины взяты будут на него, Великого Государя, и отданы в раздачу бесповоротно»⁹⁹.

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

В царствование Петра I вышло более десятка указов о мерах по недопущению распространения инфекционных заболеваний. Издавались они и позже. Во время оспенной эпидемии в Петербурге в 1727 году было распространено строгое распоряжение о прекращении

⁹⁸ Губерт В.О. *Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия*. СПб. : Тип. П.П. Сойкина, 1896.

⁹⁹ *Полное собрание законов Российской империи. Собрание 1-е / под ред. М.М. Сперанского*. СПб. : Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества канцелярии, 1830. Т. 2.

доступа населения на Васильевский остров, где находилась в то время резиденция четырнадцатилетнего царя Петра II. В указе от 10 декабря 1722 г. № 34130, п. 39, требовалось срочно сообщать о всех случаях оспы в Полицмейстерскую канцелярию. Несмотря на все меры, инфекция была занесена во дворец, по предположению, князем С.Г. Долгоруким, у которого оспой болели дети. Петр II заболел оспой и умер (1730).

Во время царствования Елизаветы Алексеевны был издан указ от 11 февраля 1742 г. № 8512 «О воспреещении проезда ко дворцу лицам, у которых в домах окажется оспа...», в котором оговаривались меры по изоляции больных.

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

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

В Петербурге первые прививки были проведены в 1764 году главным врачом русского флота А.Г. Бахерахтом и доктором И.З. Кельхом. В 1765 году доктор медицины, член Императорского вольно-экономического общества, ученый секретарь медицинской коллегии Х. Пекен (1731—1779) сделал доклад об оспе и оспопрививании, который был напечатан в Трудах Вольно-экономического общества и выпущен отдельным изданием¹⁰⁰.

На заседании Комиссии для сочинения проекта нового уложения (законодательства) 11 декабря 1767 года депутат Медицинской коллегии доктор Г.Ф. Аш (1729—1807) обратил внимание коллег на успехи Западной Европы в борьбе с оспой, особенно в Англии и

¹⁰⁰ *Способ, как сельским обывателям пользоваться себя в оспе; сочинение Пекена; перевел Алексей Протасьев. СПб., 1766.*

на территории Российской империи в Лифляндии и Эстонии. Приводя успешные примеры, он убеждал собравшихся разделить его мнение, «что вернейшим средством для предохранения русского населения от оспенных эпидемий следует признать искусственное заражение этою болезнью»¹⁰¹.

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

В России вариоляция была внедрена императрицей Екатериной II¹⁰². Ее пример способствовал распространению прививки оспы в 1770—1780-е годы, и по числу привитых Россия не только сравнялась с европейскими странами, но и опередила их. В память привития оспы Екатерине II было отчеканено 12 медалей по Сенатскому указу от 14 мая 1772 года. Екатерина II «не только осмелилась быть из первых», но и повелела обнародовать описание своей болезни, «чтоб и другие, употребляя те же средства, удобно предохраняли себя от опасностей...»¹⁰³.

Вызывает искреннее восхищение поступок Екатерины II, так как на своем примере впервые государственный деятель показал эффективность новации в медицине. Последующие ее указы говорили о том, что забота о здоровье населения также вдохновляла ее на этот опасный эксперимент. Однако Екатерина II понимала, что распространение прививки все еще недостаточное. Иницируется ряд мероприятий правительственного характера. Для производства

¹⁰¹ Губерт В.О. Указ. соч.

¹⁰² Микиртичан Г.Л. Из истории вакцинопрофилактики: оспопрививание // Российский педиатрический журнал. 2016. № 19. С. 55—62.

¹⁰³ Димсдаль Ф. Нынешний способ прививать оспу, к которому прибавлено несколько опытов, učinенных для усмотрения следствий, чтоб лечить подобным же образом и естественную, или природную оспу: к сему переводу прибавления, которых содержание означено после предисловия : пер. с англ. по 4 изд. Сичкарева Л. СПб. : Императорская Академия Наук, 1770.

вариоляции были открыты новые оспенные дома: в Иркутске (1772), Киеве, Царском Селе, Ижоре.

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

В те же годы Медицинская коллегия командировала врачей в другие города для проведения оспопрививания. Первоначально правительство назначало денежные награды родителям за каждого ребенка, принесенного в оспопрививательное заведение. А врачам вменялось в обязанность проводить прививки в каждом доме, где появится в этом необходимость. За успешное привитие оспы выдавалась золотая, серебряная или бронзовая медаль. С середины 1750-х годов до 1780 года число привитых в России превысило 20 000 человек¹⁰⁴.

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

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

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

Успехи вакцинации привели к тому, что вариоляция стала уходить в небытие и ее в конце концов запретили в Англии в 1840 году¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Губерт В.О. Указ. соч.

В Россию изобретение Э. Дженнера проникло в октябре 1801 года, первую вакцину прислал в Москву из Бреслава доктор Friese: вакцинной лимфой были пропитаны нитки и палочки из слоновой кости. Вдовствующая императрица Мария Федоровна, начальница над Обществом благородных девиц и воспитательными домами, находившаяся в это время в Москве по случаю коронации сына Императора Александра I, поручила заняться опытами прививания вакцины питомцам Московского воспитательного дома.

Первая прививка в октябре 1801 года была выполнена публично в присутствии Совета воспитательного дома, придворных, лейб-медиков и других почетных особ воспитаннику этого дома Антону Петрову, прививку успешно сделал известный врач Е.О. Мухин (1766—1850)¹⁰⁶.

В декабре 1801 года было решено проводить вакцинацию всех детей даже с 7—8-дневного возраста, не обращая внимания на различные заболевания, сопровождающие этот возраст. Это же указание было повторено в 1807 году¹⁰⁷. Позже было принято решение о вакцинировании детей только по достижении ими 3 месяцев, причем питомцев, находившихся на воспитании в деревнях, приказано было привозить для этой цели в город. В 1804 году предписано было объездным лекарям в случае необходимости повторять прививку, и даже неоднократно. За период с 1801 по 1810 год в Петербургском воспитательном доме вакцинация была сделана 18 626 детям. С 1804 по 1810 год в 52 губерниях в России вакцинация была проведена 937 080 детям¹⁰⁸. Как и в других странах, в России вакцинация встречала сопротивление части населения, ряда священнослужителей и некоторых врачей. Распространению вакцинации способствовала активная пропаганда этого метода отечественными врачами, а также выход официальных инструкций и распоряжений об оспопрививании (прививание было необязательным). Интересным фактом

¹⁰⁵ Wolfe R. M., Sharp L. K. *Anti-vaccinationists past and present*. *Br. Med. J.* 2002;325:430.

¹⁰⁶ Шер С.А. *История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2011. № 4. С. 58—61.

¹⁰⁷ Губерт В.О. *Указ. соч.*

¹⁰⁸ Там же.

является указ Синода 1804 года, предлагающий священникам распространять в народе правильный взгляд на прививание коровьей оспы и развеять существующие в некоторых местностях против нее предрассудки¹⁰⁹.

В 1805 году министр внутренних дел разослал циркуляр, в котором предписывалось всем врачевным управам заниматься оспопрививанием, «...поставив предмет сей в непременную обязанность уездных медицинских чиновников». В то же время от медицинских чинов требовали строго следить за тем, чтобы вакцинация проводилась только свежей лимфой, а «не из сухого оспенного струпа», не дозволялось производить прививание людьми «не имеющими на то никакого дозволения».

Мария Федоровна находилась в переписке с Э. Дженнером, неоднократно выражала ему свою признательность. По окончании наполеоновских войн Э. Дженнер в 1814 году посетил Россию и был представлен Великой княгине Елене Павловне и Императору Александру I, который сказал ему: «Доктор Дженнер, вы должны быть очень счастливы: сознание добра, сделанного вами человечеству, должно быть для Вас источником неисчерпаемого наслаждения, и мне приятно слышать, что Вы снискали себе благодарность, похвалу и воздаяние от людей»¹¹⁰.

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

Краткая история оспопрививания свидетельствует, что объектом своих исследований, экспериментов ученые и врачи-практики избирали преимущественно детей. Трудно представить подобное в наше время. Если бы законодательство запрещало подобные эксперименты в то время, могли ли мы наблюдать полное исчезновение оспы. Если бы Дженнер жил в наше время, то проведенный им эксперимент нельзя было бы применять на практике, так как он совершенно не соответствует требованиям современного законодательства в сфере вакцино- и иммунопрофилактики.

¹⁰⁹ Там же.

¹¹⁰ Святловский В.В. Эд. Дженнер. Его жизнь и научная деятельность. СПб.: Тип. Ю.Н. Эрлих, 1891.

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

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

В 1881 году на Международном съезде врачей в Лондоне Л. Пастер сделал свой исторический доклад о научных основах метода прививок против заразных болезней. «Я придал слову вакцинация более широкое значение, — сказал Пастер, — в надежде, что наука освятит его как выражение признательности к заслугам и неизмеримой пользе, принесенной одним из величайших людей Англии — Дженнером»¹¹¹. Благодаря международным усилиям натуральная оспа стала первым заболеванием, которое удалось победить человечеству с помощью вакцинации, на XXXIII сессии ВОЗ в 1980 году торжественно объявлено о ликвидации оспы в мире.

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

Полиомиелит — детский спинномозговой паралич, острое, высоко контагиозное вирусное инфекционное заболевание, обусловленное поражением серого вещества спинного мозга полиовирусом и характеризующееся преимущественно патологией нервной системы¹¹². Группами риска являются чаще всего дети, хотя заболеть могут люди абсолютно из любой возрастной группы.

К разработке вакцины от полиомиелита стремились многие исследователи. Первые шаги в этом направлении удалось сделать, когда разработали методы культивирования вирусов в культурах

¹¹¹ *Оспопрививание // Энциклопедический словарь. СПб.: Изд. Брокгауз и Эфрон, 1897. Т. 22.*

¹¹² *Disease Ontology release 2019-05-13 – 2019-05-13 – 2019.*

тканей (о том, как работают с культурами клеток и тканей, мы подробно рассказывали в статье «12 методов в картинках: клеточные технологии»¹¹³. Полиомиелит был очень важной целью, потому невероятно, что сразу несколько групп исследователей начали разрабатывать вакцину.

История вакцинации против полиомиелита ознаменовалась публичными осуждениями врачей, которые практически решили проблему ликвидации полиомиелита с помощью вакцинации, но не смогли доказать публично ее эффективность, что отбросило создание эффективной вакцины почти на 20 лет. Исследователи Американской ассоциации общественного здоровья (*American Public Health Association*) Джон Кольмер из института Темпла в Филадельфии и молодой 30-летний исследователь из Нью-Йорка Морис Броди были подвергнуты осуждению коллег за применение ослабленной живой вакцины у 10 725 детей с трагическими последствиями только у 10 из них, а у Броди среди привитых 7 500 только у 6 детей были осложнения, но он применял вакцину, убитую формальдегидом¹¹⁴. Это хороший результат для новой вакцины. Однако судьба этих ученых оказалась предрешена, и метод не был одобрен.

Успех произошел только в 1950-х годах и связан с именами еще двух исследователей — Джонаса Солка и Альберта Сейбина. Полиомиелит свирепствовал повсеместно, и вакцину давно ждали. Солк разрабатывал вакцину по методу Броди — убитую формальдегидом, а Сейбин — живую ослабленную вакцину¹¹⁵. Вакцину Сейбина закапывали в рот, таким же путем, как в организм попадает обычный полиовирус. Результаты работы Сейбина оказались эффективнее вакцины Солка (иммунитет длился дольше), но и побочные эффекты случались значительно реже.

В настоящий момент для совмещения преимуществ обоих видов вакцины детей сначала прививают убитым вирусом, а после нескольких

¹¹³ *Polio vaccines: WHO position paper, January 2014. (neonp.). Wkly Epidemiol Rec. 2014. 28 February; m. 89, № 9:73-92. PMID 24707513.*

¹¹⁴ *Williams G. Paralyzed with Fear: The Story of Polio. Springer, 2013.*

¹¹⁵ *Sabin A.B. Oral Poliovirus Vaccine: History of Its Development and Use and Current Challenge to Eliminate Poliomyelitis from the World. Journal of Infectious Diseases. 1985;151:420-436.*

процедур переходят на ослабленный. Это позволяет получить сильную защиту практически без риска побочных эффектов¹¹⁶. Вакцинация против полиомиелита позволила практически избавить детское население от данного тяжелого заболевания, но вместе с тем показала необходимость разрабатывать профилактические государственные программы, основанные на бесплатном и добровольном принципе их применения в России.

Становление отечественной школы медико-профилактического дела в России в конце XIX — начале XX века

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

В 1855 году на престол вступил Александр II. За четверть века царствования Александра II произошли чрезвычайно важные политические и экономические изменения, затронувшие многие стороны жизни России, в том числе и здравоохранение. В январе 1864 года Александр II издал «Положение о губернских и уездных учреждениях»¹¹⁷, в котором кроме административных реформ предписывалось органам местного самоуправления содержание больниц,

¹¹⁶ Modlin J.F., Halsey N.A., Thoms M.L., Meschievitz C.K., Patriarca P.A., the Baltimore Area Polio Vaccine Study Group. Humoral and Mucosal Immunity in Infants Induced by Three Sequential Inactivated Poliovirus Vaccine-Live Attenuated Oral Poliovirus Vaccine Immunization Schedules. *Journal of Infectious Diseases*. 1997;175:228-234.

¹¹⁷ Полное собрание законов Российской Империи. Собрание 1-е. Отд. I. Т. 39. № 40457. С. 1—10.

богаделен и приютов, организация медицинской помощи в деревне и т. д.

В середине XIX века около 90 % жителей России проживало в сельской местности, общий уровень заболеваемости был чрезвычайно высок, что объяснялось низким экономическим и образовательным уровнем селян, а также несовершенством существовавшей системы здравоохранения¹¹⁸. В 1864 году в России насчитывалось 34 земских и 14 неземских губерний. Чтобы приблизить медицинскую помощь к нуждающимся, в каждом уезде земской губернии было образовано по 4 — 5 врачебных участков с радиусом обслуживания около 15 верст и больницей в центре участка. В среднем в центральной части России одна больница приходилась на 100 селений (20 000 жителей); в восточной — на 300—400 селений (60 000 жителей). Основной структурной единицей в работе земского врача была крестьянская семья — крестьянский двор.

В Уставе земской медицины было записано, что земские лечебные заведения и состоящий при них персонал имеют своей целью служение сельскому населению приписанных к ним участков, чем и определяется круг их деятельности¹¹⁹. Было отмечено, что поскольку крестьяне предпочитают лечиться у себя дома, без особой нужды помещать их в лечебницы не следует¹²⁰.

В 1892—1893 годах для организации мероприятий по предупреждению возникновения и распространения заболеваний, вызванных особо опасными инфекциями, при земских управах были созданы санитарно-исполнительные комиссии. Одной из форм профилактической работы земского врача, особенно при угрозе эпидемии, стали подворные обходы, которые можно условно рассматривать как прообраз современной диспансеризации населения¹²¹.

Для координации финансово-хозяйственной деятельности земской медицины во многих уездах были образованы совещательные

¹¹⁸ Гиккель Э.И. Положение земской медицины в Тамбовской губернии // *Общественный врач*. 1911. № 9. С. 17—26.

¹¹⁹ Мышь М.И. Положение о земских учреждениях 12 июня 1890 г. со всеми относящимися к нему узаконениями, судебными и правительственными разъяснениями. Изд. 3-е. СПб., 1900. Т. 1.

¹²⁰ Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. *Русская земская медицина*. М., 1899.

¹²¹ К полувековому юбилею земств // *Практический врач*. 1914. № 3. С. 12—18.

«санитарные» или «врачебные» советы, или «санитарные комиссии», состоящие из земских врачей уезда, нескольких доверенных лиц (так называемые «гласные»), которых выбирало земское собрание и члены земской управы; руководил работой председатель земской управы¹²².

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

При этом плата за стационарное лечение сохранилась к 1910 году главным образом в уездных городских больницах и только для пациентов из других уездов. В 1903 году правительство утвердило специальное «Положение об управлении земским хозяйством», в статье 104 которого было указано, «что во всех содержимых на земские средства сельских лечебных заведениях жители губернии пользуются бесплатной медицинской помощью»¹²³.

К концу XIX века значительный рост доходов земских врачей явился стимулом для перехода многих из них на постоянную работу на двух-трех сельских участках. Увеличилась и общая численность земских врачей: если в 1870 году в земских губерниях работало всего 613 земских врачей, в 1890 — 1818, то в 1910 — уже 3 802.

Проводимые мероприятия дали положительные результаты: в 1867 году смертность в России на 1 тыс. жителей составляла 37 человек, в 1887 — 34, в 1907 — 28, а в 1917 — 27¹²⁴.

¹²² Никольский Д.П. *Обзор деятельности губернских съездов земских врачей в России*. СПб., 1888—1892. Вып. I-III. С. 90—91.

¹²³ *Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи 1895—1898 гг.* / под ред. Л.Ф. Рагозина. СПб.: Изд. Мед. департамента. Вып. I-III. С. 28—39.

¹²⁴ *Труды Комиссии по вопросу об уменьшении смертности в России*. СПб., 1888. Вып. I-II. С. 15—18.

С 1870 года число земских врачей увеличилось в 5 раз, врачебных участков — в 5,5 раза, лечебниц — в 20 раз; количество жителей, обслуживаемых одним врачом, уменьшилось с 95 тыс. до 28 тыс.¹²⁵

Т а б л и ц а 1
Сравнительная характеристика условий работы врачей
*земских и неземских губерний*¹²⁶

№	Показатель	Неземская губерния	Земская губерния
1.	Площадь обслуживания на 1 врача, кв. верст	8 640	1 800
2.	Обеспеченность населения больничными койками	1 койка на 2 380 человек	1 койка на 1 250 человек
3.	Обеспеченность населения врачами	1 врач на 101 300 человек	1 врач на 42 000 человек
4.	Обращаемость за медицинской помощью, на 100 000 человек	1 594	3 210

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

Анализ литературных произведений (В.В. Вересаев, А.П. Чехов, А.М. Горький и др.) и исторических материалов свидетельствует, что социальный статус врача в российском обществе и в семье был чрезвычайно высок¹²⁷.

Земская медицина, по нашему мнению, является исторической основой российского общественного здравоохранения, началом

¹²⁵ Левит М.М. *Земская медицина* // БМЭ. М., 1978. Т. 1. С. 437–441.

¹²⁶ Гинопдан А. *Как идет диспансеризация* // Еженедельник Мосздравотдела. 1926. № 5. С. 254–256.

¹²⁷ *К полувековому юбилею земств* // Практический врач. 1914. № 3. С. 12–18; Гиккель Э.И. *Указ. соч.*

профилактических принципов в организации охраны здоровья населения России.

В этот период на Западе и в России активно начинает развиваться новая научная дисциплина — гигиена, истоки которой уходят в начальные периоды жизни человеческого общества. Фрагментарно она присутствовала в практической деятельности земских медиков. Развитие медицины в России в XIX веке нашло выражение в направлении и содержании деятельности виднейшего русского клинициста-терапевта того времени С.П. Боткина (1832—1889)¹²⁸. По его инициативе в 1884 году были введены должности так называемых думских врачей — содержавшихся городской управой участковых врачей для бесплатного обслуживания нуждающегося населения и проведения противоэпидемических мероприятий. Это был первый в России и во всем мире пример участковой медицинской помощи в городах¹²⁹. Многочисленные общественно-медицинские начинания, инициатором или проводником которых явился С.П. Боткин, были сильно ограничены и практически трудно осуществимы в России того времени, главным образом из-за кадрового дефицита.

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

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

Данные принципы носили гуманный, демократический характер, имели в своей основе уникальный опыт государственного подхода к сохранению общественного здоровья населения России, вместе с тем учитывалось и стремление общества, основанное на культурных, религиозных традициях, к сохранению автономии личности,

¹²⁸ Боткин С.П. *Письма из Болгарии*. СПб., 1893. С. 199.

¹²⁹ Жбанков Д.Н. *Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России*. М., 1915 ; *Петроградская городская дума в 1913—1915 гг.* Петроград, 1915. С. 173—176.

добровольности принятия решений в медицине, включая и профилактическую вакцинацию, и методы диспансерного подхода в сохранении здоровья. Остановимся кратко на анализе этого опыта.

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

В послереволюционные годы у истоков отечественного здравоохранения стояли врачи Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, В.А. Обух, И.В. Русаков, С.И. Мицкевич, В.М. Бонч-Бруевич, В.П. Лебедева и другие, работавшие до революции в земствах. Они возглавили борьбу с эпидемиями и детской смертностью.

На первых этапах становления государственного советского здравоохранения провозглашенные социальные гарантии не давали существенных преимуществ по сравнению с предыдущим периодом¹³⁰. В эти годы медико-демографические показатели оказываются более низкими, чем в 1913 году. Хотя в «благополучном» довоенном 1913 году в Петербурге было зарегистрировано 78 тыс. различных инфекционных заболеваний, и около одной трети всех умерших умерли от этих заболеваний¹³¹.

Смертность населения (на 1 000 человек) составляла почти 23,0, а из 1 000 родившихся детей свыше 230 умирали, не дожив и до 1 года. Средняя продолжительность жизни населения Петербурга равнялась всего лишь 34 годам. В этих условиях переход к государственному здравоохранению, внедрение профилактического метода как основы всей системы здравоохранения России были исторически оправданны¹³².

Безусловно, массовый характер санитарно-эпидемических и лечебных мероприятий заслонил семейный принцип, ликвидировал

¹³⁰ *Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. История медицины. М., 1981.*

¹³¹ *Нейштадт Э.Д. Место здравоохранения в общем плане социалистического строительства хозяйства и культуры нашей страны // Вопросы здравоохранения. 1929. № 16-17. С. 74—79.*

¹³² *Кац Я.Ю. Профблезненность и лечебная помощь // Еженедельник Мосздравотдела. 1924. № 4. С. 43—46.*

индивидуальный подход в вопросах здоровья и профилактики. В этих рамках врач перестает быть работником, свободным от идеологических представлений, индивидуальным предпринимателем — он служит государственной идеологии марксизма-ленинизма¹³³. Выбранный государством курс на массовые профилактические коллективные санитарно-эпидемиологические и медико-санитарные мероприятия привел к определенным успехам в борьбе с инфекционными заболеваниями. В этот период активно стал развиваться диспансерный метод, взятый на вооружение у европейских систем здравоохранения¹³⁴.

Применение диспансерного метода началось с 1923 года, прежде всего в борьбе с профессиональными заболеваниями, изучении условий труда и быта с точки зрения влияния их на состояние как самого больного, так и течения его болезни¹³⁵.

Был намечен план перехода всей лечебно-санитарной организации на профилактическую борьбу с вредными условиями труда и быта. Сущность диспансеризации заключалась в учете нуждаемости в распределении лечебно-социальной помощи: «Учаспред» — такой формулой обозначил эту акцию В.А. Обух¹³⁶.

Определенное положительное влияние на развитие оздоровительных начал в обществе оказало создание профилактических учреждений: диетических столовых, ночных профилакториев, физиотерапевтических площадок. Количество охваченных диспансеризацией предприятий и учреждений увеличивалось из года в год. Постепенно у руководителей здравоохранения и практических врачей, связанных с вопросами использования результатов первичных осмотров, нарастала озабоченность невозможностью использования

¹³³ Нейштадт Э.Д. Указ. соч. С. 74—79.

¹³⁴ Базанов Н.В. *Плановые перспективы диспансеризации городского населения* : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1965 ; Оппенгейм Д.Г. *Единый диспансер — система социального здравоохранения* // Бюллетень отдела здравоохранения Московского Совета РК и РД. 1929. № 21-27. С. 289—309.

¹³⁵ Никитский С. *К вопросу о последующем диспансерном наблюдении* // Еженедельник Мосздравотдела. 1925. № 2. С. 1109—1117 ; *Обзор работы МОЗ по организации и изучению профессиональной болезненности* // Еженедельник Мосздравотдела. 1923. № 29. С. 16—18.

¹³⁶ Обух В.К. *К выполнению наказа* // Еженедельник Мосздравотдела. 1923. № 43. С. 1—8.

накопившейся информации¹³⁷. В целом верный подход к оздоровлению быта семьи не учитывал возможностей того времени, прежде всего недостаточность кадрового обеспечения. Качественные показатели здравоохранения такой подход существенно не улучшил, но руководство страны приняло решение об увеличении кадрового состава, коечного фонда, амбулаторно-поликлинических учреждений, что в условиях развивающегося государства было очевидно правильным решением¹³⁸.

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

В последующие годы экстенсивный путь развития советского здравоохранения, безусловно, сыграл положительную роль в отечественной системе охраны здоровья и явился примером для многих развивающихся стран. За сравнительно короткий период времени советским здравоохранением были достигнуты большие успехи в быстрой ликвидации эпидемических и социальных болезней¹³⁹.

Увеличилась средняя продолжительность жизни более чем в 2 раза; общая смертность снизилась в 3 раза; а детская смертность — в 11 раз. Полностью ликвидированы были такие опасные болезни, как холера, чума, оспа и дифтерия, резко сократилась заболеваемость туберкулезом, полиомиелитом и другими заболеваниями¹⁴⁰.

Это не осталось без внимания ВОЗ, опыт России был оценен весьма высоко. В 1978 году в Алма-Ате на международной конференции по первичной медико-санитарной помощи была принята Деклара-

¹³⁷ Боголепова Л.С. Роль повторных осмотров и текущей амбулаторной посещаемости в системе диспансеризации // *Еженедельник Мосздоровтдела*. 1926. № 34-35. С. 478—482; Гуревич С.А. *Здравоохранение на новом этапе*. М., 1929. 41, [3]с.

¹³⁸ Гуревич С.А. *Поменьше врачей, побольше сестер* // *Еженедельник Мосздоровтдела*. 1926. № 23. С. 348—350.

¹³⁹ *Здравоохранение* / Б.В. Петровский, О.А. Александров, В.А. Алексеев [и др.] // БМЭ. М., 1978. Изд. 3-е. Т. 28. С. 337—428.

¹⁴⁰ Свешиников А.В. В.И. Ленин и становление здравоохранения Петрограда — Ленинграда // *Научные труды Ленинградского государственного института усовершенствования врачей им. С. М. Кирова*. Л., 1970. С. 239.

Т а б л и ц а 2

Сравнительные данные основных показателей деятельности системы здравоохранения в 1913—1967 гг.¹⁴¹

№	Показатель	Годы	
		1913	1967
1.	Численность врачей всех специальностей	2 900	26 400
2.	В том числе педиатров	557	26 400
3.	Акушеров-гинекологов	423	1 116
4.	Число больничных коек	19 900	45 300
5.	В том числе для детей	1 396	8 510
6.	Для родовспоможения и гинекологических	1 161	5 378
7.	Число коек в санаториях	430	6 519
8.	Число коек в пансионатах	—	1 566
9.	Число коек в домах отдыха (без однодневных)	—	6 936
10.	Расходы на здравоохранение и физическую культуру (млн руб.)	7,9	150,8

ция, актуальная и по сей день. Согласно пункту 5 данной Декларации, именно ПМСП, основанная на профилактических принципах, является основным инструментом в достижении всеми народами мира достаточного уровня здоровья для ведения продуктивного в социальном и экономическом плане образа жизни¹⁴².

Также на успехи данного периода обратил внимание выдающийся американский ученый Е. Сигерист, который в своем уникальном труде приводит в пример систему здравоохранения России как образцовую и достойную применения для многих стран¹⁴³.

¹⁴¹ Симонова Н.Н. Основные принципы концепции первичной медико-санитарной помощи городскому населению // Советское здравоохранение. 1991. № 8. С. 8—12.

¹⁴² Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. 1979. Т. 33. № 3. С. 123—156.

¹⁴³ *Medicine and human welfare by Henry E. Sigerist, M.D., D., L it t. Wil L IAMH. WEL CH Professor of history of medicine in the Jon Hopkins University. New Haven-Yale University Press. London — Humphrey Mil Ford. Oxford University Press, 1941. P. 146.*

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

Можно говорить о жестком управлении здравоохранением того периода, но при этом отсутствовал принцип принуждения в отношении населения СССР. Говоря о причинах такого успеха, можно назвать государственный характер профилактических мероприятий и кадровую политику в сфере здравоохранения. Существенной особенностью применения профилактического метода была его реализация через производственные коллективы и предприятия различных отраслей хозяйствования. В этот период широко были развиты медико-санитарные части на различных производствах, что способствовало непрерывности и доступности профилактической работы среди коллективов трудящихся¹⁴⁴. ПМСП была приоритетна в системе здравоохранения СССР, что было главным условием улучшения здоровья населения.

Однако этот опыт не был достойно оценен в последующие периоды развития страны. Правительством не были учтены общемировые тенденции — выход на первое место хронической патологии в связи с успехами в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями. Особенно отход от профилактического принципа здравоохранения негативно сказался на этапе перехода к рыночным отношениям в период перестройки.

¹⁴⁴ Акулин И.М. *Всеобщая диспансеризация работников радиоэлектронной отрасли : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1982.*

Стали замедляться медико-демографические показатели, к концу 80-х годов основные достижения отечественного здравоохранения были утрачены. Заметно снизилась рождаемость, стала увеличиваться смертность населения, ухудшилось положение медицинских работников, снизилась их заработная плата, наметился серьезный кадровый дефицит, особенно в сельской местности, в отдаленных территориях СССР¹⁴⁵.

Новая обстановка требовала новых научно-методических подходов и перестройки здравоохранения еще в 50—60-е годы. От количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, поиска новых форм и методов работы всех звеньев здравоохранения с учетом профилактической направленности, с включением материальных стимулов, наконец, с новыми подходами к подготовке кадров. Это привело к негативным медико-демографическим показателям и замедлению роста средней продолжительности жизни в стране¹⁴⁶. Однако руководством отрасли для исправления ситуации была выдвинута идея всеобщей диспансеризации, в принципе правильная, но рассчитанная на территориально-производственный, массовый принцип реализации. Это был экстенсивный подход к профилактике, хотя и учитывающий оценку качества и эффективности медицинской помощи, но без индивидуальных особенностей человека и семьи. «Конвейерный», «скрининговый» тип обслуживания не встретил доверия у населения и врачей. Он фактически повторил ошибки раннего этапа диспансеризации в постреволюционный период, еще более отдалил врача и пациента друг от друга¹⁴⁷.

Тем не менее был накоплен обширный материал, обогативший теорию и практику диспансеризации и социальной гигиены.

¹⁴⁵ Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны // *Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник*. М.: Федеральное собрание — Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы, 1997. Вып. 12. С. 2—57.

¹⁴⁶ Венедиктов Д.Д. О некоторых уроках Алма-Атинской конференции // *Всемирный форум здравоохранения*. 1982. Т. 2, № 4. С. 20—28.

¹⁴⁷ Стефан У. Дж. Первичная медицинская помощь и будущее медицинской профессии // *Всемирный форум здравоохранения*. 1982. Т. 2-4. С. 3—18.

В 1980 году периодическими профилактическими медицинскими осмотрами было охвачено 112,5 млн человек, под диспансерным наблюдением находилось 45 млн больных. Однако объем и качество диспансеризации еще не отвечали поставленным задачам¹⁴⁸. Простые подсчеты показывали, что для охвата диспансеризацией всего населения необходимо было подготовить около 300 тыс. врачей, т. е. на 30 % больше существующих на тот период кадров. Стало окончательно ясно, что решить задачу оздоровления нации экстенсивными методами развития было невозможно¹⁴⁹. В этот период в соответствии с рекомендациями ВОЗ мировое здравоохранение переориентировалось на борьбу с факторами риска основных хронических заболеваний, борьбу за первичную социальную, медико-социальную профилактику и усиление роли первичного звена здравоохранения как наиболее перспективный метод решения задач укрепления здоровья семьи и общества в целом, с активным вовлечением в этот процесс самого населения¹⁵⁰.

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

Было ясно, что применительно к здравоохранению трудно ждать в ближайшие годы резкого увеличения финансирования. Необходимо было искать более эффективные и экономически оправданные модели. Введение системы семейной медицины с созданием общеврачебных практик вполне соответствовало этим целям. В условиях нарастающего кризиса здравоохранения появилась идея перехода на принципы медицинского страхования¹⁵¹.

¹⁴⁸ Демченкова Г.З., Полонский М.Л. *Теоретические и организационные основы диспансеризации населения*. М., 1987.

¹⁴⁹ Кучеренко В.З., Финченко Е.А. *Технология динамического наблюдения за больными в условиях городской поликлиники // Советское здравоохранение*. 1991. № 9. С. 43–48.

¹⁵⁰ *Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ*. 1979. Т. 33, № 3. С. 123–156.

¹⁵¹ Герасименко Н.Ф. *Указ. соч.* С. 2–57.

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

Для выхода системы здравоохранения Российской Федерации из кризиса государством была выбрана система медицинского страхования (система Бисмарка). Начался новый этап развития отечественного здравоохранения: становление обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. В 1991 году был принят Закон «О медицинском страховании в Российской Федерации», который включал в себя и главы, регулирующие добровольное медицинское страхование (ДМС). Закон ввел принципы частной инициативы, свободы выбора различных программ медицинских услуг, допуска в систему обязательного медицинского страхования для исполнения государственного заказа (программа государственных гарантий) медицинских организаций различных форм собственности. С принятием данного Закона о медицинском страховании и затем Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» закончился период развития профилактического принципа как основного метода отечественного здравоохранения и начался период рыночных отношений в здравоохранении.

Поскольку одним из главных недостатков системы медицинского страхования, основанной на рыночных отношениях, является отход от профилактического принципа ввиду его дороговизны и длительного ожидания отдаленных положительных изменений в медико-демографических показателях, для участников данных отношений профилактические программы были невыгодны. В условиях медицинского страхования эффективность функционирования новой системы должна была базироваться на новых подходах в орга-

низации ПМСП, основанной на идее семейной медицины, специально подготовленных кадров высшего и среднего звена. Соотношение объемов первичной медико-социальной и специализированной помощи должно измениться в пользу первой, что связано с предположительным расширением профилактической и лечебной работы врача общей практик (семейного врача) — ВОП (СВ). Должны измениться функции учреждений первичного звена здравоохранения с большей ориентацией на социальную профилактику и донозологическую диагностику. Тем более что не вызывает сомнения, что в перспективе профилактика (государственная, общественная, медицинская, личная и семейная) должна стать задачей государственной значимости¹⁵².

Появились программы создания условий максимальной интенсификации деятельности ВОП (СВ)¹⁵³ путем предоставления ему достаточной свободы в условиях новой публичной службы, освобождения от несвойственной для врача первого контакта организованности путем передачи ряда функций другим кадрам медико-социальной сферы, материальной заинтересованности. Однако реформа ПМСП и переход к ВОП были практически приостановлены на долгие годы. Ошибки органов управления здравоохранением и традиционный перекоп в сторону специализированной медицинской помощи достиг своего негативного апогея в конце 90-х годов¹⁵⁴. Следует отметить, что не был реализован принцип вовлечения в реформу ПМСП (введение семейного врача) на муниципальном уровне. Именно на муниципальном уровне управления открываются широкие возможности экономического влияния на состояние здоровья и програм-

¹⁵² Дмитриева Т.Б. *О здоровье населения России // Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России: Аналитический вестник. М. : Федеральное собрание — Парламент Российской Федерации. Комитет по охране здоровья Государственной Думы. 1997. Вып. 12. С. 41—48.*

¹⁵³ *О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 26 августа 1992 г. № 237. Доступ из информ.-правовой базы «Гарант».*

¹⁵⁴ Акулин И.М. *Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1996.*

мы охраны здоровья конкретной территории (общины)¹⁵⁵. Кроме того, стала развиваться внутренняя конкуренция за потребителей (пациентов), предпочитающих свободу выбора наиболее качественных и, особенно, доступных и хорошо обеспечивающих сервисную часть частной системы здравоохранения услуг (вежливое обслуживание, удобство и доступность) системе обезличенного и плохо организованного государственного сектора здравоохранения Российской Федерации. С этого момента система здравоохранения перешла в «мир медицинских услуг» и постепенно стала ориентироваться на рынок этих услуг, объем медицинских услуг, план финансового сбора в ущерб качеству. Профилактические осмотры стали одной из форм получения дохода медицинской организацией, а не методом оздоровления и раннего выявления заболеваний. Коммерциализация профилактических осмотров становится самоцелью и часто имеет коррумпированный характер¹⁵⁶. Стали нарастать проблемы между пациентами и медицинским персоналом в связи с появлением проблемы «врачебной ошибки», компенсации вреда, морального ущерба, до сих пор не известные населению страны и особенно не понятные медицинскому персоналу. Активно стали обсуждать проблемы защиты врачебного состава, подниматься вопросы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Появилась мощная прослойка в адвокатском сообществе, занимающаяся «медицинскими делами» (защитой медицинских работников и пациентов)¹⁵⁷. Рынок медицинских услуг в отечественном здравоохранении заработал во всю мощь. Конфликтность стала нарастать, и на сегодняшний момент медицинские работники выступают против правоохранительных органов, считая, что их незаслуженно преследует правоохрани-

¹⁵⁵ *Задачи по достижению здоровья для всех (2000)*. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985.

¹⁵⁶ Щепельков В.Ф. *Правовые проблемы профилактических медицинских осмотров // Медицина и право в XXI веке : материалы X ежегодной международной научно-практической конференции / под ред. И.М. Акулина. СПб., 2018. С. 128–140.*

¹⁵⁷ Щепельков В.Ф. *Когда медицинское вмешательство, а когда сексуальное преступление // Медицинское право. 2017. № 5. С. 50–54.*

тельная система России, что не соответствует объективным данным¹⁵⁸.

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

Резюмируя, необходимо отметить основные причины отхода от профилактического принципа организации отечественного здравоохранения, признанного ВОЗ образцовым в 1978 году:

недостаток бюджетного финансирования, связанный с переходом к страховой медицине, равноправие субъектов, что в этих условиях на деле означает борьбу за источник существования субъектов ОМС в ущерб интересам потребителя медицинских услуг;

уменьшение роли государства в обеспечении профилактики заболеваний и перенос акцента на увеличение количества услуг в системе ОМС, а не «оздоровление» нации в целом;

концепция социальной однородности здоровья;

объединение профилактической и лечебной медицины, приведшее к превалирующей роли лечебников (только 5 % рабочего времени уделялось профилактике);

излишняя специализация медицины, приведшая к низкой квалификации медицинских работников первичного звена здравоохранения, незаинтересованности в конечных результатах труда, снижению уровня заработной платы в системе здравоохранения, падению престижа медицинского работника;

¹⁵⁸ Щепельков В.Ф., Суслина Е.В., Векленко В.В. Применение норм Уголовного кодекса Российской Федерации о мошенничестве: состояние и перспективы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Право. 2020. Т. 11, № 2. С. 368–382.

исчезновение организационно-экономической системы семейного подхода в медицине;

обострение социальной несправедливости в сфере государственного здравоохранения, появление «теневой» экономики в медицине вследствие низкой заработной платы;

отток наиболее квалифицированных кадров за рубеж или в частную практику¹⁵⁹;

рост технической вооруженности медицины, приводящий к дегуманизации медицины, прежде всего проявляющийся в определенном отчуждении врача от пациента, хотя понимание, сочувствие, моральная поддержка остаются главными критериями оценки деятельности врача пациентом;

стремление узких специалистов «вторичного» и «третичного» уровней максимизировать затраты на свои службы, так называемый эффект «перетягивания одеяла на себя».

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

Человечество прошло долгий путь к пониманию природы инфекционных болезней, даже сегодня появляются все новые и новые заболевания, в виде то ВИЧ-инфекции, то лихорадки Зика или COVID-19, и другие, о которых мы ничего не знаем, потому что они находятся в стадии изучения. Появляются предложения по быстрому решению этих проблем без достаточного обоснования.

Однако пациенты должны быть надежно защищены от любителей рисковать в медицине. Опыт оспопрививания и вакцинирования от полиомиелита и других болезней наглядно показал, какими жертвами сопровождаются эксперименты, если метод не проверен и не защищен надежными механизмами, предотвращающими причинение вреда человеку. Приоритет автономии личности и добровольности — основа тщательного и обдуманного профилактического эффекта, связанного с особо опасными инфекциями и инфекциями, которые можно предупредить с помощью вакцинации, которая никогда не бывает абсолютно безопасной. Законодательство любой

¹⁵⁹ Anderson H.J., Hudson J., Eubanks P. *Outpatient Care: A National Revolution. Hospitals.* 1990;64(16):28-35.

страны предусматривает подобные механизмы с помощью норм, основанных на историческом опыте применения вакцинации как наиболее показательного метода профилактики.

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

В последнее десятилетие в России намечены социально ориентированные направления стратегического развития здравоохранения, определенные рядом федеральных нормативных правовых документов, правительственных постановлений, рекомендующих к активному продвижению наиболее современные и эффективные технологии общественного здоровьесбережения (Путин В.В. Послание Федеральному Собранию, 2013).

В Указе Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» названы современные угрозы и вызовы национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан.

Большие надежды в решении задач по первичной профилактике массовых неинфекционных заболеваний возлагаются на новые структурные подразделения лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) — центры здоровья, созданные по инициативе Правительства Российской Федерации (постановление Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 413 (ред. от 03.10.2009) «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака») и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (приказ Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 г. № 597н (в ред. от 30.09.2015) «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребление алкоголя и

табака). На фоне неблагоприятной медико-демографической ситуации не менее актуальной представляется разработка мер нормативно-правового и социально-экономического характера, стимулирующих российских граждан к «здоровьесбережению», особенно от факторов риска социально значимых неинфекционных заболеваний.

Однако действенные механизмы управления профилактическими факторами риска развития социально значимых неинфекционных заболеваний отсутствуют¹⁶⁰.

Решения в области реформы профилактической системы здравоохранения Российской Федерации на основе анализа исторического опыта нашей страны назрели, они обусловлены высоким уровнем заболеваемости и смертности населения Российской Федерации от неинфекционной патологии; отсутствием критериев экспертной оценки эффективности работы лечебно-профилактических медицинских организаций, особенно занимающихся вопросами первичной профилактики; нерешенными проблемами нормативно-правового регулирования в сфере профилактики и другими вышеперечисленными проблемами.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» для Российской Федерации показатели, характеризующие достижение национальных целей развития на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года, очень серьезны, их невозможно достичь, если не реорганизовать профилактическую систему здравоохранения на основе лучших примеров советского и российского здравоохранения¹⁶¹.

Глобальные угрозы современного периода в отношении нашего государства настоятельно диктуют нам подобный подход. Это было доказано в сложный период пандемии, не случайно России удалось наладить эффективную работу при нашествии COVID-19.

Российская Федерация является социальным государством и на протяжении все своей истории приоритет охраны здоровья населения

¹⁶⁰ Волкова О.А. *Научное обоснование методики оценки эффективности использования ресурсов государственных медицинских организаций* : дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2021.

¹⁶¹ URL: <https://www.kremlin.ru/acts/bank/45726> (дата обращения: 17.07.2022).

был главной задачей, какие бы система и экономические отношения не превалировали на том или ином отрезке богатой истории России. Граждане также должны подумать о том, как помочь государству сохранить общественное здоровье.

Главное, что сегодня необходимо пропагандировать, — ответственное отношение к своему здоровью всех граждан Российской Федерации.

Здоровая нация является основным показателем развития государства и одной из главных целей деятельности цивилизованного государства. Именно наличие стабильной национальной системы здравоохранения свидетельствует о том, что в государстве реально соблюдаются и защищаются права человека как личности. Однако без всеобщего участия населения в сохранении, укреплении своего здоровья невозможен прогресс в достижении положительных показателей здоровья.

Особенно важно в условиях восстановления экономического потенциала России обратить серьезное внимание на трудящегося человека.

Вопросы соблюдения безопасных условий труда на рабочем месте, контроль со стороны государства, Федеральной службы по труду и занятости, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и других федеральных контролирующих структур, при условии качественной профилактической работы системы здравоохранения, раннего выявления профессиональных заболеваний и состояний, восстановления трудоспособности, здоровья, остается решающим фактором защиты здоровья населения Российской Федерации.

Выводы

1. Одним из основных достижений отечественного здравоохранения было развитие профилактических принципов, начиная с применения массовой вакцинации от оспы в XIX веке благодаря активной позиции Екатерины II и уникального опыта внедрения диспансеризации раннего социалистического периода 30-х годов прошлого столетия.

2. Для развития профилактических принципов в здравоохранении требовался объективный факт безусловной необходимости

масштабных мероприятий для сохранения населения страны, принятия законодательных актов. Таким фактом для законодательных инициатив правительства Российской империи явилась стремительно распространявшаяся эпидемия оспы в мире, в том числе России.

3. Выдающиеся достижения в развитии профилактического здравоохранения в СССР на уровне первичной медико-санитарной помощи положительно оценены ВОЗ на международной конференции по первичной медико-санитарной помощи (Алма-Ата, 1978). В Алма-Атинской декларации были отражены 15 основных принципов организации первичной медико-санитарной помощи, которые дали мощный толчок в развитии международного сотрудничества в этой области.

4. Исторический анализ развития профилактической медицины в российском здравоохранении показывает, что в современных условиях глобальных угроз и вызовов, связанных со здоровьем населения, необходимо серьезно оценить реальность возврата к советской системе здравоохранения. Успехи отечественного здравоохранения связаны с историческими периодами, когда государственная система здравоохранения не была основана на рыночных механизмах ее функционирования, строилась как национальная государственная централизованная система, обладала внутренним единством, единой политикой на всех уровнях ее реализации.

5. Выбор идеологии в здравоохранении, переход к профилактической медицине как основной политике государства в сфере здравоохранения советского периода был связан с высокой смертностью населения, с падением рождаемости, с угрозами национальному суверенитету страны. В этих условиях исторически оправдан выбор Советским государством приоритета охраны здоровья трудящихся как основного экономического потенциала, главной экономической силы страны. Положительный опыт этого периода вполне является актуальным и на данном этапе развития Российской Федерации.

6. Исторические параллели позволяют сделать вывод, что в современном здравоохранении России отсутствует системный подход, выбор приоритетов, например, в сфере ПМСП, что рождает дублирование медицинской помощи, ненужные, часто формальные по форме реализации медицинские профилактические мероприятия,

например коммерческие профосмотры. Наличие многих параллельных структур в здравоохранении, особенно в системе ПМСП, по решению одних и тех же задач расплывает ограниченные финансовые ресурсы отечественного здравоохранения, вызывает недовольство населения качеством оказания медицинской помощи, способствует профессиональному выгоранию медицинского персонала.

7. Опыт предыдущих этапов развития здравоохранения России показывает необходимость единой стратегии, основанной на российском историческом опыте эффективной профилактической медицины как основы государственной системы охраны здоровья населения России.

В заключение необходимо заметить, что простые методы раннего выявления заболеваний путем профилактических медицинских осмотров, имеющих целевой, выборочный, профессиональный характер, дает ощутимый эффект при грамотном применении. Отказываться полностью от такой формы работы в здравоохранении нельзя, но нет необходимости повторять неудачный опыт всеобщей диспансеризации.

Россия обладает уникальным опытом организации профилактической работы в сфере здравоохранения. Восстановление профилактического метода работы системы здравоохранения России, на наш взгляд, должно идти по пути общих государственных стратегических программ профилактики и оздоровления, на основе индивидуальной профилактики, автономии личности, принципа добровольности, бесплатности, при условии законодательных гарантий государства для граждан независимо от их социально-правового статуса.

3.2. Правовое регулирование мероприятий профилактической медицины

в Российской Федерации

3.2.1. Правовое регулирование профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в Российской Федерации

Основными видами профилактических медицинских мероприятий, безусловно, являются медицинские осмотры. Следует выделить два вида медицинских осмотров:

1) профилактические медицинские осмотры, основной целью которых является раннее (своевременное) выявление состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также определение групп здоровья и выработка рекомендаций для пациентов (п. 1 ч. 2 ст. 46 Закона об основах охраны здоровья граждан);

2) иные медицинские осмотры, основная цель которых заключается в определении соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, динамическом наблюдении за состоянием здоровья работников, выявлении медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, выявлении признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, и т. д. (пп. 2–6 ч. 2 ст. 46 Закона об основах охраны здоровья граждан), которые лишь отчасти выполняют профилактическую функцию.

Порядок проведения профилактического медицинского осмотра определяется Приказом Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н (далее — Приказ № 404н), которым утвержден Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее — Порядок), и методическими рекомендациями «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденными Минздравом России 22 октября 2019 г.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно в отношении работающего (за исключением лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам) и неработающего взрослого населения (старше 18 лет), а также обучающихся в образовательных организациях по очной форме. Осмотр является добровольным, и отказ от его прохождения не влечет для лица никаких правовых последствий.

Профилактический медицинский осмотр проводится в качестве самостоятельного мероприятия, в рамках диспансеризации либо в рамках диспансерного наблюдения при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

Медицинские мероприятия, проводимые в рамках профилактического осмотра, направлены:

1) на профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение, а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;

3) проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;

4) определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), включая граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Перечень приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра, определяется в соответствии с пунктами 16–18 вышеназванного Порядка и приложениями № 1 и 2 к данному Порядку.

Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

1) анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше один раз в год в целях:

сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения,

хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта;

определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности; проведения для лиц с выявленными факторами риска краткого индивидуального профилактического консультирования в кабинете медицинской профилактики, центре здоровья или врачом-терапевтом;

выявления у граждан в возрасте 65 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения;

2) расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела;

3) измерение артериального давления на периферических артериях;

4) исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода);

5) определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода);

6) определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет;

7) определение абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно один раз в год (сердечно-сосудистый риск определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы);

8) флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше один раз в два года;

9) электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше один раз в год;

10) измерение внутриглазного давления при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше один раз в год;

11) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет один раз в год;

12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Профилактический медицинский осмотр считается завершенным в случае выполнения не менее 85 % от объема профилактического медицинского осмотра, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья либо фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением № 2 к Порядку.

Профилактический медицинский осмотр рекомендовано проводить в течение одного рабочего дня.

В соответствии с вышеназванным Порядком медицинским осмотром руководит врач-терапевт (участковый, цеховой, семейный) либо фельдшер, по итогам осмотра оформляется карта диспансерного учета и определяется группа здоровья.

Профилактические осмотры проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Второй по распространенности вид профилактических медицинских мероприятий — диспансеризация. В научной литературе диспансеризация иногда рассматривается как достаточно узкое понятие, являющееся синонимом диспансерного наблюдения за контингентом лиц с уже выявленной патологией¹⁶², однако такой необоснованно узкий подход справедливо критикуется¹⁶³. Как представляется, ассоциирование диспансеризации с диспансерным наблюдением в настоящее время является не соответствующим нормативному определению диспансеризации и установленным целям ее проведения. В советский период, действительно, закреплённая модель диспансеризации¹⁶⁴ делала акцент на выявлении и постоянном ведении больных с целью улучшения их состояния (диспансерном наблюдении), т. е. последующем лечении выявленных заболеваний. Диспансеризация же в настоящее время, в первую очередь, включает динамическое наблюдение за состоянием здоровья, рациональное последовательное оздоровление и представляет собой метод раннего выявления заболеваний.

Как отмечается, по итогам прохождения 213,6 млн граждан в Российской Федерации диспансеризации в 2013–2017 годах было установлено, что 30 % из них нуждаются в лечении. Часть граждан проходит диспансеризацию ежегодно, а другая — не проходит ее более трех лет, что зачастую приводит к формированию тяжелых форм заболеваний. При этом отмечается недостаточный уровень охвата диспансеризацией населения России, что обусловлено как формальным подходом медицинских работников к проведению

¹⁶² Ревнова М.О., Волков Д.Я., Сахно Л.В., Колтунцева И.В., Баирова С.В., Мишкина Т.В., Булычева В.И., Полищук Т.В., Волков А.Я., Гайдук И.М. К вопросу совершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения // *Вопросы современной педиатрии*. 2017. Т. 16, № 3. С. 249.

¹⁶³ Кильдиярова Р.Р. Диспансеризация здоровых детей // *Вопросы современной педиатрии*. 2018. Т. 17, № 3. С. 256.

¹⁶⁴ О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения : Приказ М-ва здравоохранения СССР от 30 мая 1986 г. № 770. (Утратил силу). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

диспансеризации, так и тем, что у граждан не сформирована потребность в ежегодном ее прохождении¹⁶⁵. По данным опроса врачей, инициативу в части проведения диспансеризации со стороны населения отмечают только 16,7 % респондентов, со стороны врачей — 27,9 %, а наиболее частым поводом для прохождения диспансеризации служит обращение пациентов по поводу заболевания к врачу участковой службы (44,4 %) или врачу-специалисту (7,3 %)¹⁶⁶.

Для взрослого населения диспансеризация проводится бесплатно: для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно диспансеризация проводится раз в три года, для граждан от 40 лет и старше, а также граждан определенных категорий — ежегодно. Порядок проведения диспансеризации и методические рекомендации определены теми же нормативными актами, что и для профилактического осмотра.

Диспансеризация осуществляется в два этапа. Цель первого этапа диспансеризации (скрининга) — выявление у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определение группы здоровья, а также медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации.

Первый этап включает в себя, в частности, профилактический осмотр, а также проведение мероприятий, направленных на выявление онкологических заболеваний, проведение краткого индивидуального профилактического консультирования и прием (осмотр) врачом-терапевтом. Конкретные мероприятия, проводимые в рамках профилактического осмотра как первого этапа диспансеризации, зависят от возраста лица и, кроме перечисленных ранее, включают дополнительные исследования, предусмотренные приложением № 2 к Приказу № 404н.

¹⁶⁵ *О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

¹⁶⁶ *См.: Шейман И.М., Шишкин С.В., Шевский В.И., Сажина С.В., Понкратова О.Ф. Диспансеризация населения: ожидания и реальность // Мир России. 2021. № 4. С. 17.*

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

- 1) осмотр (консультацию) врачом-неврологом;
- 2) дуплексное сканирование брахицефальных артерий;
- 3) осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом;
- 4) осмотр врачом-колопроктологом;
- 5) колоноскопию;
- 6) эзофагогастродуоденоскопию;
- 7) рентгенографию легких, компьютерную томографию легких;
- 8) спирометрию;
- 9) осмотр (консультацию) врачом-акушером-гинекологом;
- 10) осмотр (консультацию) врачом-оториноларингологом;
- 11) осмотр (консультацию) врачом-офтальмологом;
- 12) осмотр (консультацию) врачом-дерматовенерологом, включая проведение дерматоскопии;
- 13) проведение исследования уровня гликированного гемоглобина в крови;
- 14) проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья для граждан;
- 15) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения с учетом заключений врачей-специалистов) направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе направление на осмотр (консультацию) врачом-онкологом при подозрении на онкологические заболевания.

Перечень участвующих на данном этапе в осмотре гражданина врачей-специалистов, а также перечень проводимых обследований зависят от возраста гражданина и наличия соответствующих показаний.

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в ее объем.

Если в ходе диспансеризации будут установлены медицинские показания к проведению дополнительных исследований, осмотров и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации, они будут назначены и проведены пациенту с учетом порядка оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания.

Для прохождения диспансеризации работники в возрасте до 40 лет имеют право на освобождение от работы на один рабочий день раз в три года, работники в возрасте 40 лет и старше — на один рабочий день один раз в год, а работающие пенсионеры или лица предпенсионного возраста — на два рабочих дня раз в год. При этом за ними сохраняется место работы (должность) и средний заработок.

По итогам диспансеризации медицинским работником заполняется карта учета диспансеризации, а результаты приемов (осмотров, консультаций) врачей, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой «Диспансеризация». Основным показателем эффективности диспансеризации (как и профилактических медицинских осмотров) для медицинской организации является охват граждан диспансеризацией.

Граждане, переболевшие COVID-19, вправе дополнительно пройти углубленную диспансеризацию¹⁶⁷. Углубленная диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, который проводится дополнительно к профилактическим медицинским осмотрам или диспансеризации лицам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, и включает также два этапа. На первом этапе осуществляется измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, тест с 6-минутной ходьбой, спирометрия, общий клинический анализ крови (развернутый), биохимический анализ крови (исследуются уровни холестерина, липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определяется активность аланинаминотрансферазы,

¹⁶⁷ Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 698н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

аспаратаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, исследуется уровень креатинина крови), определение концентрации Д-димера, проведение рентгенографии органов грудной клетки, прием (осмотр) врачом-терапевтом. На втором этапе проводится эхокардиография, компьютерная томография легких, дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Целью углубленной диспансеризации выступает раннее выявление осложнений у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию¹⁶⁸.

Результаты обследований вносят в амбулаторную карту пациента с отметкой «Углубленная диспансеризация». Если медицинская организация использует свою информационную систему или региональную, то сформированные в электронном виде результаты передают в ЕГИСЗ.

Медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся только с согласия несовершеннолетнего либо его родителя или иного законного представителя в порядке, установленном приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации¹⁶⁹. Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения

¹⁶⁸ *О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов : Постановление Правительства Российской Федерации от 18 июня 2021 г. № 927. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант-Плюс».*

¹⁶⁹ *Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. (с изм. от 19.11.2020) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» № 514н ; приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 г. № 581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» ; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза». (Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс»).*

групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

Профилактический осмотр проводится на основании информированного согласия и направления, выданного врачом-педиатром или врачом общей практики, в котором указывается перечень осмотров врачами-специалистами и исследований, а также даты, время и места их проведения.

Перечень медицинских исследований и осмотров зависит от возраста несовершеннолетнего и может включать в себя различные исследования: анализы, скрининги, ЭКГ, УЗИ, а также осмотры врачей-специалистов. Так, несовершеннолетнему в возрасте 16 лет требуется пройти, в частности, педиатра, детского хирурга, детского стоматолога, невролога.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает трех месяцев с даты проведения осмотра врачом-специалистом и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста двух лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает одного месяца с даты осмотра врачом-специалистом или исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

Если есть подозрение на наличие у несовершеннолетнего заболевания, диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров, либо речь идет о выявлении факторов риска развития психических расстройств или расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ, несовершеннолетнего направляют на дополнительные консультации и исследования.

Если несовершеннолетний обучается в образовательной организации, реализующей основные общеобразовательные программы

либо образовательные программы среднего профессионального образования, профилактические осмотры могут осуществляться в образовательной организации.

Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения необходимых осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках профилактического осмотра, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

Общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней.

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

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

Не позднее 20 рабочих дней с даты окончания профилактического осмотра заполняется карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего. Копия такой карты выдается несовершеннолетнему (родителю, усыновителю, опекуну, попечителю). Также информация о результатах осмотра направляется в образовательную организацию, где обучается несовершеннолетний.

Профилактические осмотры несовершеннолетних проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицин-

ской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Иные виды медицинских осмотров, как уже было указано, только отчасти реализуют профилактическую функцию, так как основное их назначение — установление профпригодности по состоянию здоровья для выполнения тех или иных профессиональных функций и определение безопасности для здоровья населения допуска отдельных категорий работников к осуществлению ими своей трудовой деятельности. Так, ст. 220 ТК РФ определяет, что работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности, для лиц в возрасте до 21 года — ежегодные) медицинские осмотры для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний.

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

Кроме того, для отдельных категорий работников могут устанавливаться обязательные предсменные (предрейсовые), послесменные (послерейсовые) медицинские осмотры, медицинские осмотры в течение рабочего дня (смены), а также медицинские осмотры перед выполнением отдельных видов работ. Время прохождения указанных медицинских осмотров включается в рабочее время.

Категории лиц, подлежащих обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам, определены приказом Минтруда России № 988н, Минздрава России № 1420н от 31 декабря 2020 г. (в ред. от 01.02.2022) «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».

Порядок проведения таких осмотров определяется приказом Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н (в ред. от 01.02.2022) «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».

Обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе.

Обязательные периодические медицинские осмотры проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ. Как отмечается в литературе, в ходе таких осмотров, прежде всего, выявляются профессиональные заболевания, к числу наиболее распространенных среди которых в последние годы относятся последствия воздействия физических факторов (46,65 %), например нейросенсорная тугоухость у работников железнодорожного транспорта, заболевания вследствие перегрузок и перенапряжения отдельных органов или систем организма работников в процессе трудовой деятельности (23,7 %), а также заболевания вследствие воздействия промышленных аэрозолей (18,25 %) и интоксикации, вызванные химическими веществами (6,43 %)¹⁷⁰.

Предварительные и периодические осмотры проводятся медицинскими организациями любой организационно-правовой формы,

¹⁷⁰ Жукова В.Н., Лутай Ю.А., Килесса В.В., Костюкова Е.А., Шкадова М.Г., Максимова Е.В. Медицинские профилактические осмотры: современное состояние проблемы // Крымский терапевтический журнал. 2019. № 4. С. 57.

имеющими право на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.

Данные виды осмотра осуществляются комиссией врачей, возглавляемой врачом-профпатологом. В состав врачебной комиссии включаются врачи-специалисты, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности «профпатология» или имеющие действующий сертификат по специальности «профпатология». Состав врачебной комиссии утверждается приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации.

В зависимости от вида работ в вышеназванном Порядке определены виды специалистов, входящих в комиссию, а также лабораторные и функциональные исследования, которые должны быть проведены, и перечислены противопоказания. Анализ данного документа не позволяет уяснить — что является критерием для определения специалистов, входящих в комиссию. Так, например, непонятно, зачем нужен стоматолог для работников, деятельность которых связана с коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

Частота проведения периодических осмотров определяется типами вредных и (или) опасных производственных факторов, воздействующих на работника, или видами выполняемых работ, при этом работники в возрасте до 21 года проходят периодические осмотры ежегодно. Прохождение предварительных и периодических осмотров является обязательным для данной категории работников, а отказ от их прохождения влечет за собой недопуск к работе.

По итогам медицинского осмотра (пройдены все специалисты, входящие в комиссию) оформляется заключение, подписываемое председателем врачебной комиссии и заверяемое печатью медицинской организации.

Предсменные, предрейсовые и послесменные, послерейсовые медицинские осмотры проводятся в отношении отдельных категорий работников в случаях, установленных ТК РФ и иными нормативно-правовыми актами. Это касается лиц, работа которых связана с опасным производством, с высоким уровнем вреда, с управлением источником повышенной опасности, где утрата контроля может привести к смерти окружающих. К числу работников,

которые должны проходить названные медосмотры, относятся, например:

работники, непосредственно занятые на работах, связанных с обслуживанием объектов электроэнергетики;

работники железнодорожного транспорта, которые осуществляют деятельность, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой;

работники, занятые на подземных работах;

водители транспортных средств, в частности служебных легковых автомобилей.

Данная категория работников обязана перед сменой (рейсом) и после проверять состояние здоровья. Порядок проведения данных видов осмотра определяется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 835н «Об утверждении проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров».

Предсменные, предрейсовые медицинские осмотры проводятся перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения. По окончании рабочего дня (смены, рейса) осмотры проводятся для выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

Данные виды осмотров проводятся медицинскими работниками, имеющими высшее и (или) среднее профессиональное образование, их результаты вносятся в Журнал регистрации предрейсовых, предсменных медицинских осмотров и Журнал регистрации послерейсовых, послесменных медицинских осмотров соответственно, при этом на путевых листах ставится штамп «Прошел предрейсовый медицинский осмотр, к исполнению трудовых обязанностей допущен» либо «Прошел послерейсовый медицинский осмотр» и подпись медицинского работника, проводившего осмотр. О результатах

осмотров медицинский работник сообщает работодателю (уполномоченному представителю работодателя).

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

Предварительные, периодические, предрейсовые, послерейсовые осмотры являются платными, оплачиваются работодателем и являются обязательными для соответствующей категории граждан.

Выводы

Таким образом, собственно профилактические медицинские мероприятия — профилактические медицинские осмотры и диспансеризация — относятся к числу абсолютно добровольных, прохождение которых является правом любого гражданина ежегодно либо с определенной периодичностью бесплатно проверить состояние своего здоровья. Основной акцент таких мероприятий в настоящее время смещен на раннее выявление заболеваний и установление факторов риска. Иные виды — предварительные, периодические, предрейсовые, предсменные, послерейсовые и послесменные медицинские осмотры — только отчасти выполняют профилактическую функцию, поскольку направлены в первую очередь на защиту здоровья населения и выявление профпригодности по состоянию здоровья для выполнения своих трудовых функций отдельных категорий работников. Такие осмотры являются обязательными, работники, которые их не прошли, не могут быть приняты на работу или допущены к работе на основании ст. 220 ТК РФ и подлежат отстранению от работы в порядке ст. 76 ТК РФ. Такое деление осмотров позволяет говорить о смешанной правовой модели, в которой предусмотрены и добровольные, и обязательные варианты прохождения медицинских осмотров.

Права и обязанности врачей и пациентов в рамках медицинских осмотров отдельно не регламентированы. Но при этом нормативно установленными являются организационная процедура всех видов осмотров и диспансеризации, а также набор исследований и консультаций и документальное оформление результатов проведенных профилактических медицинских процедур.

3.2.2. Правовое регулирование вакцинации населения в Российской Федерации

Прививки уже давно рассматриваются как один из важнейших и достаточно длительно используемых инструментов медицинской профилактики, вакцинопрофилактика признается «одной из наиболее выгодных стратегий с позиции стоимость-эффективность»¹⁷¹. Отсчет истории вакцинации начинается с конца XVIII века, когда Эдвард Дженнер изобрел первую вакцину против натуральной оспы — 14 мая 1796 года прививка коровьей оспы была сделана восьмилетнему мальчику Джеймсу Фиппсу. В 1798 году Дженнер опубликовал статью «Исследование причин и действий коровьей оспы», в которой использовал термин «вакцинация» (от лат. *vaccinae* — коровья)¹⁷².

Первый акт, обязавший граждан вакцинироваться, был представлен 15 февраля 1853 года в Палате лордов Великобритании — Билль о дальнейшем распространении практики вакцинации и ее обязательности (*The Vaccination Act, 1853*) предписывал, что все дети к 3 месяцам должны быть вакцинированы от натуральной оспы, а в случае необеспечения этого родителям грозил штраф или тюремное заключение¹⁷³, его ускоренному принятию поспособствовала новая вспышка оспы. Однако наказание применялось далеко не всегда, в связи с чем вакцинация не получила широкого распространения.

¹⁷¹ Шамшева О.В. Эволюция национального календаря профилактических прививок. Результаты и перспективы // *Детские инфекции*. 2022. Т. 21, № 1. С. 5–15.

¹⁷² Оффит П. *Смертельно опасный выбор. Чем борьба с прививками грозит нам всем / пер. с англ. А. Бродоцкой. М., 2017. С. 170.*

¹⁷³ *The Vaccination Act, 1853. Association Medical Journal. 1853;3-1:1091.*

С принятием нового Закона о вакцинации в 1867 году (*The Vaccination Act, 1867*), который предусматривал, что органы здравоохранения должны выносить предупреждение родителям при отсутствии у их ребенка сертификата о прививках, при игнорировании предупреждения дело направлялось в суд, где на родителей налагался штраф (в случае его неуплаты грозила продажа имущества с торгов или помещение в долговую тюрьму на срок до 2 недель)¹⁷⁴, начался период строгого принуждения к вакцинированию в Великобритании. Принудительная вакцинация с неоднократным применением мер воздействия к нарушителям (Закон 1867 года разрешал налагать штраф неограниченное количество раз) при отсутствии сертификата о прививках была отменена только в 1898 году новым Законом о вакцинации (*The Vaccination Act, 1898*)¹⁷⁵, допускающим отказ от прививки по идейным соображениям.

В России начало вакцинации было положено Екатериной II 23 октября 1768 года, когда она привилась от оспы, однако «непременная обязанность всех без изъятия государственных крестьян прививать детям своим предохранительную оспу»¹⁷⁶ была установлена только 23 марта 1839 года с внесением в Устав о благоустройстве в казенных селениях раздела «Оспопрививание» (ст. 291–292), согласно которому разрешались профилактические прививки от оспы всем взрослым, кому это было допустимо по итогам исследования уездным врачом, под его контролем и только полученной от него вакциной.

В настоящее время правовое регулирование вакцинации населения приобретает особую актуальность — пандемия COVID-19 и фиксация случаев заболевания обезьяньей оспой в мире ставят перед государственными органами вопрос о возможности перевода вакцинации в разряд обязательной (либо принудительной) для всего

¹⁷⁴ *Vaccination Act, 1867 (30 & 31 Vict.) C A P. LXXXIV*. URL: <https://filippomspolini.files.wordpress.com/2020/08/1867-vaccination-act.pdf> (дата обращения: 07.08.2022).

¹⁷⁵ *The Vaccination Act, 1898. The British Medical Journal*. 1898;29;2(1974):1351-1354.

¹⁷⁶ *Устав о благоустройстве в казенных селениях // Свод законов Российской империи. Т. XII, ч. II. СПб. : Тип. Второго Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1857. С. 271.*

населения. Как сторонников, так и противников такого подхода достаточно много и среди медиков, и среди правоведов. При этом принудительной вакцинацией в литературе называется прежде всего непосредственное принуждение принимать вакцину, однако оно усматривается и там, где государства прибегают к менее явным формам принуждения к вакцинации, которые выражаются, например, в тех или иных негативных последствиях в связи с отказом от вакцинации¹⁷⁷. Некоторые исследователи разделяют принудительную и обязательную вакцинацию, при этом видят между ними разницу в следующем: при принудительной вакцинации прививают насильно, а при обязательной — просто лишают некоторых социальных возможностей, социальных благ, социальных привилегий, например права учиться в государственных школах (подобная практика широко применялась в 1970-е годы в США)¹⁷⁸.

Имеет место также подход, при котором обязательная вакцинация как юридическое требование, подкрепленное установлением различных негативных правовых последствий в случае его неисполнения, может обретать форму прямого (и в этом смысле является принудительной) либо косвенного обязывания¹⁷⁹. При этом прямая форма обязательной вакцинации предполагает, что выполнение обязанности по прохождению прививки в конечном счете обеспечивается принудительным введением вакцины под угрозой наступления неблагоприятных последствий, в том числе — уголовного наказания¹⁸⁰. Косвенная форма обязательной вакцинации исключает принудительное введение вакцины, но предполагает формы воздействия, которые выражаются в негативных последствиях в случае отказа от вакцинации.

¹⁷⁷ Власов Г.Д. *COVID-19: вакцинация и право. (Обзор) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература : ИАЖ. Сер. 4: Государство и право. 2022. № 1. С. 54.*

¹⁷⁸ Путило Н.В. *Нормативные правовые основы иммунопрофилактики в государствах — участниках СНГ // Ремедиум. 2021. Т. 25, № 4. С. 30—31.*

¹⁷⁹ Ястребов О.А. *Обязательная вакцинация: социальное благо или нарушение индивидуальных прав // Вестник Российского университета дружбы народов. 2022. Т. 26, № 1. С. 214—215.*

¹⁸⁰ *COVID-19 and mandatory vaccination. Ethical considerations: Policy brief. 30 May 2022 // World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1> (дата обращения 07.08.2022).*

Такую форму (систему) обязательной вакцинации выбирает большинство современных государств, устанавливая обязанность вакцинироваться не прямо, а путем ограничения индивидуального выбора особыми способами, делая прививку условием, например, пользования определенными услугами (посещение ресторанов, театров и др.) либо работы в определенных отраслях (здравоохранение и др.) или осуществления права доступа к государственным льготам.

На наш взгляд, понятия принудительной и обязательной вакцинации сложно признать абсолютно совпадающими. Принудительный — совершаемый или происходящий насильно, по принуждению (*принудительный труд, принудительное лечение*)¹⁸¹. В нормативных актах принудительный труд, например, определен как выполнение работы под угрозой применения какого-либо наказания (насильственного воздействия) (ст. 4 ТК РФ), принудительные меры медицинского характера — меры, назначаемые судом, предполагающие применение амбулаторного наблюдения или стационарного лечения лица, страдающего психическим заболеванием, без учета его мнения (ст. 97 УК РФ). Таким образом, принудительной следует считать вакцинацию, которая обеспечивается силой государственного принуждения, т. е. применяется помимо воли лица, подлежащего вакцинации, не предполагает возможности отказа и влечет применение мер ответственности за неисполнение предписания о вакцинации. Обязательная же вакцинация представляет собой предписание гражданам сделать необходимые прививки как условие для получения возможности реализовать свои права в определенной сфере. Обязательная вакцинация предполагает возможность отказа от прививок, последствием которого не будут меры ответственности. Следует не согласиться с теми авторами, которые рассматривают ограничения в реализации лицом своих прав, предусмотренные в ч. 2 ст. 5 Закона об иммунопрофилактике, как ответственность за отказ от вакцинации¹⁸²,

¹⁸¹ *Словарь русского языка. В 4 т. Т. 3 / РАН, Ин-т лингвист. исследований ; под ред. А. П. Евгеньевой. 4-е изд., стер. М., 1999.*

¹⁸² *См., напр.: Внукова В.А., Мадыгина О.А., Бурдина М.В. К вопросу об обязательности вакцинации и ответственности за отказ от прививок. Анализ постановления Европейского суда по правам человека // Российский судья. 2021. № 8. С. 54–58.*

поскольку в Российской Федерации применяются определенные виды ответственности — дисциплинарная, материальная, гражданско-правовая, административная и уголовная. Ограничения, установленные Законом об иммунопрофилактике, не могут быть отнесены к мерам ни одного из перечисленных видов ответственности. В частности, положения ст. 76 ТК РФ об отстранении от работы не позволяют говорить о дисциплинарной ответственности, поскольку в соответствии со ст. 192 ТК РФ дисциплинарные взыскания ограничены замечанием, выговором и увольнением¹⁸³.

Отечественная система здравоохранения знает два варианта вакцинации — исключительно в целях профилактики и по эпидемическим показаниям (ст. 9, 10 Закона об иммунопрофилактике). В Российской Федерации на законодательном уровне установлена добровольность вакцинации, как и любого другого медицинского вмешательства, на основании ст. 20 Закона об охране здоровья граждан и ст. 5 Закона об иммунопрофилактике. Причем следует особо отметить, что право на отказ от прививок, установленное в ч. 1 ст. 5 Закона об иммунопрофилактике, относится ко всем профилактическим прививкам, не разделяя их в зависимости от целей.

Все прививки, которые проводятся в Российской Федерации, зафиксированы в национальных календарях прививок. Понятие

¹⁸³ Следует подчеркнуть, что не все авторы, работавшие по настоящему гранту, разграничивают принудительность и обязательность применительно к вакцинации и медицинским осмотрам, используя их как синонимичные понятия. В частности, в рамках гранта опубликован ряд работ, в которых для целей исследования принудительность понимается широко (обязательные медосмотры, вакцинация также рассматриваются как принудительные, когда их непрохождение ограничивает возможность реализации гражданами своих прав и законных интересов), в связи с чем в дальнейшем термины «обязательный» и «принудительный» могут использоваться в тексте как синонимы. См.: Щепельков В.Ф., Оленников С.М. К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительных медицинских осмотров // Медицина и право в XXI веке : материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол «Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины». СПб., 2020. С. 43—61; Щепельков В.Ф., Оленников С.М. К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительной вакцинации населения // Криминалист. 2020. № 3. С. 28—36.

«календарь прививок» (*Vaccination schedule*) сформировалось в 40–50-е годы XX века, когда был значительно расширен перечень применяемых вакцин. В настоящее время число «календарных» прививок в развитых странах достигло 17¹⁸⁴, национальный календарь профилактических прививок России включает прививки против 12 инфекций: вирусный гепатит В, туберкулез, дифтерия, столбняк, коклюш, гемофильная инфекция, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, грипп, пневмококковая инфекция¹⁸⁵. Необходимость совершенствования календаря профилактических прививок подтверждена Правительством Российской Федерации посредством указания на это в Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года¹⁸⁶ в качестве отдельного направления решения поставленных задач. Как указывается в Стратегии, предполагается включение в перечень вакцины для профилактики ротавирусной инфекции, вакцины для профилактики ветряной оспы, вакцины для профилактики вируса папилломы человека, вакцины для профилактики менингококковой инфекции (четырёхвалентной вакцины (против серогрупп А, С, W, Y), при условии производства готовой лекарственной формы таких вакцин на территории Российской Федерации и возможности обеспечения поэтапной организации производства указанных вакцин российскими производителями до полного цикла на территории Российской Федерации в необходимых для вакцинации объемах.

Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных

¹⁸⁴ Брико Н.И., Фельдблюм И.В. Иммунопрофилактика инфекционных болезней в России: состояние и перспективы совершенствования // *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2017. № 2 (93). С. 5.

¹⁸⁵ Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 г. № 1122н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

¹⁸⁶ Об утверждении Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2020 г. № 2390-р. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Решения о проведении таких прививок принимают Главный государственный санитарный врач Российской Федерации и главные государственные санитарные врачи субъектов Российской Федерации. Перечень профилактических прививок по эпидемическим показаниям также сформирован в виде календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и к настоящему времени включает в себя 24 позиции (туляремия, чума, сибирская язва, бешенство, клещевой вирусный энцефалит, холера, брюшной тиф, ротавирусная инфекция, ветряная оспа и т. д.), в том числе прививку против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2. Календари устанавливают, кому, когда и в каком порядке (однократно или несколько раз) вводится соответствующая вакцина. В научной литературе отмечается, что отсутствие в законодательстве понятия «региональный календарь профилактических прививок» является существенной проблемой в Российской Федерации, поскольку юридически субъекты Российской Федерации не могут самостоятельно определять политику в области вакцинопрофилактики, хотя на практике региональные календари прививок существуют и действуют, чаще всего копируя национальный календарь, и предлагается ввести региональные календари для совершенствования системы иммунопрофилактики¹⁸⁷.

Права и обязанности граждан в области вакцинации не различаются в зависимости от вида профилактических прививок (ст. 5 Закона об иммунопрофилактике). К числу прав граждан в этой области отнесены:

- 1) право на полную и объективную информацию о прививке (показания, противопоказания, количество и сроки ревакцинаций, сведения о вакцине как о лекарственном препарате, сведения о поствакцинальных осложнениях, последствия отказа от прививки);

¹⁸⁷ Харит С.М., Брико Н.И. *Актуальные проблемы вакцинопрофилактики и способы их решений: опыт экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2014. № 3. С. 33.*

2) право на получение прививки на бесплатной основе при соблюдении двух условий: прививка включена в национальный календарь профилактических прививок или календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а медицинская организация, в которой проводится вакцинация, должна участвовать в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

3) право на выбор медицинской организации или индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность (в том числе и не из числа тех, кто предоставляет услугу на бесплатной основе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования). Это означает, что гражданин имеет право отдать приоритет какой-либо медицинской организации и вакцинироваться на платной основе;

4) право на медицинский осмотр и медицинское обследование (при необходимости) перед профилактической прививкой;

5) право на получение медицинской помощи в медицинских организациях при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) право на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений;

7) право отказаться от профилактической прививки.

Что касается обязанностей граждан при вакцинации, то согласно ч. 3 ст. 5 Закона об иммунопрофилактике их всего две:

1) обязанность исполнять предписания медицинских работников;

2) обязанность подтверждать (в письменной форме) отказ от профилактической прививки.

Не устанавливая прямой ответственности за отказ от вакцинации и предусматривая право отказаться от прививки, нормативные акты все же содержат указания на целый ряд ограничений, которые могут быть наложены на лицо, не прошедшее вакцинацию. В частности, в соответствии с ч. 2 ст. 5 Закона об иммунопрофилактике отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами

либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Таким образом, как отмечается в научной литературе, «механизм реализации права на отказ от вакцинации является условным, так как накладывает на гражданина ряд ограничений конституционных прав, особенно в период возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий, а также при выполнении определенного вида работ»¹⁸⁸.

Это дает основания полагать, что вакцинация в Российской Федерации является обязательной для определенных категорий граждан. Не раскрывая понятия обязательной вакцинации, Закон об иммунопрофилактике этим термином оперирует, отсылая к документам органов исполнительной власти, определяющим категории граждан, которые подлежат обязательной вакцинации. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, утвержден Правительством Российской Федерации¹⁸⁹. К таким работам, в частности, отнесены: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные и другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промышленные, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные работы на территориях, неблагополучных

¹⁸⁸ Черепанова Т.С. Конституционно-правовые основы обязательной вакцинации в России // Конституционное и муниципальное право. 2022. № 4. С. 47–48.

¹⁸⁹ Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок : Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825: текст с изм. и доп. на 24 дек. 2014 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

по инфекциям, общим для человека и животных; работы по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных; работы в организациях по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных; работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных; работы по убою скота, больного инфекциями, общими для человека и животных, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов; работы, связанные с уходом за животными и обслуживанием животноводческих объектов в животноводческих хозяйствах, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных; работы по отлову и содержанию безнадзорных животных; работы по обслуживанию канализационных сооружений, оборудования и сетей; работы с больными инфекционными заболеваниями; работы с живыми культурами возбудителей инфекционных заболеваний; работы с кровью и биологическими жидкостями человека, а также работы в организациях, осуществляющих образовательную деятельность. На основании ст. 76 ТК РФ работник, который не прошел обязательную вакцинацию, должен быть отстранен от работы до того момента, пока вакцинация не будет пройдена (при условии, что у лица нет уважительных причин для непрохождения вакцинации, в частности — противопоказаний или иных оснований для медотвода).

Вопрос о законности таких ограничений для граждан был предметом рассмотрения в Конституционном Суде Российской Федерации, который в определении от 21 ноября 2013 г. № 1867-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Гунтаишвили Валентины Захаровны на нарушение ее конституционных прав Федеральным законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»» подтвердил конституционность положений Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» об отстранении граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями в связи с необходимостью сохранения здоровья таких категорий

работников в процессе трудовой деятельности, а также обеспечения здоровья и безопасности других лиц. Суд указал, что установление указанного правила обусловлено необходимостью сохранения здоровья определенных категорий работников в процессе трудовой деятельности, а также обеспечения здоровья и безопасности других лиц, следовательно, отвечает конституционно закрепленным целям возможных ограничений прав и свобод человека и гражданина (ст. 55, ч. 3 Конституции Российской Федерации) и не может рассматриваться как нарушение конституционных прав. В научной литературе отмечается, что обязательная вакцинация предполагает общую легитимную цель — обеспечение здоровья населения, обусловлена принципом социальной солидарности, который предполагает осознание людьми как членами общества необходимости объединить усилия для достижения главной цели — победить вирус, должна отвечать принципу пропорциональности вмешательства, т. е. принимаемые меры должны носить комплексный характер и обеспечить эффективность менее интрузивного вмешательства, а также предполагает просвещение и транспарентность, которые особенно касаются механизма воздействия вакцины и долгосрочных последствий применения вакцины, основанные на принципе информированного согласия пациента на медицинское вмешательство¹⁹⁰.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства четко регламентированы. Так, в отношении взрослого населения по всем видам профилактических прививок, кроме прививки против COVID-19, формы согласия и отказа унифицированы для определенных видов медицинских вмешательств¹⁹¹ и установлены приказом Минздрава России от 12 ноября 2021 г. № 1051н «Об утверждении Порядка дачи

¹⁹⁰ См.: Дедов Д., Джагарян А., Кузнецов Д., Касиев Д., Архипов Д., Ковтуненко Н., Аптак М., Мырсина А. Обязательная вакцинация: правомерность и правовые риски // Закон. 2021. № 7. С. 17—31.

¹⁹¹ Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи : Приказ М-ва здравоохранения и соц. развития Российской Федерации России от 23 апреля 2012 г. № 390н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства». Согласие на медицинское вмешательство означает, что лицо получило информацию о целях, методах оказания помощи, рисках такого вмешательства, возможных вариантах медицинского вмешательства и их последствиях (включая возможность развития осложнений), о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также о праве отказаться от медицинского вмешательства полностью или частично, и эта информация доведена до него в понятной ему форме. Форма отказа от медицинского вмешательства предполагает свидетельствование того, что подписывающее ее лицо получило информацию о возможных последствиях отказа от конкретных (указываемых в форме) видов медицинского вмешательства, в том числе о вероятности развития конкретных осложнений, а также о том, что в любое время на указанные медицинские вмешательства он может оформить согласие (если его позиция изменится), и эта информация доведена до него в понятной ему форме.

Форма информированного добровольного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них¹⁹² имеет свои особенности. Во-первых, она единая и для согласия на прививку, и на отказ от нее, что расценивается как весьма неудачное решение¹⁹³, порождает в практике некоторые проблемы, в частности когда законный представитель зачеркивает и согласие, и отказ, что делает заполненную форму недействительной и одновременно вводит в заблуждение медицинского работника¹⁹⁴. Во-вторых, данная

¹⁹² *О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них : Приказ М-ва здравоохранения и соц. развития Российской Федерации от 26 января 2009 г. № 19н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

¹⁹³ *Баранов А.А., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С., Федосеев М.В. Правовые и этические основы информированного согласия на вакцинацию в России: необходимость изменения подхода // Педиатрическая фармакология. 2016. № 13 (2). С. 124.*

¹⁹⁴ *Решение Октябрьского районного суда г. Ставрополя (Ставропольский край) от 26 марта 2012 г. по делу № 2-243/2012 // Судебные и нормативные акты РФ : сайт. URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 24.04.2022).*

форма адаптирована именно под вакцинацию и предполагает, что лицо, подписывающее ее в отношении ребенка в возрасте до 15 (в определенных случаях — до 16) лет, получило информацию о вакцинации, ее необходимости, возможных осложнениях и последствиях отказа, в том числе правовых, о необходимости проведения предварительного осмотра перед вакцинацией, о выполнении предписаний медицинского работника после вакцинации, и эта информация доведена до него в понятной ему форме. Также форма содержит подтверждение, что родитель (или иной законный представитель), подписывающий документ, имел возможность задать медицинскому работнику все интересующие его вопросы относительно вакцинации и получил по ним разъяснения, которые его удовлетворили.

Форма информированного добровольного согласия на проведение вакцинации против COVID-19¹⁹⁵ также единая — и для выражения согласия на проведение манипуляции, и на отказ от нее. Она предполагает, что подписавшее ее лицо получило информацию о цели и смысле вакцинации, обо всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации, о возможных реакциях на прививку и о том, что вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация, а также о последствиях отказа от прививки, и эта информация доведена до него в понятной ему форме. Также форма содержит подтверждение, что лицо имело возможность задать медицинскому работнику все интересующие его вопросы относительно вакцинации и получило по ним разъяснения, которые его удовлетворили. Одновременно данная форма является и способом подтверждения и предоставления необходимых медицинскому работнику для проведения вакцинации

¹⁹⁵ *Временные методические рекомендации «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» / Федеральный дистанционный центр по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19 (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины М-ва здравоохранения Российской Федерации) совместно с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Государственной корпорации по атомной энергии «Росатом». 2021 г. По состоянию на 21 июня 2022 г. URL: <https://static-0minzdrav.gov.ru/> (дата обращения: 07.08.2022).*

сведений о состоянии здоровья пациента: подписывая документ, лицо подтверждает, что на момент вакцинации у него нет острых жалоб на состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на боль, озноб, сильную слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических), подтверждает отсутствие факта беременности или кормления грудью (для женщин), а также свидетельствует, что поставил медицинского работника в известность о ранее выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных им и известных ему заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии у него реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин. Обратная сторона формы содержит анкету, которая предполагает сбор сведений о состоянии здоровья пациента перед введением вакцины, заполняется по результатам осмотра лица медицинским работником (температура тела, частота сердечных сокращений, артериальное давление, общее состояние, сатурация) и опроса лица (наличие хронических заболеваний, контактов с больными, перенесенного заболевания COVID-19, наличие определенных симптомов в последние 14 дней, предшествующих прививке, и реакции на них, принимаемые препараты, аллергические реакции и т. д.).

Таким образом, следует констатировать, что действующие формы информированного добровольного согласия (отказа) на вакцинацию одновременно выступают и подтверждением получения информации о предстоящем медицинском вмешательстве (его сути и целях, противопоказаниях, возможных реакциях, праве на отказ и вероятных медицинских последствиях отказа) и способом сообщения медицинским работникам ряда необходимых для проведения вакцинации сведений. Данные формы (за исключением формы согласия в отношении прививки против COVID-19) являются унифицированными, т. е. не отражают специфику той прививки, в отношении которой дается согласие или констатируется отказ. В отличие от общих форм, разработанная для получения согласия (отказа) на прививку против COVID-19 форма содержит более конкретную информацию о предстоящей манипуляции, в частности о возможных реакциях на введение вакцины (местных — покраснения,

уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и др., и общих — повышение температуры, недомогание, озноб и др., а также о поствакцинальных осложнениях — шок, аллергические реакции и др.). Кроме того, разработана памятка пациента о проведении вакцинации против COVID-19 (приложение № 3 к временным методическим рекомендациям «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», в которой разъяснены процедура прохождения вакцинации, право пациента получить необходимую информацию, обязательность осмотра перед введением вакцины, этапы вакцинации и даны рекомендации по поведению пациента непосредственно после проведения процедуры вакцинации и в течение 3 дней после, а также перечислены возможные реакции организма на введение вакцины. Такой подход к формированию пакета необходимой документации для проведения вакцинации, безусловно, является более правильным, учитывающим особенности конкретной прививки и состояние здоровья пациента.

На основании изложенного представляется, что с правовой точки зрения следует поддержать предложение медиков об утверждении индивидуальных форм согласия для профилактических прививок от конкретного заболевания, которые бы содержали информацию о каждом инфекционном заболевании, осложнениях, которые могут быть вызваны этими заболеваниями, а также о процедуре проведения вакцинаций (сроках проведения вакцинаций, противопоказаниях, возможных реакциях организма на соответствующие прививки)¹⁹⁶. Такие изменения позволят, с одной стороны, гарантировать получение необходимой информации лицом, которое принимает решение о вакцинации, и сделать согласие на вакцинацию действительно информированным. С другой стороны, детализированные формы могут стать и способом защиты медицинских работников, добросовестно выполнивших требования к порядку и объему предоставления информации в процессе проведения медицинской манипуляции, от возможных необоснованных претензий со стороны пациентов.

¹⁹⁶ Баранов А.А., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С., Федосеев М.В. Указ. соч. С. 129.

В Российской Федерации регламентирован и сам порядок проведения вакцинации. Требования к проведению профилактических прививок против инфекционных болезней утверждаются Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации, направлены на обеспечение эффективности и безопасности вакцинопрофилактики, а также обеспечение достоверности учета профилактических прививок, и охватывают организацию вакцинации в медицинском учреждении (например, условия прохождения специального обучения медперсоналом, который осуществляет вакцинацию), порядок проведения прививок (например, обязательный сбор анамнестических данных, предварительный осмотр, выявление противопоказаний и т. д.)¹⁹⁷, методику проведения прививок и порядок обращения с вакцинами (хранение, утилизация и т.д.). Применительно к вакцинации против COVID-19 действуют временные методические рекомендации «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» и Временный порядок организации проведения профилактических прививок против COVID-19, утвержденный Приказом Минздрава России от 19 марта 2020 г. № 198н¹⁹⁸.

Непосредственно порядок поведения профилактических прививок определен Приложением № 3 к приказу Минздрава России от 6 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок». Так, профилактические прививки проводятся гражданам в медицинских организациях только при наличии соответствующей лицензии на выполнение работ (услуг) по вак-

¹⁹⁷ *Порядок проведения профилактических прививок : Методические указания МУ 3.3.1889-04 : утв. Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 4 марта 2004 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

¹⁹⁸ *О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н : текст с изм. и доп. на 28 июня 2022 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

цинации (проведению профилактических прививок). Проводить прививку могут только медицинские работники, прошедшие соответствующее обучение. Использованию подлежат только иммунобиологические лекарственные препараты (в том числе содержащие комбинацию вакцин) для иммунопрофилактики, зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации, содержащие актуальные для Российской Федерации антигены, позволяющие обеспечить максимальную эффективность иммунизации, по данным мониторинга Роспотребнадзора, в соответствии с инструкциями по их применению. Перед проведением профилактической прививки лицу, подлежащему вакцинации или ревакцинации, или его законному представителю разъясняется необходимость иммунопрофилактики инфекционных болезней, возможные поствакцинальные реакции и осложнения, а также последствия отказа от проведения профилактической прививки и оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Далее все вакцинируемые подлежат осмотру врачом (фельдшером)¹⁹⁹ до введения вакцины. Допускается введение вакцин (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в один день разными шприцами в разные участки тела. Сведения о вакцинации вносятся в сертификат профилактических прививок.

Порядок проведения вакцинации от COVID-19 в целом аналогичен, однако следует особо отметить, что она проводится в отношении лиц, не имеющих медицинских противопоказаний на мо-

¹⁹⁹ *Фельдшер выполняет функции врача в данном случае на основании приказа Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 г. № 252н (в ред. от 31.10.2017) «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» : текст с изм. и доп. на 28 июня 2022 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

мент осмотра, таких как гиперчувствительность к компонентам препарата, тяжелые аллергические реакции в анамнезе, тяжелые поствакцинальные осложнения, а также для конкретных видов вакцин — наличие определенных заболеваний, возраст и беременность²⁰⁰. Решение об установлении медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок на срок до 30 дней включительно принимает врач-специалист (фельдшер, акушер) медицинской организации или врач-специалист (фельдшер, акушер), осуществляющий диспансерное наблюдение за пациентом; решение об установлении медицинских противопоказаний на срок 31 день и более принимается врачебной комиссией медицинской организации или врачебной комиссией медицинской организации, в которой осуществляется диспансерное наблюдение за пациентом. Сведения о вакцинации и ревакцинации против COVID-19, наличии медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок вносятся в «Справку о проведенных профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или наличии медицинских противопоказаний к вакцинации»²⁰¹.

²⁰⁰ Об утверждении перечня медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции COVID-19: Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 13 января 2022 г. № 8н. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

²⁰¹ Форма и порядок заполнения медицинской документации при вакцинации от COVID-19 установлена Приказом Минздрава России от 12 ноября 2021 г. № 1053н (в ред. от 04.02.2022) «Об утверждении формы медицинской документации “Справка о проведенных профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или наличии медицинских противопоказаний к вакцинации” и порядка ее выдачи, формы медицинской документации “Медицинский сертификат о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях к вакцинации и (или) перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)” и порядка ее ведения, а также формы “Сертификат о профилактических прививках против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или медицинских противопоказаниях к вакцинации и (или) перенесенном заболевании, вызванном новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)”». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Выводы

Подводя итоги проведенному исследованию правового регулирования вакцинации в Российской Федерации, следует отметить, что в Российской Федерации действует смешанная правовая модель — предусмотрено право отказа от прививки, что подтверждает добровольность вакцинации, однако при этом для определенных категорий граждан установлена обязательная вакцинация, и отказ от прививок без уважительных причин в таком случае влечет невозможность реализации гражданином некоторых прав и законных интересов. Порядок проведения вакцинации населения в Российской Федерации регламентирован достаточно четко, начиная от перечня прививок, времени вакцинации, порядка ее осуществления, оформляемых по итогам вакцинации документов до содержания информированного добровольного согласия (отказа) на ее проведение. Однако представляется целесообразным утвердить индивидуальные формы согласия для профилактических прививок от конкретных заболеваний, которые бы содержали информацию о каждом инфекционном заболевании, осложнениях, которые могут быть вызваны этим заболеванием, а также о процедуре проведения вакцинаций (сроках проведения вакцинаций, противопоказаниях, возможных реакциях организма на проведение соответствующих прививок). Это позволит и гарантировать получение необходимой информации лицом, принимающим решение о вакцинации, сделав согласие на вакцинацию действительно информированным, и обеспечить защиту добросовестных медицинских работников от возможных необоснованных претензий со стороны пациентов.

3.3. Трудо-правовые аспекты профилактической медицины

Трудовое право не является самостоятельным правовым инструментом, обеспечивающим профилактику заболеваний граждан, однако выступает как элемент общего правового механизма превентивной медицины, располагая целым арсеналом средств, способствующих реализации требований законодательства об охране здоровья и о санитарно-эпидемиологическом благополучии. Это связано с тем,

что забота о здоровье граждан в контексте реализации ими своей трудовой функции и осуществления трудовой деятельности имеет важное значение для общества.

В процессе труда человек одновременно затрачивает силы организма (здоровье) и обогащает профессиональные навыки, т. е. расходует и приращивает трудоспособность одновременно. Приращение может иметь реальный экономический эффект (повышение качества и производительности труда), равно интересный и работодателю, и работнику. Это обстоятельство и выступает объективной основой создания группы норм, как непосредственно, так и косвенно охраняющих трудоспособность работающих (медико-биологическую и социально-профессиональную ее компоненты).

На сегодняшний день трудовое законодательство Российской Федерации, следуя историческим традициям, относит проведение мероприятий для работников в сфере профилактической медицины к области охраны труда как системе сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности (ст. 209 ТК РФ), что вполне логично.

Ведь и исторически первые медицинские осмотры граждан появились именно в сфере применения наемного труда в качестве одного из механизмов охраны труда, способствующего поддержанию рабочей силы как важнейшего средства производства в «товарном состоянии» и ограничивающего степень эксплуатации наемных работников со стороны работодателей.

Реализуя свою трудовую функцию, человек одновременно с этим расходует ресурсы своего здоровья, что в отдельных случаях может привести к неблагоприятным последствиям. Отсюда очевиден интерес в сохранении достойного уровня здоровья (причем превентивный интерес): во-первых, со стороны самого работника, что логично; во-вторых, со стороны работодателя; в-третьих, со стороны общества.

В этой связи и трудовое законодательство Российской Федерации, воспринимая подобный превентивный мультиинтерес, следуя концепции риск-ориентированного подхода, расставляет по-новому акценты, формулируя основные принципы обеспечения безопасности труда. В качестве таковых постулируются предупреждение и профилактика опасностей, минимизация повреждения здоровья

работников (ст. 209.1 ТК РФ²⁰²). На практическую реализацию данных принципов направлен и приказ Минтруда России от 29 октября 2021 г. № 771н «Об утверждении Примерного перечня ежегодно реализуемых работодателем мероприятий по улучшению условий и охраны труда, ликвидации или снижению уровней профессиональных рисков либо недопущению повышения их уровней».

Поскольку охрана труда включает в себя правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия, то соответствующие положения законодательства необходимо распространять и на реализацию методов профилактической медицины в отношении работников.

Легальная общая классификация подобных методов, применяемых работодателем (в отношении любых заболеваний), в законодательстве не определяется. Они фрагментарно и ситуативно упоминаются в отдельных статьях Трудового кодекса Российской Федерации. Поэтому стоит обратиться к специализированным правовым актам, которые, касаясь профилактики отдельных групп заболеваний, дают основания для общей систематизации методов профилактической медицины в отношении работников. Так, Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (далее — Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения) определяет выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий как обязательство для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в качестве составной части осуществляемой ими деятельности.

Глава IV указанного Закона раскрывает содержание санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в числе которых указаны пять мероприятий, осуществляемых непосредственно в сфере трудовых отношений и нуждающихся в правовой поддержке (в той или иной степени) со стороны трудового права. К числу таковых можно отнести мероприятия по осуществлению:

- производственного контроля,
- проведению медицинских осмотров,

²⁰² Введена Федеральным законом от 2 июля 2021 г. № 311-ФЗ.

мер в отношении больных инфекционными заболеваниями, профилактических прививок, гигиенического воспитания и обучения граждан.

Производственный контроль осуществляется в порядке, установленном техническими регламентами или применяемыми до дня вступления в силу соответствующих технических регламентов Санитарными правилами²⁰³, а также стандартами безопасности труда, если иное не предусмотрено федеральным законом (ст. 32 Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения).

Производственный контроль (*в процессе общественного труда*) в соответствии с п. 2.4 Санитарных правил СП 1.1.1058-01 включает:

организацию медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения;

контроль за наличием сертификатов, санитарно-эпидемиологических заключений, личных медицинских книжек.

Обязательные медицинские осмотры²⁰⁴ (предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические) устанавливаются в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний для работников отдельных профессий, производств и организаций *при выполнении своих трудовых обязанностей*. На работодателя в рамках трудового правоотношения (согласно ст. 214 ТК РФ) возлагается обязанность организовывать проведение за счет собственных средств таких медицинских осмотров.

²⁰³ Организация и проведение производственного контроля осуществляются в соответствии с Санитарными правилами СП 1.1.1058-01, утвержденными Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 10 июля 2001 г. (согласно Письму Роспотребнадзора от 15 февраля 2012 г. № 01/1350-12-32 действуют на территории Российской Федерации до вступления в силу соответствующих технических регламентов).

²⁰⁴ Правила проведения медицинских осмотров действующее трудовое законодательство распространяет и на медицинские (психиатрические) освидетельствования работников.

Меры в отношении больных инфекционными заболеваниями предусмотрены ст. 33 Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, в которой, в частности, указано, что лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний (это выявляется в ходе медицинского осмотра), если они *могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой*, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособия по социальному страхованию.

Профилактические прививки проводятся гражданам в соответствии с *Перечнем работ, выполнение которых связано с высоким риском* заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок²⁰⁵. При этом на работодателя не возлагается сама обязанность проведения вакцинации²⁰⁶. Его вовлеченность в такого рода профилактические мероприятия

²⁰⁵ Утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825.

²⁰⁶ Хотя справедливости ради стоит отметить, что в пп. 10 и 11 Санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 4) указывается, что граждане, юридические лица, индивидуальные предприниматели обязаны организовать санитарно-эпидемиологические (профилактические) мероприятия в соответствии с осуществляемой ими деятельностью. На это обращали внимание и предшествующие Санитарные правила СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней». В этой связи судебная практика указывает на то, что у работодателей должно быть подтверждение того, что ими «обеспечивалось принятие мер, направленных на выполнение положений санитарно-эпидемиологического законодательства в части вакцинации работников» (см., напр., Решение Междуреченского городского суда Кемеровской области № 2А-2447/2016 2А-2447/2016-М-2739/2016 М-2739/2016 от 17 октября 2016 г. по делу № 2А-2447/2016; Решение Санкт-Петербургского городского суда от 11 апреля 2017 г. № 12-402/2017 по делу № 5-28/2017).

связана, во-первых, с отслеживанием работников, подлежащих обязательной вакцинации, во-вторых, с реализацией правовых и организационных последствий отсутствия профилактических прививок, выражающихся в отказе в приеме граждан на работу или отстранении работников от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (ст. 5 Закона об иммунопрофилактике).

Гигиеническое воспитание и обучение граждан (включая пропаганду здорового образа жизни) в трудовых отношениях осуществляются, в частности, в качестве *профессиональной гигиенической подготовки и аттестации* должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения (ст. 36 Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения). Подобная аттестация проводится *после прохождения работниками медицинских осмотров*²⁰⁷.

Анализ предложенной системы методов профилактической медицины, находящихся в арсенале трудового права, позволяет сделать два важных вывода:

1) основным средством, организуемым самим работодателем, обеспечивающим профилактическую медицину для работников (в рамках общих мероприятий по охране труда), являются обязательные медицинские осмотры, поэтому дальнейшие рассуждения будут касаться именно их;

2) законодатель в своих формулировках фактически подчеркивает, что все исследуемые методы профилактической медицины нацелены на поддержание именно профессиональной трудоспособности работника, которая позволяет ему в рамках конкретного трудового договора выполнять свою (конкретную) трудовую функцию,

²⁰⁷ Инструкция о порядке проведения профессиональной гигиенической подготовки и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения : утв. Приказом М-ва здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2000 г. № 229. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

а не на поддержание некоего общего уровня здоровья, некой общей физиологической готовности лица выполнять любую работу. То есть в рамках мероприятий по профилактической медицине работодателем поддерживается субъективное право работника на труд в рамках конкретного трудового правоотношения.

Последний вывод, хотя и кажется лежащим на поверхности, является архиважным. Ведь цели проведения любых лечебно-профилактических мероприятий лежат в частно-публичной сфере, что позволяет поддерживать как здоровье конкретного гражданина (индивидуальное здоровье), так и выявлять закономерности развития общественного здоровья, способы его поддержания, охраны и улучшения. В этой связи возникает важнейший вопрос, связанный с определением границ ответственности работодателей и государства (общества) в части охраны здоровья работников, которые являются и членами социума в целом.

Еще в период становления в России законодательства об охране труда в конце XIX — начале XX века российский юрист П.И. Астров, характеризуя фабричную медицину, право на труд и право на здоровье, подчеркивал, что поскольку вырождение рабочих — это не только «порча человеческих машин», но и гибель людей, постольку фабричная медицина должна организовываться преимущественно работодателями, ибо «здоровье рабочих есть первичная издержка производства, которую производство и должно покрывать»²⁰⁸. Однако, во-первых, стоит отметить, что первоначально организация фабричной медицины связывалась с последствиями несчастных случаев на производстве. Во-вторых, в указанный период времени только начали формироваться теоретические подходы к охране здоровья и медицинской помощи не как к частной проблеме отдельного индивида (работника или работодателя), а как к одному из направлений государственной деятельности²⁰⁹. Последующие шаги публичной власти России до 1917 года, в советский и постсоветский периоды способствовали переводу оказания медицинской помощи, да и

²⁰⁸ Астров П.И. *Русская фабричная медицина. Критика законопроекта комиссии Государственной Думы по рабочему вопросу*. М., 1911. С. 6.

²⁰⁹ См. подробнее: Нечаев С.В. *Правовое регулирование медицинской помощи по международному и российскому праву: комплексный анализ : дис. ... канд. юрид. наук*. Ярославль, 2020. С. 26.

в целом охраны здоровья, в плоскость ответственности общества через институт медицинского (социального) страхования (социального обеспечения) граждан.

На сегодняшний день в предложенной парадигме работодатель, как основной бенефициар использования труда наемных работников, несет свою долю социальной ответственности в сфере охраны здоровья граждан. Он, помимо обеспечения своих обязанностей в сфере охраны труда, должен осуществлять обязательное социальное страхование работников (ч. 2 ст. 22, ч. 2 ст. 57 ТК РФ), куда включено их страхование по временной нетрудоспособности, от несчастных случаев на производстве (профессиональных заболеваний) и медицинское страхование.

Таким образом, вектор зоны ответственности работодателя за поддержание здоровья работника находится в сфере охраны труда последнего в рамках выполняемой им трудовой функции. Согласно приказу Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н «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» 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 Российской Федерации (ст. 214), положениям названного Приказа Минздрава России, то необходимо констатировать, что меры профилактической медицины в форме обязательного медицинского осмотра работников не должны быть направлены на наблюдение за состоянием здоровья

работников в целом, для этого имеются иные механизмы, определенные как зона ответственности общества за своих граждан. Так, п. 1 ч. 2, ч. 4 ст. 46 Закона об охране здоровья граждан среди таковых называет профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию определенных групп населения, проводимые в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов²¹⁰.

Меры профилактической медицины в форме обязательного медицинского осмотра работников имеют 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 работников²¹¹, условия труда которых имеют серьезную специфику (ст. 214 ТК РФ)²¹².

Более того, 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. Риски воздействия таких факторов являются профессиональными, они не презюмируются какими-либо обстоятельствами, а подлежат

²¹⁰ См., напр., приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

²¹¹ Исключение установлено только для несовершеннолетних, которые проходят обязательные предварительные медицинские осмотры при заключении трудового договора на выполнение любых видов работ.

²¹² Приказ Минтруда России № 988н, Минздрава России № 1420н от 31 декабря 2020 г. «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»; приказ Минздрава России от 20 мая 2022 г. № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование».

выявлению в ходе особой процедуры — специальной оценки условий труда, проводить которую обязаны все работодатели. В ходе такой оценки указанные факторы риска подлежат идентификации и оценке по уровню своего воздействия, подразделяются на классы (подклассы) условий труда на конкретных рабочих местах — оптимальные (1 класс), допустимые (2 класс), вредные (3 класс, 1—4 степени), опасные (4 класс). Согласно Приказу Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам подлежат лишь работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Статья 7 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» определяет, что результаты проведения специальной оценки условий труда могут применяться для:

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

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

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 месте²¹³. А поскольку медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития (ч. 1 ст. 46 Закона об охране здоровья граждан), то и перечень таких вмешательств (исследований), проводимых за счет средств работодателя, должен соответствовать данному целеполаганию. Все остальное в сфере охраны здоровья —

²¹³ Подобный вывод подтверждается и определениями в ст. 209 ТК РФ понятий «опасность» и «профессиональный риск», которые сопрягаются с процессом трудовой деятельности, с исполнением работником трудовой функции.

это сфера ответственности самого работника и социума (государства). В противном случае в нарушение целей и задач трудового законодательства, определенных ст. 1 ТК РФ, на работодателя возлагаются непомерные обязанности, далекие от оптимального согласования интересов сторон трудовых отношений, интересов государства.

В связи с этим вызывает большие вопросы предусмотренный пп. 12.1–12.4 (для предварительных осмотров) и пп. 31.1–31.4 (для периодических осмотров) Приказа Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н единый для всех работников базовый объем медицинского осмотра вне зависимости от выполняемой работником трудовой функции и условий его труда. Указанный объем фактически направлен не только на превенцию профессиональных рисков здоровью в сфере труда, но и на профилактику любых заболеваний и патологических состояний граждан в целом.

Базовый объем обязательного медосмотра работников почти полностью повторяет (причем местами дословно) перечень осуществляемых медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, проводимых в отношении определенных категорий граждан, а не только работников (см. п. 16 Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного Приказом Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н).

Таким образом, необходимо констатировать, что государство, взявшее на себя социальное обязательство по охране здоровья граждан, по сути, разделило данное обязательство между собой и работодателем, возложив на него часть своих социальных функций, связанных с охраной здоровья населения в целом (сверх реализуемых работодателем обязательств по социальному страхованию). Установленная государством обязанность работодателя по организации и проведению медицинских осмотров работников в том объеме, который на сегодняшний момент нормативно определен Приказом Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н и который обстоятельно пересекается с объемом медицинских мероприятий в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, свидетельствует, по нашему мнению, о фактической

реализации работодателем функций общественного здравоохранения²¹⁴.

Как представляется, направленность обязательных медицинских осмотров, проводимых за счет средств работодателя, на выявление и поддержание именно профессиональной (а не общей) трудоспособности работника может быть обеспечена разработкой стандартов профессиональных осмотров в разрезе отдельных типов вредных и (или) опасных производств. На отсутствие таких стандартов и в этой связи на невысокую эффективность обязательных медицинских осмотров указывают специалисты, занимающиеся проблемами профилактической медицины и профессиональных патологий²¹⁵.

Решение вопроса об объеме медицинского осмотра представляется важным, поскольку на работодателя в рамках трудового правоотношения (согласно ст. 214 ТК РФ) возлагается обязанность организовывать проведение за счет собственных средств обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, других обязательных медицинских осмотров, обязательных психиатричес-

²¹⁴ При этом не стоит недооценивать вклад работодателей в поддержание охраны здоровья населения, например в части соблюдения правила, установленного ч. 7 ст. 34 Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, о том, что данные о прохождении медицинских осмотров и медицинского освидетельствования подлежат внесению в федеральную государственную информационную систему сведений санитарно-эпидемиологического характера. Подобный подход позволяет объединять усилия заинтересованных субъектов и оптимизировать траты консолидированного бюджета на охрану здоровья граждан. Этому, кстати, способствует и положение ч. 7 ст. 46 Закона об охране здоровья граждан о том, что при проведении медицинских осмотров, диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденных медицинскими документами пациента.

²¹⁵ Шамсияров Н.Н. Проблемы и перспективы медицинских осмотров работников, занятых во вредных условиях труда: финансово-экономический аспект // Вестник Казанского технологического университета. 2011. № 18. С. 287. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-i-perspektivy-meditsinskih-osmotrov-rabotnikov-zanyatyh-vo-vrednyh-usloviyah-truda-finansovo-ekonomicheskii-aspekt> (дата обращения: 10.08.2022).

ких освидетельствований работников, внеочередных медицинских осмотров, обязательных психиатрических освидетельствований работников по их просьбе в соответствии с медицинскими рекомендациями с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка на время прохождения указанных медицинских осмотров, обязательных психиатрических освидетельствований.

Не менее важным решение вопроса об объеме обязательного медицинского осмотра является для работника. Ведь согласно ст. 215 ТК РФ работник обязан проходить обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры, другие обязательные медицинские осмотры, а также проходить внеочередные медицинские осмотры по направлению работодателя в случаях, предусмотренных ТК РФ и иными федеральными законами. При этом прохождение (непрохождение) работником медицинских осмотров влечет за собой наступление различного рода правовых последствий.

Такого рода последствия лежат в разных сферах общественной жизни и касаются как индивидуального здоровья работника (его прав и интересов, не только трудовых), так и общественного здоровья. В частности, подобные последствия могут быть связаны с компенсацией работнику вреда здоровью, причиненного профессиональным заболеванием (социально-обеспечительные правоотношения), улучшением санитарно-бытового обслуживания и медицинского обеспечения работников в соответствии с требованиями охраны труда в конкретных организациях, отраслях экономики (правоотношения в сфере оказания медицинской помощи), установлением причинно-следственных связей между развитием заболеваний и условиями труда (правоотношения в сфере общественного здоровья и организации здравоохранения) и пр.

В фокусе настоящего параграфа находится исключительно анализ **правовых последствий прохождения (непрохождения) работниками обязательных медицинских осмотров²¹⁶, влияющих на динамику индивидуального трудового правоотношения, изменение прав и обязанностей конкретного работника и работодателя.**

²¹⁶ Добровольные медицинские осмотры не являются предметом настоящего исследования.

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

Правовые последствия прохождения работниками предварительных медицинских осмотров при заключении трудового договора. Согласно ст. 69 ТК РФ, которая называется «Медицинский осмотр при заключении трудового договора», обязательному предварительному медицинскому осмотру при заключении трудового договора подлежат лица, не достигшие возраста 18 лет, а также иные лица в случаях, предусмотренных настоящим Кодексом и иными федеральными законами.

Толкование данной нормы позволяет сделать два важных вывода:

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

2) основания для предварительных медицинских осмотров должны устанавливаться исключительно конкретным видом нормативного правового акта — федеральным законом.

Обязанные к прохождению предварительных медицинских осмотров категории работников указаны, например, в Трудовом кодексе Российской Федерации (ст. 69, 328), в Законе Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»²¹⁷ (ст. 6), в Федеральном законе от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (ст. 48) и некоторых других федеральных законах.

В этой связи вызывает возражение встречающаяся в решениях судебных органов позиция о том, что обязательные предварительные медицинские осмотры могут устанавливаться иными (нежели федеральные законы) правовыми актами, содержащими нормы трудового права. В частности, в Решении Ленинского районного суда

²¹⁷ *Через установление порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности.*

г. Кемерово от 27 января 2020 г. по делу № 2-2072/2019 указывается, что «несмотря на то, что предполагаемая должность истца не была непосредственно связана с движением транспорта, она была обязана пройти предварительный медицинский осмотр, поскольку требование о его прохождении закреплено у работодателя в локальном акте, следовательно, оно является обязательным для всех желающих поступить на работу»²¹⁸. Такого рода выводы судебного органа напрямую противоречат ст. 69 ТК РФ и ст. 8 ТК РФ, поскольку подобная норма локального нормативного акта, возлагая дополнительную обязанность на работника, ухудшает его положение по сравнению с установленным трудовым законодательством, а значит, не должна применяться.

Действующее российское законодательство исходит из того, что для определенных законом лиц заключению трудового договора предшествует обязательный медицинский осмотр, направление на который от работодателя может получить любое лицо, соответствующее по профессиональным характеристикам установленным требованиям для занятия должности. Причем сам факт направления работодателем такого лица на предварительный медицинский осмотр не является гарантией подтверждения того обстоятельства, что именно с данным лицом работодатель обязуется заключить трудовой договор. Судебная практика единообразно решает подобного рода дела. Так, показательно Решение Ленинградского районного суда г. Калининграда от 5 декабря 2019 г. по делу № 2-4307/2019, в котором определяется, что «на дату направления на медицинский осмотр истца вакантные должности стропальщика-бетонщика в АО «ГУОВ» были, а на дату представления истцом медицинского заключения вакантных должностей стропальщика-бетонщика в АО «ГУОВ» уже не было. Истцом не представлено доказательств, свидетельствующих о факте дискриминации со стороны ответчика. Прием истца в АО «ГУОВ» не состоялся именно из-за отсутствия вакантных должностей, а не по причине несоответствия истца должностям, на которые он претендовал, по состоянию здоровья».

²¹⁸ Здесь и далее приведены судебные решения, размещенные на сайте: Судебные и нормативные акты РФ (<https://sudact.ru>).

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

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

Иная позиция была занята судебным органом при рассмотрении дела о взыскании денежных средств с организации за прохождение медицинского осмотра при приеме на службу в уголовно-исполнительную систему Российской Федерации. В соответствии с российским законодательством такого рода служба регламентируется не трудовым законодательством, а служебным правом. Согласно ст. 8 Федерального закона от 19 июля 2018 г. № 197-ФЗ «О службе в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации» взаимосвязь службы в уголовно-исполнительной системе, государственной гражданской службы, военной службы и государственной службы иных видов обеспечивается на основе единства системы государственной службы и принципов ее построения и функционирования. В Решении Железнодорожного районного суда г. Орла от 13 августа 2019 г. по делу № 2-923/2019 указывается, что «по результатам

рассмотрения документов кандидата Тимохина ответчиком (организацией) было принято решение об отказе ему в приеме на службу в уголовно-исполнительной системе по состоянию здоровья на основе медицинского заключения. Предусмотренные ст. 213 ТК РФ медицинские осмотры, которые работодатель в силу императивного указания нормы закона осуществляет за счет собственных средств, направлены на охрану здоровья населения, предупреждение возникновения и распространения заболеваний, в то время как пройденное истцом медицинское освидетельствование необходимо было ему для подтверждения квалификационных требований к должности в уголовно-исполнительной системе при поступлении его на службу». Таким образом, суд не нашел оснований для удовлетворения требований истца о взыскании с организации денежных средств за прохождение за счет собственных денежных средств медицинского осмотра.

Вызывает интерес категория судебных дел, связанных с обязательством потенциального работника пройти предварительный медицинский осмотр при приеме на работу независимо от наличия у него на руках данных предшествующего медицинского осмотра по прежнему месту работы. Так, в Решении Новосибирского районного суда Новосибирской области от 23 января 2020 г. по делу № 2-225/2020 констатируется: «Трудовой кодекс РФ предусматривает прохождение предварительного медицинского осмотра при каждом трудоустройстве вне зависимости от его прохождения при трудоустройстве по прежнему месту работы — исключений ТК РФ не устанавливает, независимо от срока, истекшего с момента предыдущего трудоустройства и, соответственно, с момента прохождения предварительного медицинского осмотра на прежнем месте работы... Медицинский осмотр, на который ссылается Истец, является периодическим медицинским осмотром, что подтверждается указанием на дату, до которой он действителен... Согласно пп. 1 п. 3 приложения № <...> к Приказу Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н обязательные периодические медицинские осмотры (обследования) проводятся, в том числе, в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления заболеваний, начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных

производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска по развитию профессиональных заболеваний. Таким образом, цели проведения предварительных и периодических медицинских осмотров различны, соответственно, различны методы медицинских исследований, и ни ТК РФ, ни Приказ Минздравсоцразвития России № 302н не допускают возможности подмены одного вида медицинского осмотра другим».

При этом стоит отметить, что подобные решения судов не противоречат действующей редакции п. 7 Приказа Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н, согласно которому 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. То есть могут учитываться только результаты отдельных медицинских исследований, а не в целом выводы медицинской комиссии, поскольку профессиональные риски на разных видах работ различны, о чем уже упоминалось в данном параграфе работы.

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

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

Во-первых, истцами обжалуется медицинское заключение о пригодности (непригодности) к выполнению отдельных видов работ, которое влечет за собой отстранение от работы и (или) прекращение трудового договора. Так, в Решении Ангарского городского суда Иркутской области от 29 ноября 2019 г. по делу № 2-5334/2018 указывается, что истец просит признать незаконным (недействительным) медицинское заключение о пригодности (непригодности) к выполнению отдельных видов работ, выданное в отношении его МСЧ-36. Судом в рамках гражданского дела была проведена судебно-медицинская экспертиза. «Как следует из Заключения комиссионной судебно-медицинской экспертизы № <...> от <...>, ФИО2 поставлен диагноз “рефлекторный (неврогенный) синкопе в анамнезе”, который соответствует диагнозу, установленному истцу МСЧ-36. Истцу противопоказана работа по должности механика на основании пункта 48 Приложения № <...> Приказа Минздравсоцразвития РФ № <...> от <...> в связи с наличием заболевания, сопровождающегося расстройствами сознания (эпилепсия и эпилептические синдромы различной этиологии, синкопальные синдромы различной этиологии и др.)». На основании проведенной экспертизы судом была установлена правомерность применения к работнику правовых последствий, связанных с отстранением его от работы.

Во-вторых, истцы ссылаются на то, что ранее (до проведения медицинского осмотра) в течение долгого времени работали на соответствующих должностях без ограничения условий труда. В частности, в Решении Йошкар-Олинского городского суда Республики Марий Эл от 11 февраля 2020 г. по делу № 2-690/2020 указывается, что «заявленные требования истец мотивировал тем, что с 15 октября 1990 года он осуществлял трудовую деятельность в должности <...> Республиканского противотуберкулезного диспансера, приказом от <...> № <...> был уволен по п. 8 ч. 1 ст. 77 ТК РФ на основании медицинского заключения ГБУ РМЭ “Медико-санитарной части № 1” от <...> № <...>. С данным увольнением он не согласен, поскольку предложенная вакантная должность

рабочего по комплексному обслуживанию зданий хозяйственно-обслужи-вающего персонала его не устраивает. Истец полагает, что работодатель должен был оставить его на прежней должности». Суд в данном Решении справедливо указывает на то, что работа истца ранее (в течение длительного времени) без ограничения условий труда не свидетельствует об обязанности работодателя допустить продолжение работы истца в занимаемой им должности, поскольку это нарушает право на охрану здоровья работника и противоречит действующему трудовому законодательству.

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

Кроме того, работниками обжалуются нарушения работодателем процедур отстранения от работы и (или) увольнения по состоянию здоровья, такие как:

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

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

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

Особняком в рассматриваемых категориях дел стоят дела об обжаловании работниками (посредством административных исков) положений нормативно-правовых актов, устанавливающих противопоказания для осуществления отдельных видов профессиональной

деятельности, на основании которых работники по состоянию здоровья должны не допускаться к работе. Подобного рода противопоказания учреждаются уполномоченными органами на уровне подзаконных нормативных актов (например, Перечень медицинских противопоказаний для осуществления работ, непосредственно связанных с движением поездов и маневровой работой, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 19 декабря 2005 г. № 796).

Так, Суханова А.С. обратилась в Верховный Суд Российской Федерации с административным иском о признании частично не действующим подп. «а» п. 12 Перечня медицинских противопоказаний для осуществления работ, непосредственно связанных с движением поездов и маневровой работой в части, предусматривающей «ожирение с индексом массы тела более 40», которым, по сути, устанавливается запрет на работу на железнодорожном транспорте на основании антропологических данных (Апелляционное определение Верховного Суда Российской Федерации от 23 августа 2018 г. № АПЛ18-305). В своем решении Верховный Суд указал, что «Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, в отличие от Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, не предусматривает возможности утверждения перечней работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, а предусматривает возможность установления противопоказаний лишь к выполнению отдельных видов работ (ч. 3 ст. 24). Оспоренное положение Перечня в виде указания “ожирение с индексом массы тела более 40” обусловлено не антропологическими признаками как таковыми (на что ссылается в апелляционной жалобе Суханова А.С.), а наличием у работника заболевания, являющегося противопоказанием для осуществления работ, непосредственно связанных с движением поездов». Таким образом, Суд высказался об отсутствии в данных положениях правового акта нарушений прав гражданина по формальным основаниям, что оправданно с точки зрения заявленных исковых требований. Суд не вдавался в вопросы об обоснованности и целесообразности установления подобного рода ограничения с точки зрения соразмерности соблюдения трудовых прав конкретного лица и

интересов охраны здоровья других граждан (при осуществлении работ, непосредственно связанных с движением поездов и маневровой работой).

Другое Определение Кассационной коллегии Верховного Суда Российской Федерации от 30 июня 2011 г. № КАС11-339 касается оспаривания работником правового акта как основания для отстранения от работы — Инструкции Министерства здравоохранения СССР от 27 декабря 1973 г. № 1142 «а»-73 «О проведении обязательных профилактических медицинских осмотров на туберкулез и порядке допуска к работе в некоторых профессиях лиц, больных туберкулезом». Суд пришел к выводу, что на момент рассмотрения спора отсутствует какой-либо нормативный правовой акт большей юридической силы, регулирующий рассматриваемые правоотношения (вопрос медицинских противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности), которому бы не соответствовал названный список профессий и должностей, в связи с чем правовых оснований для признания Инструкции недействующей не имеется.

Правовые последствия несоблюдения работодателем обязанности по организации и проведению за счет собственных средств обязательных медицинских осмотров. К ним можно отнести:

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

в защиту прав неопределенного круга лиц (всех работников организации) на прохождение медицинских осмотров:

а) привлечение работодателя Государственной инспекцией труда к административной ответственности по ст. 5.27.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях в период проведения плановых и внеплановых проверок (Постановление Верховного Суда Российской Федерации от 19 сентября 2019 г. по делу № 12-1804/2017; Решение Челябинс-

кого областного суда от 26 февраля 2020 г. по делу № 12-28/2020 и др.);

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

Вопросы, связанные с трудо-правовыми аспектами профилактической медицины, будут не полными, если не коснуться еще одной важной проблемы. В соответствии со ст. 65 Закона об охране здоровья граждан медицинское освидетельствование лица не является разновидностью медицинского осмотра. Основное отличие медицинского освидетельствования от медицинского осмотра состоит в направленности освидетельствования на выявление состояния здоровья человека, влекущего за собой наступление юридически значимых последствий. Между тем, как уже отмечалось в данном исследовании, ст. 214 ТК РФ *обязанности работодателя по проведению обязательных медицинских осмотров работников распространяет и на медицинские (психиатрические) освидетельствования работников*. Подобный подход следует поддержать, поскольку применительно к сфере труда различное целеполагание медицинских осмотров и освидетельствований неочевидно в силу того, что и медицинский осмотр влечет за собой юридически значимые последствия применительно к динамике трудового правоотношения, анализ которых проведен в настоящем параграфе.

Согласно ч. 2 ст. 65 Закона об охране здоровья граждан психиатрическое освидетельствование является одним из видов медицинского освидетельствования, которое осуществляется в соответствии с Законом Российской Федерации от 20 июля 1992 г. № 3185 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее — Закон о психиатрической помощи).

Статья 23 Закона о психиатрической помощи устанавливает, что одной из целей психиатрического освидетельствования, являющегося видом психиатрической помощи, является определение того, страдает ли освидетельствуемый психическим расстройством. Логично предположить, что в сфере труда психиатрическое освидетельствование должно проводиться тогда, когда психическое расстройство может препятствовать осуществлению лицом профессиональной деятельности, т. е. для оценки профессиональной пригодности работника. На данное обстоятельство указывает и ст. 6 Закона о психиатрической помощи, и п. 2 приказа Минздрава России от 20 мая 2022 г. № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование». Данные нормативные акты в качестве профессиональных рисков психического нездоровья работника называют не работу в определенных условиях труда, как это было в предшествующем правовом акте²¹⁹, а работу по отдельным видам деятельности (например, деятельности, связанной с добычей угля подземным способом, движением транспортных средств, проведением аварийно-спасательных работ, оборотом оружия и пр.). Таким образом, работа на любой должности в организации, имеющей код ОКВЭД, соответствующий указанному в нормативном акте виду деятельности, означает, что работодатель обязан за свой счет проводить психиатрическое освидетельствование всех работников, а работники обязаны его проходить. Исключение составляют отдельные указанные в нормативном акте виды деятельности, в которых важную роль играют еще и работы (профессии, должности), выполнение (занятие) которых влечет необходимость

²¹⁹ См. *Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утвержденный Постановлением Совета Министров — Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. № 377, где говорилось о видах профессиональной деятельности: (а) в условиях повышенной опасности; (б) связанных с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов.*

обязательного психиатрического освидетельствования работников²²⁰.

Бесспорно, что в Приказе Минздрава России от 20 мая 2022 г. № 342н перечисляются наиболее значимые для безопасности общества виды деятельности, в которых общество желает себя застраховать от неадекватного поведения лиц, допущенных к выполнению трудовых обязанностей. В этой связи можно констатировать, что при возложении на работодателей обязанности проведения психиатрических освидетельствований определенных категорий работников на первый план выходит публичный интерес — интерес общества. При этом работодатель, определяя для себя виды реализуемой им экономической деятельности (код ОКВЭД), автоматически принимает на себя такого рода обязанности, хотя вопрос о том, насколько научно обоснованна корреляция между определенным видом психическими отклонениями и качеством профессиональной деятельности, заслуживает комплексных исследований, которых нет на сегодняшний день в сфере профилактической медицины и профессиональных патологий²²¹.

Недоумение вызывает отсутствие в новых подзаконных актах указания на периодичность проведения обязательного психиатрического освидетельствования. Указывается, что оно проводится при поступлении на работу. А далее? Каким образом и кто должен обеспечить защиту общества от потенциально опасного, девиантного поведения работников? Кто и как должен формировать механизм постоянного мониторинга состояния психического здоровья работников, который бы устранял или, по крайней мере, мог минимизировать негативные последствия такого рода нарушений? Работодатель или общественное здравоохранение?

²²⁰ См., напр., Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. № 2349 «Об утверждении перечня работ, профессий, должностей, непосредственно связанных с управлением транспортными средствами или управлением движением транспортных средств».

²²¹ Это необходимо, например, для определения существа и методики мониторинга психического здоровья педагогических работников, проведения их психиатрического освидетельствования, последствий мониторинга и освидетельствования, в том числе с точки зрения профилактики заболеваний и реабилитации работников.

Есть еще одно обстоятельство, связанное с психическим здоровьем работника как профессиональным риском. В некоторых случаях перечни работников, которые должны проходить одновременно и обязательный медицинский осмотр, и обязательное психиатрическое освидетельствование, пересекаются. В этой связи возникает следующая проблема. В базовый объем обязательного медицинского осмотра для всех работников, его проходящих, Приказ Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н включает участие врача-психиатра в составе медицинской комиссии. Можно ли в этом случае утверждать, что участие врача-психиатра в работе врачебной комиссии при медицинском осмотре приравнивается к психиатрическому освидетельствованию проходящего осмотр лица? Думается, что ст. 65 Закона об охране здоровья граждан позволяет ответить на этот вопрос «нет».

В судебных решениях отмечается, что медицинский осмотр и психиатрическое освидетельствование — это самостоятельные мероприятия, имеющие разные цели, формы и средства²²². Порядок их проведения регулируется различными нормами права, они отличаются как местом и процедурой проведения, так и результатом этой процедуры. Так, психиатрическое освидетельствование, будучи видом психиатрической помощи, проводится комиссионно (врачебной комиссией психиатров в составе не менее 3 человек) и только в организациях, имеющих лицензию на проведение освидетельствования, по результатам освидетельствования выдается заключение по психиатрическим показаниям. Для проведения медицинского осмотра достаточно лишь одного врача-психиатра, разрешается прохождение осмотра в любых медицинских организациях, а по результатам осмотра выдается заключение, касающееся общих медицинских показаний/противопоказаний для работника применительно к выполняемой работе.

Выводы

Анализ правового регулирования мероприятий профилактической медицины средствами трудового права показал, что для работодателя

²²² См., напр., *Решение Верховного Суда Российской Федерации от 18.12.2012 г. № АКПИ12-1363*; *Решение Центрального районного суда г. Новосибирска Новосибирской области от 9 января 2017 г. по делу № 12-17/2017*.

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. На работодателя государством не должны фактически возлагаться функции общественного здравоохранения, поскольку работодатель, используя труд работников, реализует свою социальную миссию в этой сфере, осуществляя их обязательное страхование на случай временной нетрудоспособности, от несчастных случаев на производстве (профессиональных заболеваний) и медицинское страхование.

Соответственно, перечень медицинских вмешательств (исследований) в рамках обязательных медицинских осмотров, проводимых за счет средств работодателя, должен коррелировать именно с рисками для профессиональной трудоспособности работника. Решение вопроса об объеме медицинского осмотра представляется важным и для работника, поскольку законодательством устанавливаются правовые последствия прохождения (непрохождения) работником обязательных медицинских осмотров, влияющих на динамику его индивидуального трудового правоотношения, изменение его прав и обязанностей, не только трудовых, но, например, и социально-обеспечительных, связанных с назначением и выплатой пенсий и пособий.

3.4. Механизм принуждения к мероприятиям профилактической медицины в Российской Федерации, его обоснованность и риски²²³

Мероприятия профилактической медицины направлены на предотвращение заболеваний. Предполагается, что наибольший эффект

²²³ При написании данного параграфа использовались ранее опубликованные результаты. См.: Щепельков В.Ф., Оленников С.М. К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительных медицинских осмотров // *Медицина и право в XXI веке : материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол «Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины»*. СПб., 2020. С. 43—61 ; Щепельков В.Ф., Оленников С.М. К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительной вакцинации населения // *Криминалист*. 2020. № 3 (32). С. 28—36.

они имеют при максимальном уровне участия населения. Поэтому перед органами здравоохранения ставится задача максимального охвата населения мероприятиями профилактической медицины. Соответствующие показатели во многом определяют эффективность работы медицинских учреждений, достижение установленного уровня охвата населения прививками и медицинскими осмотрами, в том числе диспансеризацией, влияют на финансирование медучреждений и оплату труда медицинских работников.

В то же время существует устойчивое нежелание значительной части населения участвовать в мероприятиях профилактической медицины (обусловлено это различными причинами). Показательной является ситуация, которая сложилась в России в начале лета 2021 года в отношении прививок против коронавирусной инфекции. Организованная на добровольной основе на тот момент в стране вакцинация населения от COVID-19 шла совсем не теми темпами, которые планировал Минздрав России. Ожидалось, что к осени прививку сделают не менее 60 % населения. Однако реальные темпы прививочной кампании не позволили надеяться на реализацию планов. По прогнозам, охват составил бы примерно 20 %.

В связи с необходимостью достижения целей профилактической медицины и неспособностью механизма привлечения населения к участию в мероприятиях профилактической медицины на добровольной основе обеспечить необходимый охват населения на повестку дня выносятся вопрос о принуждении к участию в профилактических медицинских мероприятиях. Предлагаются различные варианты принуждения (от мягких до жестких).

Однако реализация данных предложений сопряжена с серьезными рисками социального и правового характера. Отсюда возникает насущная потребность определиться с допустимостью принуждения и в случае положительного ответа выработать критерии принятия решений о принуждении населения к участию в мероприятиях профилактической медицины и допустимости того или иного вида принуждения.

В дальнейшем для целей нашего исследования понятие принужденности мы будем трактовать максимально широко, включая в него и использование зависимого положения человека, когда отказ от участия в мероприятиях профилактической медицины связан для него с негативными правовыми последствиями.

Принуждение к вакцинации

В конце 2021 — начале 2022 года вопрос об ограничении прав непривитого от коронавируса населения был самым обсуждаемым в Российской Федерации (дискуссии велись в средствах массовой информации, в сети «Интернет», на различных площадках, на бытовом уровне). Причиной этому послужили: непрекращающаяся пандемия, нежелание значительной части населения делать прививку, появление законодательной инициативы «О QR-кодах», а также принятие на уровне субъектов Российской Федерации мер по ограничению прав непривитого населения с целью понудить сделать прививку от коронавируса.

Согласно проекту федерального закона № 17357-8 «О внесении изменений в Федеральный закон “О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”», предполагалось, что с 1 февраля 2022 года граждане смогут посещать места проведения массовых мероприятий, культурные учреждения, объекты общественного питания и розничной торговли (за исключением организаций, обеспечивающих население продуктами питания и товарами первой необходимости, аптечных организаций) с предъявлением: либо QR-кода о прививке; либо документа, подтверждающего, что человек переболел коронавирусом; либо медицинского отвода от вакцинации.

Еще один законопроект — «О внесении изменений в статью 107 Воздушного кодекса Российской Федерации и Федеральный закон “Устав железнодорожного транспорта Российской Федерации”» являлся законопроектом-спутником. Им предполагалось, что пассажирам потребуется предъявлять: либо QR-код о прививке; либо медицинский отвод от вакцинации; либо подтверждение перенесенного коронавируса. В противном случае пассажирам будет отказано в поездке.

Данные законопроекты не были приняты. В то же время ограничение прав непривитого населения осуществлялось и без этих законов. Решениями на уровне субъектов Российской Федерации ограничивался доступ непривитых от коронавируса граждан в общественные места (заведения общепита, торговые центры, в Татарстане ограничивался доступ в общественный транспорт), людей не допускали к выполнению отдельных видов работ.

Обсуждение законопроектов и реальное ограничение прав непривитого населения позволили судить о возникающих в результате принуждения к вакцинации рисках социального и правового характера, показали, насколько неоднозначно воспринимаются населением ограничения прав непривитых людей.

Тема принуждения к вакцинации обсуждалась и раньше. Этому в известной степени способствовал ряд законодательных инициатив²²⁴, направленных на понуждение населения следовать рекомендациям официальной медицины прививать себя и своих детей от инфекционных заболеваний, а также бурная реакция интернет-сообщества на данные инициативы. Однако остроту полемика между сторонниками и противниками принуждения к вакцинации приобрела именно в связи с обсуждением законопроектов о QR-кодах и введением ограничений прав непривитого населения на уровне субъектов Российской Федерации.

Пандемия коронавируса создала новую реальность, которая обозначила необходимость предметного разговора о социальной и правовой обоснованности принуждения населения к вакцинации.

Иммунизация в Российской Федерации является добровольной и, как и любое медицинское вмешательство, требует информированного добровольного согласия (ст. 11 Закона об иммунопрофилактике). Отказ от прививок не влечет для человека негативных правовых последствий. Однако отсутствие прививок в ряде случаев все-таки сопряжено с ограничением прав человека. Согласно п. 2 ст. 5 Закона об иммунопрофилактике отсутствие профилактических прививок влечет: 1) запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; 2) временный отказ в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфек-

²²⁴ В Совфеде разработают законопроект о недопуске детей без прививок в школы и детсады. URL: <https://tass.ru/obschestvo/8546447> (дата обращения: 23.05.2020); Роспотребнадзор пояснил, кого коснутся штрафы за отказ от вакцинации в проекте нового КоАП. URL: <https://tass.ru/obschestvo/8606149> (дата обращения: 30.05.2020).

ционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; 3) отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями. Таким образом, действующим законодательством предусмотрен механизм, наверное, самого мягкого из возможных вариантов принуждения к вакцинации определенных групп населения.

Особенностью принуждения к вакцинации по действующему законодательству является то, что за человеком сохраняется право отказа от прививки. Без информированного добровольного согласия человека сделать прививку нельзя.

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

Применительно к вакцинации первое условие обязательности (принудительности) вакцинации для определенных групп населения выполняется (Законом об иммунопрофилактике предусмотрено на обязательность прививок по эпидемиологическим показаниям). По общему правилу вакцинация является добровольной и отказ от нее не влечет негативных правовых последствий.

По второму условию. Согласно ст. 4 Закона об иммунопрофилактике вакцинация населения направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней. Поэтому из перечисленных в Конституции Российской Федерации вакцинация служит достижению такой цели, как защита здоровья других лиц, и тем самым по целевому показателю может быть оправданием нарушения неприкосновенности личности. Присутствует и второе условие, необходимое для признания принуж-

дения к вакцинации обоснованным в конституционно-правовом отношении.

Проблема возникает с соблюдением третьего условия. В основе принципа соразмерности в конечном счете лежит сопоставление, балансирование самих конкурирующих прав. Чтобы осуществить такого рода сопоставление необходимо установить конкурирующие интересы, дать им юридическую оценку и затем определить, какая ценность имеет преимущество в современных условиях²²⁵.

Применительно к вакцинации проверка данного условия предполагает прежде всего сопоставление последствий, которые наступят, если население не вакцинировать, с рисками, которые несут в себе сами прививки. Вакцинация направлена на предотвращение заболевания в будущем, минимизацию осложнений, если все-таки человек заболевает. Еще одним положительным результатом вакцинации является коллективный иммунитет, который достигается, когда привита от заболевания определенная часть населения. Считается, что благодаря массовой вакцинации населения человечество избавилось от многих опасных инфекционных заболеваний.

При оценке положительного результата вакцинации необходимо учитывать, что у каждой вакцины своя эффективность. Так, спустя некоторое время после применения вакцины против коронавируса «ЭпиВакКорона» появились сомнения в ее эффективности²²⁶. Кроме этого по каждой вакцине существует перечень противопоказаний²²⁷.

Наряду с положительным эффектом вакцинация создает известные риски для здоровья того же населения, реализацию которых принято называть побочными проявлениями после иммунизации (ПППИ).

ПППИ разделяют на серьезные и несерьезные и классифицируют как связанные, возможно связанные, не связанные или не имеющие

²²⁵ Фосскуле А. Принцип соразмерности // Сравнительное конституционное обозрение. 2015. № 1. С. 159–163.

²²⁶ URL: <https://www.rbc.ru/society/27/01/2022/61f25f679a7947675429a96d> (дата обращения: 29.05.2022).

²²⁷ См., напр., приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 января 2022 г. № 8н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции COVID-19».

достаточно доказательств для определения связи с вакциной или процессом вакцинации. Ниже приведены данные ВОЗ о рисках вакцинации по отдельным взятым вакцинам, широко применяемым в мире (табл. 3, 4)²²⁸.

Анализ представленных данных показывает, что риски несерьезных ПППИ по отдельным вакцинам доходят до 95 % (вакцина БЦЖ), риски по серьезным ПППИ — до 6 % (персистирующий крик после прививки АКДС). Официальной статистики по Российской

Т а б л и ц а 3
Несерьезные (обычные) вакцинальные реакции на антиген (по данным ВОЗ)

Вакцина	Местные побочные реакции (боль, отек, краснота)	Лихорадка (> 38 °С)	Системные реакции (недомогание, головная боль, дискомфорт и т. д.)
БЦЖ	90—95 %	—	—
Гепатит В	Взрослые до 15 % Дети до 5%	1—6 %	—
Ніb	5—15 %	2—10 %	
Коревая	~ 10 %	5—15 %	5 % (сыпь)
Оральная полиомиелитная	—	Менее 1 %	Менее 1 %
АКДС	до 50 %	до 50 %	до 50 %
Пневмококковая конъюгированная	~ 20 %	~ 20 %	~ 20 %

²²⁸ Данные приводятся по: *Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации : утв. Минздравом России 12 апреля 2019 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

Т а б л и ц а 4
Частота развития серьезных ПППИ,
связанных с вакциной (по данным ВОЗ)

Вакцина	Серьезные ПППИ	Время развития	Число случаев на 1 000 000 доз
БЦЖ	Лимфаденит	2—6 мес.	100—1000
	БЦЖ-остеит	1—12 мес.	1—700
	Диссеминированная БЦЖ-инфекция	1—12 мес.	2
Нйб	Не известны		
Гепатит В	Анафилаксия	0—1 час	1—2
Корь/корь-паротит-краснуха	Фебрильные судороги	5—12 дней	333
	Тромбоцитопения	15—35 дней	33
	Анафилаксия	0—1 час	1—50
ОПВ	ВАПП	4—30 дней	1,4—3,4
Столбняк	Неврит плечевого нерва	2—28 дней	5—10
АДС АДС-М	Анафилаксия	0—1 час	1—6
	Стерильный абсцесс	1—6 недель	6—10
АКДС	Персистирующий крик	0—24 часа	1000—60 000
	Судороги	0—3 дня	570
	Гиротензивно-гипореспонсивный синдром	0—24 часа	570
	Анафилаксия/шок	0—1 час	20
	Энцефалопатия	0—3 дня	0—1

Федерации о ПППИ в открытом доступе, к сожалению, обнаружить не удалось²²⁹.

Еще один источник, позволяющий в определенной степени судить о последствиях вакцинации, — жизненный опыт людей, который изучался путем опроса населения. *Согласно данным социологического опроса*²³⁰, именно риски неблагоприятных последствий прежде всего отпугивают население и заставляют отказываться от вакцинации себя и своих детей. Негативно относятся к вакцинации 22,1 % респондентов, 25,4 % опрошенных ответили, что к одним прививкам относятся положительно, к другим — негативно, безоговорочно положительно относятся к вакцинации 46,7 % респондентов. 15,3 % респондентов из тех, кто негативно относится к вакцинации (7,2 % от всех опрошенных), в качестве причин отрицательного отношения к прививкам указали личный негативный опыт вакцинации, 19,0 % (9,0 % от всех респондентов) ответили, что был негативный опыт вакцинации у родственников, 9,4 % респондентов (4,5 % от всех опрошенных) ответили, что был отрицательный опыт вакцинации детей. При этом 38,3 % опрошенных ответили, что сталкивались со случаями, когда после вакцинации себя или близких наступали негативные последствия (кратковременное расстройство здоровья, длительное расстройство здоровья, хроническое заболевание, инвалидность и др.).

Из 1 600 опрошенных с наступлением после прививок смерти столкнулись 20 респондентов, с наступлением инвалидности — 34. Большинство негативных последствий прививок, на которые жалуется население, официально медицинское сообщество относит к

²²⁹ В США в отличие от многих других стран осуществляется систематический мониторинг побочных последствий применяемых вакцин. Для этого в 1990 году была создана система VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System). Ее данные находятся в открытом доступе. Сведения о побочных эффектах от вакцинации против коронавирусной инфекции см.: <https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?TABLE=ON&GROUP1=CAT&EVENTS=ON&VAX=COVID19>.

²³⁰ Проведен в апреле — мае 2020 года по заданию авторов Ресурсным центром Научного парка СПбГУ «Социологические и Интернет-исследования». В опросе приняли участие 1 600 респондентов в возрасте старше 18 лет.

норме (реакция организма) либо считает, что это не последствия именно вакцинации, называя причиной иные обстоятельства. В то же время приемлемого статистического учета негативных последствий, возникающих после вакцинации, к сожалению, обнаружить не удалось²³¹.

Полученные ответы показывают, что опасения прививок объясняются прежде всего реальными впечатлениями о неблагоприятных последствиях вакцинации, а не «шумом антипрививочников» или информационными атаками в Интернете²³². Нестыковка исходящей от представителей системы здравоохранения информации о безопасности иммунизации с реальными впечатлениями о негативных последствиях вакцинации значительной части населения порождает кризис доверия. Является показательным самый распространенный ответ респондентов (27,8 % негативно относящихся к вакцинации или 13,1 % от числа всех опрошенных) о причинах негативного отношения к вакцинации — «врачи недостаточно информируют о пользе и возможных рисках вакцин».

Сомнения в безопасности и нужности прививок вызывают отказы от вакцинации. Так, по данным опроса, в сезоне 2019—2020 года прививку от гриппа сделали только 21,1 % опрошенных, 0,4 %

²³¹ Согласно Федеральному закону от 19 декабря 2016 г. № 415-ФЗ (ред. от 14.11.2017) «О федеральном бюджете на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» субвенции на выплату государственного единовременного пособия и ежемесячной денежной компенсации гражданам при возникновении поствакцинальных осложнений в соответствии с Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» бюджетам субъектов Российской Федерации на 2017 год составили 8 млн 929 тыс. рублей. Единовременное пособие в случае смерти от прививки составляет 30 тыс. рублей, ежемесячное пособие в случае инвалидности — 1 тыс. рублей. Если предположить, что в 2017 году не было смертельных исходов от прививок, то получится, что число официально признанных инвалидов от прививок в России составляет не менее 744 человек.

²³² Авторы некоторых исследований почему-то априори считают, что негативное отношение определенной части населения к вакцинации связано с дезинформацией. См., например: Хакимова Р.Ф., Васильева А.А., Хакимова М.Р. Приверженность отдельных групп населения вакцинопрофилактике детей // Аллергология и иммунология в педиатрии. 2019. № 4 (59). С. 21—26.

затруднились ответить, 78,6 % сказали, что прививку не делали²³³. Из тех, у кого есть несовершеннолетние дети, 63,0 % сказали, что делают все прививки детям по плану, 10,9 % — что делают не все прививки, 20,9 % респондентов не прививают своих несовершеннолетних детей, 5,2 % затруднились ответить²³⁴.

Приведенные усредненные данные ВОЗ по серьезным и несерьезным ПППИ, а также установленные в ходе опроса реальные впечатления населения от вакцинации позволяют заключить, что наряду с положительным эффектом (предотвращение инфекционных заболеваний) существуют и негативные последствия вакцинации. С учетом этого принуждение населения к иммунизации путем включения в законодательство правовых санкций за отказ от прививок сложно назвать абсолютно оправданным шагом.

При сравнении результатов вакцинации и невакцинации населения нельзя не учитывать еще ряд обстоятельств: 1) насколько опасно заболевание, от которого делается прививка; 2) насколько высок риск заразиться этим заболеванием, если не делать прививку (здесь, очевидно, степень риска в условиях пандемии и ее отсутствия будет существенно отличаться); 3) каковы реальные риски серьезных последствий (осложнений), если непривитый человек заболевает, с учетом

²³³ В то же время, по официальным данным, уровень вакцинации населения от гриппа в указанном сезоне составил свыше 50 %, например, в Санкт-Петербурге — 54 % (<http://zdrav.spb.ru/ru/news/1004/> (дата обращения: 23.05.2020)), в Москве — 59,2 % (<http://77.rospotrebnadzor.ru/index.php/napravlenie/profinfzab/7832-ob-epidemiologicheskoy-situatsii-po-grippu-i-orvivo-v-gorode-moskve-za-51-nedelyu-2019-goda-s-16-po-22-dekabrya-i-khode-privivochnoj-kampanii-protiv-grippa> (дата обращения: 23.05.2020)).

²³⁴ Примечательно, что, согласно данным официальной статистики, охват прививками детей составляет свыше 95 %. 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: 11.06.2020). При этом, несмотря на то что уровень вакцинации от коклюша составляет свыше 95 % по национальному календарю, заболеваемость им за 2019 год возросла на 40 %, причем треть заболевших — дети, прошедшие полный курс вакцинации. См.: *Отказ от прививок инфицировал медстатистику*. URL: <https://www.rbc.ru/newspaper/2020/03/11/5e5d115c9a79472081b055ea> (дата обращения: 11.06.2020).

имеющихся возможностей медицины по противостоянию заболеванию. Учет данных обстоятельств позволит оценить риски, которые несет в себе отказ от вакцинации. Например, эффективное средство, позволяющее легко справиться с заболеванием, может быть альтернативой вакцине. Или, если риски заболевания ничтожны, возникает вопрос о целесообразности прививки, вызывающей определенные «неудобства». Если же, наоборот, заболевание очень опасное, высока вероятность им заразиться и при этом отсутствуют эффективные методы его лечения, то вакцинирование будет оправданно даже при незначительном риске локальных негативных последствий.

По-видимому, при разработке вакцин и включении прививок в национальный календарь все эти параметры учитываются. Тем не менее в открытом доступе не удалось обнаружить правовой акт, который регламентирует сопоставление рисков и определяет критерии допуска вакцины для массовой иммунизации населения. Мы обрисовали сопоставление «медицинских» рисков вакцинации и отказа от нее.

Следующие шаги при оценке соразмерности рисков принудительной вакцинации населения: учет вида принуждения; оценка социальных рисков принуждения к вакцинации и их влияния на риски медицинские, и наконец, формулирование правила допустимого риска при вакцинации и определение компенсации вреда здоровью и жизни, наступившего после вакцинации.

В действующем российском законодательстве предусмотрен механизм самого мягкого принуждения к прививкам по эпидемиологическим показаниям, когда отказ от вакцинации влечет отказ в приеме на работу или недопуск к работам (их перечень утверждается Правительством Российской Федерации), ограничение выезда за границу Российской Федерации и др. Обсуждается возможность принуждения, сопровождающегося штрафами, изоляцией, отказом в приеме в образовательные учреждения (в некоторых странах применяется, более того, Европейский суд по правам человека признал такое принуждение соответствующим Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод²³⁵). В период пандемии

²³⁵ См. об этом: Сазонова М. Обязательная вакцинация: ЕСПЧ изложил свою позицию по вопросу. URL: <https://www.garant.ru/news/1465585/> (дата обращения: 07.05.2022).

коронавируса стало распространенным ограничением в виде запрета на въезд в страну непривитых граждан.

Уровень ущемления прав при разных видах принуждения существенно отличается. Некоторые из них порождают негативные последствия только для самого отказывающегося от вакцинации, а некоторые создают серьезные проблемы и для других лиц, и для общества в целом. Так, предусмотренное законодательством принуждение к вакцинации под угрозой отказа в приеме на работу ограничивает права только будущего работника и работодателя²³⁶. В то же время отказ в приеме непривитых детей в образовательные учреждения ограничивает конституционное право на образование и создает известную проблему для всего общества. Придется обеспечивать образовательный процесс, причем без ущерба для его качества, вне стен образовательного учреждения. Либо будут детские сады, школы, вузы отдельно для привитых и непривитых обучающихся.

Помимо того что само принуждение создает новые проблемы, далеко не всегда оно может обеспечить решение проблемы, ради которой применяется. Далеко не факт, что угроза отказа в приеме детей в образовательные учреждения повлияет на решение родителей. И если они все равно откажутся от вакцинации, то мы получим, что одна проблема не решена и к ней добавилась еще и новая. Штраф тоже имеет весьма ограниченные пределы действия. При его применении может получиться так, что будут страдать в том числе и непривитые дети, поскольку родители будут тратить на них меньше средств, а проблема вакцинации останется нерешенной. Да и само взыскание штрафа нередко бывает проблематичным.

Таким образом, само принуждение создает определенные социальные риски, которые будут влиять на исход вакцинации и, соответственно, на медицинские риски. Каждый вид принуждения порождает специфические социальные риски, которые будут по-разному отражаться на результатах вакцинации. И это также

²³⁶ В отдаленной перспективе такое ограничение может создать масштабные риски. Ведь запрет допускать к исполнению трудовых обязанностей может сказаться на способности выполнять организацией поставленные задачи.

подлежит учету при принятии решения о принуждении к вакцинации.

Если считать конституционно обоснованными несколько видов принуждения к вакцинации, то выбор одного из них должен осуществляться на основе принципа «экономии репрессии» — из всех видов принуждения, способных обеспечить достижение поставленных целей, применяться должен тот, который в наименьшей степени ущемляет права граждан.

Для оценки социальных рисков имеет значение, как население относится к принуждению к вакцинации. Социологический опрос показал, что позиция респондентов по вопросу о том, как надо поступать с лицами, которые сами отказываются от прививок, выглядит следующим образом:

никак, вакцинация — это личное дело каждого, нельзя применять за это санкции — 62 %;

надо применять санкции только в случае отказа от вакцинации по отдельным опасным заболеваниям (гепатит, столбняк, туберкулез и др.) — 14 %;

надо проводить с ними профилактические беседы, применять стимулирующие меры — 29,5 %;

надо штрафовать или применять другие административные меры воздействия — 6,5 %;

работающих надо на время отстранять от работы и/или увольнять — 4,5 %.

На вопрос о том, как надо поступать с теми, кто отказывается от вакцинации своих детей, ответы распределились следующим образом:

никак, вакцинация — это личное дело родителей, нельзя применять за это санкции — 39,2 %;

надо применять санкции только в случае отказа от вакцинации по отдельным опасным заболеваниям (гепатит, столбняк, туберкулез и др.) — 23,7 %;

надо проводить с ними профилактические беседы, применять стимулирующие меры — 34,2 %;

непривитых детей надо изолировать / на время отстранять от детского коллектива (в школах, детских садах, спортивных секциях и др.) — 11,9 %;

детей надо вакцинировать принудительно, независимо от согласия родителей — 11,4 %.

Изучение полученных ответов показывает, что сторонники в той или иной мере принуждения к вакцинации оказываются в меньшинстве. Правда, имеет место существенное различие в ответах относительно принуждения к вакцинации взрослых и детей. Сторонников принуждения к вакцинации детей больше, чем сторонников принуждения к вакцинации взрослых.

Если взять конкретные виды принуждения, то здесь самая популярная мера — изоляция непривитых детей в детских коллективах набирает всего лишь 11,9 %. В то же время сторонников санкций за отказ от вакцинации детей от наиболее опасных инфекционных заболеваний — 23,7 %. Инициатива о принуждении к вакцинации не находит поддержки у большинства населения, которое считает, что с отказниками надо проводить профилактические беседы и никак на них не воздействовать в правовом отношении.

При оценке результатов принуждения к вакцинации необходимо учитывать, что значительная часть населения попытается откупиться от прививок. Специальных исследований по покупке сертификатов о вакцинации против коронавируса, видимо, еще не было. Но анализ сообщений правоохранительных органов в СМИ показывает, что имеют место значительные риски уклонения от прививок путем покупки документов о вакцинации.

Уровень фальсификации результатов вакцинации системой здравоохранения при добровольных прививках наглядно демонстрируется сравнением данных официальной статистики и результатов опроса населения. Ранее были приведены данные, свидетельствующие о кардинальном расхождении уровня вакцинации населения от гриппа по официальной информации и реального уровня, который был измерен при помощи социологического опроса²³⁷, а также о расхождении официальных сведений об уровне вакцинации детей по национальному календарю прививок с результатами социологического замера²³⁸.

²³⁷ По данным опроса, в сезоне 2019—2020 года прививку от гриппа сделали только 21,1 % опрошенных, а по официальной информации — свыше 50 % (в Санкт-Петербурге — 54 %, в Москве — 59,2 %).

²³⁸ По официальной информации, уровень вакцинации детей — свыше 95 %, по результатам социологического опроса — не превышает 80 %.

Известные сложности представляет собой формулирование правила, в соответствии с которым должен определяться допустимый риск принудительной вакцинации. Поскольку риски вакцинации связаны в том числе и с угрозой причинения смерти, тяжкого вреда здоровью человека, при формулировании такого правила, вероятно, не обойтись без уголовно-правовых стандартов оценки рисков. Речь идет, в частности, о правилах крайней необходимости (ст. 39 УК РФ) и обоснованного риска (ст. 41 УК РФ).

Нормы о крайней необходимости распространяются на случаи устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства. В контексте рассуждений о принудительной вакцинации они представляют интерес только в ситуации, когда вакцинация обусловлена реальной опасностью заражения, когда опасность заболевания, что называется, присутствует здесь и сейчас. Данная ситуация заслуживает отдельного правового анализа. Нас же будет интересовать ситуация, когда при помощи вакцинации купируются будущие угрозы при отсутствии опасности, непосредственно угрожающей жизни и здоровью.

Медицинское вмешательство нередко сопряжено с локальным причинением вреда здоровью пациента ради его излечения. Так, хирургическая операция несет в себе известные риски, более того, ее процесс и результат объективно причиняют неудобства больному. Но в конечном счете все это оправдывается целью медицинского вмешательства (излечение, спасение жизни). Вред, который причиняется больному при медицинском вмешательстве, не признается преступлением по правилу обоснованного риска. Согласно ст. 41 УК РФ не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. Если медицинское вмешательство выполнено надлежащим образом, соблюдены условия правомерности обоснованного риска (цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам), то даже при негативном результате преступность действий врача исключается.

В то же время риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой для жизни многих людей, с угрозой экологической катастрофы или общественного бедствия (ч. 3 ст. 41 УК РФ). Это положение имеет важное значение для признания обоснованным риска, который несет в себе решение о принудительной массовой вакцинации. Управленческое решение о принудительной вакцинации, породившее прогнозируемые поствакцинальные осложнения в виде смерти или тяжкого вреда здоровью у какого-то, пусть даже и очень небольшого, процента вакцинируемых, не позволяет признавать риск принуждения к вакцинации обоснованным. Это означает, что по уголовно-правовому счету принуждение к вакцинации, если оно заведомо сопряжено с риском для жизни многих, не исключает его преступности. Если же опасности для жизни многих нет, то формально такой риск при наличии иных признаков может быть признан обоснованным и на этом основании будет исключена уголовная ответственность.

Еще одна важная составляющая соразмерности принуждения к вакцинации с рисками, которые в связи с этим порождаются, — готовность государства компенсировать вред, обусловленный прививкой. Согласно ст. 19 Закона об иммунопрофилактике при возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей. Перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи. В соответствии со ст. 20 Закона об иммунопрофилактике граждан, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1 000 рублей. Размер ежемесячной денежной компенсации подлежит индексации один раз в год. Проведенный опрос показал, что большинство опрошенных (75,9 %) считают размер компенсации недостаточным. Тем более он будет недостаточным, если государство возьмет на себя все риски, связанные с принудительной вакцинацией.

Таким образом, складывающееся положение вещей, при котором невозможно оценить реальные состояние и медицинские риски вакцинации, реальные прогнозируемые социальные риски принуждения к вакцинации и их влияние на риски медицинские, отсутствие внятной методики оценки допустимого риска, недостаточность компенсации вреда в результате наступления поствакцинальных осложнений, не позволяет сделать вывод о соразмерности рисков принудительных прививок тому результату, который планируется получить при проведении массовой вакцинации. Отсюда проблематичен вывод о конституционно-правовом оправдании принуждения к вакцинации.

Сегодня, когда имеет место кризис доверия к вакцинации со стороны значительной части населения, обусловленный прежде всего реальными впечатлениями населения от негативных последствий вакцинации и нестыковкой этих впечатлений с заверением представителей здравоохранения о безопасности прививок, когда у определенной части населения есть основания воспринимать вакцинацию как угрозу для себя и своих детей, когда в Российской Федерации отсутствуют приемлемый и понятный населению статистический учет негативных последствий и налаженная работа по информированию населения о рисках прививок, когда большинство населения выступает за добровольность вакцинации, проблематично утверждать, что принуждение к вакцинации является социально обоснованным шагом.

Принуждение к профилактическим медицинским осмотрам

Проблема организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения, в том числе касающаяся правовых аспектов, перед пандемией коронавируса часто обсуждалась в средствах массовой информации, в сети «Интернет», на различных площадках. Это было связано с реализацией государственной политики в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации, наличием нормотворческих инициатив Минздрава России, которые зачастую влекли неоднозначную реакцию со стороны населения, медицинского сообщества, юридической общественности. В последнее время к этой проблеме по понятным причинам внимание ослабло. Тем не менее пра-

новые аспекты, которые активно обсуждались перед пандемией, сохраняют свою актуальность и сегодня. Профилактические медицинские осмотры, диспансеризация касаются каждого, а потому интересантами по этой теме являются все граждане. Анализ отзывов на проекты приказов Минздрава России о медицинских осмотрах и комментарии на отзывы представителей Минздрава России, которые разрабатывали эти проекты, исследование результатов всероссийского социологического опроса, опросов отдельных групп населения показывают, что по некоторым моментам содержания медицинских осмотров, процедуры их проведения, правовых последствий отказа от медицинских осмотров имеет место серьезное противоречие между позициями отдельных групп населения, работодателей, официального здравоохранения, медицинских организаций и др.

Один из основных правовых вопросов — допустимость принуждения к профилактическому медицинскому осмотру.

Под профилактическими медицинскими осмотрами будут пониматься медицинские осмотры (включая предварительные, периодические, предсменные, предрейсовые, послесменные, послерейсовые)²³⁹, медицинские освидетельствования, а также диспансеризация²⁴⁰.

²³⁹ *Предусмотрены ст. 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Основными нормативно-правовыми актами, регламентирующими проведение профилактических медицинских осмотров, являются: приказ Минздрава России от 28 января 2021 г. № 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 Минздрава России от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Специальными нормативно-правовыми актами предусмотрено проведение медицинских осмотров отдельных категорий населения.*

²⁴⁰ *Порядок ее проведения регламентирован приказом Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».*

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

Согласно законодательству диспансеризация является добровольной и отказ от нее не порождает для гражданина негативных правовых последствий. Также не порождает негативных правовых последствий отказ от профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего²⁴¹, хотя до этого Минздрав России увязывал такой отказ с определенными правовыми последствиями, когда возникали проблемы с допуском несовершеннолетнего в образовательные учреждения²⁴².

В то же время отказ от обязательного медосмотра сопряжен с определенными правоограничениями. Так, в соответствии со ст. 69 ТК РФ обязательному предварительному медицинскому осмотру при заключении трудового договора подлежат лица, не достигшие возраста 18 лет, а также иные лица в случаях, предусмотренных ТК РФ и иными федеральными законами.

Согласно ст. 220 ТК РФ работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности, для лиц в возрасте до 21 года — ежегодные) медицинские осмотры для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний. В соответствии с нормативными правовыми актами и (или) медицинскими рекомендациями указанные работники проходят внеочередные медицинские осмотры.

²⁴¹ Пункт 19 Порядка проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (приложение № 1 к приказу Минздрава России от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»).

²⁴² См. приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

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

Для отдельных категорий работников могут устанавливаться обязательные предсменные (предрейсовые), послесменные (послерейсовые) медицинские осмотры, медицинские осмотры в течение рабочего дня (смены), а также медицинские осмотры перед выполнением отдельных видов работ.

В случае необходимости по решению органов местного самоуправления с учетом мнения территориального органа федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, региональных или территориальных трехсторонних комиссий по регулированию социально-трудовых отношений у отдельных работодателей могут вводиться дополнительные условия и показания к проведению обязательных медицинских осмотров.

Федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации для отдельных категорий работников могут предусматриваться проведение химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, а также проведение психофизиологических обследований.

Работники, осуществляющие отдельные виды деятельности, проходят обязательное психиатрическое освидетельствование.

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

Таким образом, действующее законодательство Российской Федерации предусматривает две основные модели правового регулирования

медицинских осмотров. Есть осмотры, которые проводятся исключительно на добровольной основе, участие в них или отказ от них не влечет никаких правовых последствий. И есть обязательные (в известной степени принудительные) медосмотры, участие в которых или отказ от которых сопряжены с определенными правовыми последствиями.

Проведение медосмотра сопряжено с вторжением медицинского работника в личную сферу осматриваемого, с пересечением правовой границы личной неприкосновенности, которая охраняется Конституцией Российской Федерации. Медицинский осмотр представляет собой разновидность медицинского вмешательства и требует для его проведения информированного добровольного согласия осматриваемого (при этом есть ряд исключений). Против воли человека он проводиться не может.

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

Применительно к медицинскому осмотру первое условие конституционно-правовой обоснованности его обязательности (принудительности) для определенных групп населения, на первый взгляд, выполняется. ТК РФ и другими законами предусмотрена обязательность медосмотра для определенных групп населения. Однако содержание этого медосмотра определяется подзаконными актами, как правило, приказами Минздрава России.

Анализ материалов интернет-форумов, отзывов на проекты нормативно-правовых актов показывает, что недовольство в основном вызывает не сам факт обязательности предварительного, периодического или иного медосмотра, а содержание таких медосмотров. Минздрав России получает упреки в злоупотреблении правом определять содержание медосмотра, когда в него включаются болезненные,

«унизительные», затратные и небезвредные виды медицинского вмешательства. При этом ответы представителей Минздрава России на упреки выглядят неубедительными. Позже мы остановимся на обоснованности программ медицинских осмотров подробнее. Здесь же заметим, что имеет смысл включить в процедуру принятия нормативно-правовых актов, определяющих содержание медосмотра, правовую и криминологическую экспертизу ведущих научных юридических центров (МГУ, СПбГУ, МГЮА) с привлечением специалистов различных областей. Кроме этого целесообразно проекты таких актов «пропускать» через социологические исследования. Положения, которые не получают поддержки у значительной части населения, необходимо исключать из нормативно-правовых актов. Возможно, стоит подумать и о закреплении на уровне закона минимума обязательных медицинских обследований, сверх которого Минздрав России сможет только рекомендовать медицинские вмешательства к включению в программу медосмотра.

Изучение нормативно-правовой базы, регламентирующей проведение медосмотров, диспансеризации, показывает, что отсутствует перечень медицинских манипуляций, которые должен сделать врач и по которым можно судить, выполнены ли все действия, направленные на выявление заболеваний. Методики осмотров врачами-специалистами, как правило, не имеют нормативно-правового воплощения. Это означает, что пациент практически не может убедиться в соответствии пройденного им медосмотра предъявляемым требованиям. Отсюда увеличение рисков неполного и некачественного медосмотра. Представляется, что приказы Минздрава России должны закреплять перечень медицинских манипуляций, из которых состоит осмотр. Кроме того, в открытом доступе должны быть размещены документы, по которым пациент может проверить полноту и качество проведенного осмотра. С этими документами нужно знакомить осматриваемых при получении от них информированного добровольного согласия.

Второе условие конституционно-правовой обоснованности принуждения к профилактическим медосмотрам связано с оправданием цели медосмотра. Из перечисленных в Конституции Российской Федерации целей, которые могут служить оправданием принуждения, медосмотры могут быть средством достижения таких целей, как защита здоровья и интересов других лиц или обеспечение безопасности,

в том числе государства. Принуждение к медосмотру в этих целях может получить конституционно-правовое оправдание.

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

В то же время в приказе Минздрава России от 28 января 2021 г. № 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» в качестве профилактических предусмотрены некоторые виды медицинских вмешательств, конституционно-правовое оправдание которых проблематично. Так, сложно обосновать обязательность прохождения осмотра гинекологом для допуска к любым работам (например, преподавателем в школе, парикмахером и др.).

В самом Приказе Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н сформулированы общая цель профилактических медосмотров — охрана здоровья населения, предупреждение возникновения и распространения заболеваний (п. 1 Приказа), а также специальные цели: 1) для предварительного медицинского осмотра — определение соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе (п. 2 Приказа); 2) для периодического осмотра — динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, своевременное выявление 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, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ (п. 3 Приказа).

Из всех перечисленных целей медосмотров конституционно-правовым оправданием принудительности медицинского осмотра могут служить лишь цели предупреждения распространения заболеваний и выявления медицинских противопоказаний, когда это связано с риском несчастных случаев на производстве. Остальные цели связаны с обеспечением здоровья самого осматриваемого и по большей части не могут оправдывать принудительность медосмотра в конституционно-правовом отношении. Для достижения этих целей есть диспансеризация населения, которая проводится исключительно на добровольной основе.

Кроме этого следует иметь в виду, что Приказом Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н предусмотрены осмотры не любых лиц, а только тех, которые выполняют определенные работы. В связи с этим принудительность может получить конституционно-правовое оправдание только в отношении таких медицинских вмешательств, направленных на выявление заболеваний, наличие которых создает угрозы для других в связи с осуществлением лицом профессиональных обязанностей. Например, наличие венерического заболевания у продавца не создает угрозы для других. Поэтому включение врача-венеролога в список обязательных специалистов для медосмотра работника, по результатам которого принимается решение о его допуске к работам, не имеет конституционно-правового оправдания.

Конституционно-правовое оправдание принуждения к медосмотру с правовой санкцией в виде недопуска к работе или увольнения будет иметь место только в том случае, если осмотр у каждого врача-специалиста, входящего в комиссию, и каждое исследование, проводимое в рамках медосмотра, направлены на выявление заболеваний, наличие которых при выполнении профессиональных обязанностей создает опасность для здоровья других. Те виды медицинских вмешательств, принудительность которых не имеет конституционно-правового оправдания, подлежат исключению из числа обязательных. В то же время при наличии медицинской оправданности их целесообразно оставить в качестве рекомендуемых и проводимых по инициативе самого осматриваемого. Целесообразно применять формулу медосмотра, которая закреплена в Приказе Минздрава России от 10 августа 2017 г. № 514н, посвященном медосмотру несовершеннолетних.

Даже неспециалисту в области медицины сегодня понятно, что обязательность многих медицинских вмешательств, предусмотренных приказами Минздрава России, противоречит Конституции Российской Федерации. При этом удивляют ответы разработчиков, утверждающих, что нет никаких излишеств при включении тех или иных видов медицинских вмешательств в программу профилактического медицинского осмотра. Вот стандартная отписка на замечание по поводу противоречия предлагаемых положений в проекте приказа Минздрава России: «Данное заявление не соответствует действительности. Неоднократно обсуждалось на различных площадках. В проекте соблюдены положения действующего законодательства (ТК РФ, ФЗ № 323, ФЗ № 426 и др.)»²⁴³. Однако не указывается ни на одну площадку, где подобные правовые вопросы обсуждались. Более того, там, где действительно эти вопросы обсуждаются (блоги, сайты), представителей Минздрава России нет.

Такой ответ свидетельствует о нежелании, а может быть, и неспособности представителей Минздрава России объяснить правовые, содержательные основания включения в программу медосмотра видов медицинского вмешательства, которые вызывают недовольство населения. И более того, появляются основания считать, что за этим стоит являющаяся проявлением медиализации²⁴⁴ определенная корпоративная заинтересованность, связанная с нежеланием

²⁴³ URL: https://regulation.gov.ru/Entities/Npa_Text (дата обращения: 07.05.2022).

²⁴⁴ О медиализации см. подробнее: Михель Д.В. Медиализация как социальный феномен // *Вестник Саратовского государственного технического университета*. 2011. № 4. С. 256–263 ; Сенокосова Е.К. Профессиональная некомпетентность и недобросовестность при оказании медицинской помощи: криминологические и уголовно-правовые аспекты : дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2018. С. 45 ; Фуко М. Рождение клиники. М. : Смысл, 1998 ; Conrad P. *The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior*. Social Problems. 1975;23(1):12-21 ; Lock M. *Medicalization and the Naturalization of Social Control* // 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*. Syracuse, New York : Syracuse University Press, 2007. P. XXVI ; Illich I. *Medicalization and primary care*. Journal of the Royal College of General Practitioners. 1982;32:466 ; Zola I. *Medicine as an Institute of Social Control*. Sociological Review. New Series. 1972; 20(4):487-504 и др.

терять клиентов и проявляющаяся в навязывании населению медицинских услуг. Включение определенного вида обследования в программу обязательного медицинского осмотра обеспечивает соответствующих врачей и медорганизации большим числом клиентов, что является гарантией получения доходов. Есть непопулярные у населения медицинские обследования, которые, как, видимо, считают представители Минздрава России, добровольно мало кто будет проходить. Отсюда и стремление включить эти медицинские обследования в обязательную программу осмотра под угрозой санкции.

Медицинские организации, надо об этом прямо сказать, заинтересованы в увеличении платных услуг. И в связи с этим с их стороны поступают соответствующие предложения и лоббируется максимальное увеличение программ платных медицинских осмотров. Анализ приказов Минздрава России о медосмотрах и их проектов дает основания предположить, что многие положения продиктованы финансовыми интересами медицинских организаций.

Показательный пример стремления медорганизаций заработать за счет населения — попытка Минздрава России включить в программу медицинского осмотра, который проходят кандидаты на получение или продление водительских прав, в обязательном порядке дорогостоящего химико-токсикологического исследования²⁴⁵. После острой реакции населения и Президента Российской Федерации Минздрав России был вынужден внести коррективы.

Введение данной нормы предоставляло медицинским структурам, которые будут проводить подобные исследования, возможность дополнительного заработка. В то же время обоснования эффективности такого исследования (КПД) не было. На проект приказа от 10 сентября 2019 г. № 731н поступили отрицательные отзывы, тем не менее он был подписан.

Много нареканий на избыточные обследования, не связанные с обеспечением безопасности работ, вызвал приказ Минздравсоцразвития

²⁴⁵ См. приказ Минздрава России от 10 сентября 2019 г. № 731н «О внесении изменений в порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2015 г. № 344н». (Утратил силу).

России от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда», с его изменениями и дополнениями²⁴⁶. В пришедшем ему на смену Приказе Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н избыточность сохраняется, что по результатам проведения антикоррупционной экспертизы было признано одним из коррупциогенных факторов²⁴⁷.

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

Проблема возникает и с третьим условием, связанным с выполнением требований принципа соразмерности, предполагающего сопоставление, балансирование самих конкурирующих прав.

Применительно к медосмотру проверка данного условия включает сопоставление рисков последствий, с которыми столкнется население, если медосмотр не проводить, и рисков, которые несет в себе сам медосмотр и принуждение к нему. При сопоставлении рисков также важно установить возможные пути их минимизации. Ведь вполне возможно, что цели медосмотра могут быть достигнуты

²⁴⁶ URL: https://regulation.gov.ru/Entities/Npa_Text (дата обращения: 07.05.2022).

²⁴⁷ См. об этом: Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере профилактической медицины как фактор безопасности здоровья населения // *Всероссийский криминологический журнал*. 2021. Т. 15, № 5. С. 33–542.

альтернативными методами, не порождающими медицинских и социальных рисков.

Согласно результатам всероссийского социологического опроса населения, *подавляющее большинство населения в целом положительно относится к прохождению профилактических медицинских осмотров. В то же время отрицательно и скорее отрицательно относятся к участию в профилактических медицинских осмотрах 10 % респондентов. Изучение результатов социологического опроса населения, отзывов на проекты нормативно-правовых актов о медосмотрах, анализ обсуждений проблемы на интернет-площадках, иных источников позволили установить ряд рисков, которые порождаются самим медосмотром и принуждением к нему.*

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

Иногда в качестве обязательных в программы профилактических медицинских осмотров включаются инвазивные методы обследования пациента, создающие опасность причинения вреда здоровью или жизни. Так, согласно Приказу Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н работники, занятые на работах в особых географических регионах с местами проведения работ, транспортная доступность которых от медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь в экстренной форме, превышает 60 минут, должны в обязательном порядке на профилактических медосмотрах проходить эзофагогастродуоденоскопию («глотать лампочку»). Данная процедура небезопасна. Так, 27 декабря 2018 года Московский районный суд Санкт-Петербурга признал врача эндоскописта Ш., проводившую ФГДС, виновной в неосторожном причинении смерти пациенту в силу ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей при проведении ФГДС (Постановление по делу № 1-65/18).

Социологический опрос показал, что 15,8 % респондентов выступают против обязательного включения в профилактические медицинские осмотры вмешательств, сопряженных с риском

для здоровья и жизни пациента, 15,6 % допускают включение в число обязательных таких видов медицинских вмешательств, большинство — 61,4 % считают, что такие вмешательства можно включать только на усмотрение самого осматриваемого, отказ от них не должен быть сопряжен с негативными последствиями для осматриваемого. Опрос показал, что «квалифицированное большинство» против обязательного прохождения рискованных медицинских обследований. В то же время большинство за то, чтобы у пациента было право на такие исследования, но без санкций за отказ от них.

Во-вторых, существует риск некачественного медосмотра, когда врачами «пропускается» заболевание, которое должно было быть установлено, или наоборот, имеет место избыточная диагностика заболеваний, когда обнаруживается болезнь, которой на самом деле нет. Так, 26 % респондентов дали положительный ответ на вопрос о том, была ли в их жизни ситуация, когда по результатам прохождения медицинского осмотра не было выявлено заболевания, которое имело место и должно было быть выявлено, если бы врач сделал все как надо. При этом 22,5 % опрошенных (360 из 1 600) в качестве претензии к медосмотру, который они проходили за последние два года, назвали его формальность.

В-третьих, требуется купировать риски несанкционированной видеосъемки пациентов во время медосмотра.

Возмущение общественности вызвал факт установки в кабинете УЗИ в женской консультации камеры видеонаблюдения. При этом женщины должным образом не уведомлялись о том, что их снимают, и не давали информированного согласия на подобную съемку. Администрация, установившая камеры, объясняла это заботой о безопасности, а также необходимостью контроля качества медицинского обслуживания²⁴⁸. На вопрос о том, допустимо ли устанавливать камеры видеонаблюдения в кабинетах врача / процедурных

²⁴⁸ В Калининграде разгорелся скандал из-за установки видеокамер в кабинетах гинекологов. URL: <https://www.ntv.ru/novosti/2291083/> (дата обращения: 31.05.2020). Впоследствии Следственный комитет Российской Федерации не усмотрел в установке видеокамер наличия состава преступления. См.: СК не нашел нарушений в установке видеокамер в женской консультации в Калининграде. URL: <https://tass.ru/obschestvo/8852747> (дата обращения: 11.06.2020).

кабинетах, 66,7 % опрошенных ответили, что это недопустимо, поскольку нарушает права пациентов, 19,0 % опрошенных заявили о допустимости видеосъемки, поскольку это усилит ответственность врача.

Риск не санкционированной пациентом видеосъемки медосмотра сводится к минимуму прямым запретом на видеосъемку медицинского осмотра с установлением ответственности, вплоть до уголовной, за производство такой съемки.

В-четвертых, надо исключить риски чрезмерного обнажения пациента на медосмотре, что нарушает этические границы и при определенных обстоятельствах может рассматриваться как сексуальное правонарушение.

Изучение блогосферы и материалов интернет-форумов показало, что определенная часть населения высказывает недовольство ситуацией, когда под угрозой отстранения от работы и последующего увольнения работника принуждают пройти медицинский осмотр с обнажением закрытых частей тела человека (гинекологический, венерологический и т. п. осмотры). На вопрос о допустимости включения в обязательные медосмотры работников осмотров закрытых частей тела человека под угрозой увольнения в случае отказа от них положительно ответили 43,3 % респондентов, 5,5 % ответили отрицательно, 44,9 % опрошенных считают, что отказ от таких осмотров не должен порождать негативные правовые последствия для работника, но вместе с тем право на такие осмотры у работников должно быть. Таким образом, 50,4 % опрошенных высказались за то, чтобы отказ от медицинского осмотра интимных зон тела человека не породил отстранения работника от работы и его увольнения²⁴⁹. Важно заметить, что подобные осмотры, как правило, направлены на заботу об осматриваемых, а не на обеспечение здоро-

²⁴⁹ Следует обратить внимание, что ответы работников здравоохранения на данный вопрос существенно контрастируют с общим ответом. Среди них 64 % считают допустимым принуждать женщин под угрозой увольнения к гинекологическим осмотрам, 2 % признают такое положение недопустимым и 32 % полагают, что осмотр интимных частей тела человека должен проводиться по желанию работника без негативных для него правовых последствий.

вья других лиц. А поскольку это так, то люди и хотят принимать решение о прохождении очень чувствительных осмотров сами, а не под принуждением. Когда такие осмотры направлены на установление инфекционных заболеваний, то, как правило, диагностика этих заболеваний возможна и без доступа к закрытым частям тела человека. Поэтому конфликта можно избежать, отказавшись от обязательности таких осмотров и применив методы обследования, не требующие от осматриваемого снятия нижнего белья.

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

В-пятых, существуют риски больших временных затрат нахождение медосмотра. По данным социологического опроса, на большие очереди при медосмотре жалуются 34,5 % респондентов (это самая часто называемая причина недовольства медосмотрами), на длительность медосмотра жалуются 17,3 % опрошенных. Законодатель и Минздрав России уже предприняли ряд усилий, чтобы сократить время, требуемое для диспансеризации и профилактических осмотров, которые проходят в рамках ОМС. С одной стороны, работникам для этих нужд выделен специальный день, а с другой — нормативно установлены сроки, в течение которых проходят медосмотры. Следующий шаг — закрепление жесткого временного лимита на медосмотры. Минздраву России необходимо минимизировать время «простоя» осматриваемого. Может, стоит подумать о переходе к осмотрам, когда работника осматривает один врач общей практики (семейный врач). Такой порядок существенно облегчит организацию самого медосмотра.

И наконец, организация медицинских осмотров должна исключать повторное их прохождение в учетном периоде. Предположим, человек прошел диспансеризацию в 2020 году. А ему надо еще пройти медосмотр по направлению работодателя, а также пройти медосмотр для получения права управления транспортным средством. Так вот, все обследования, которые имели место при прохождении диспансеризации, должны быть учтены при прохождении других медосмотров. Следует исключить дублирование медобследований и, соответственно, повторное взимание платы с работодателей, граждан. В связи с этим предлагается изменить ст. 46 Закона об основах охраны здоровья граждан и обязать медорганизации учитывать результаты ранее проведенных медицинских осмотров, диспансеризации.

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

В отзыве на данное предложение представитель Минздрава России ответил, что медосмотры и диспансеризация преследуют разные цели и их нельзя соединять²⁵⁰. Однако эта позиция не помешала Минздраву России внести изменения в Приказ Минздрава России от 12 апреля 2011 г. № 302н, которые позволяли учитывать результаты обследований, пройденных при диспансеризации. Оказывается, разные цели здесь совершенно ни при чем.

Проблема заключается, во-первых, в деньгах — медорганизации потеряют существенный доход от платных медосмотров (сегодня это бизнес, который, по скромным оценкам, обеспечивает медорганизациям миллиарды рублей в год дохода), во-вторых, в нежелании системы здравоохранения ориентироваться на клиента. Ранее было отмечено, что в Приказе Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н для работников и работодателей устанавливаются избыточные

²⁵⁰ URL: https://regulation.gov.ru/Entities/Npa_Text (дата обращения: 17.06.2022).

требования, которые вызывают недовольство участников отношений и порождают коррупционные риски²⁵¹.

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

Выводы

Подводя итог рассуждениям о конституционно-правовой обоснованности принудительных (обязательных) медицинских осмотров, следует заключить, что нормы об обязательных медицинских осмотрах смогут получить конституционно-правовое оправдание при выполнении ряда условий:

- 1) отказ от обязательности методов осмотра, сопряженных с опасностью для жизни и здоровья осматриваемого;
- 2) нормативно-правовая урегулированность содержания медосмотра, предполагающая описание прав и обязанностей врачей и осматриваемых, а также медицинских вмешательств, которые будут выполняться в отношении осматриваемого;

²⁵¹ См. об этом: Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Криминологическая безопасность в сфере профилактической медицины: риски и их предупреждение // *Всероссийский криминологический журнал*. 2020. Т. 14, № 5. С. 647–659.

3) предоставление осматриваемому при получении от него информированного добровольного согласия возможности ознакомления со своими правами и обязанностями на медосмотре и с содержанием медосмотра;

4) предоставление гарантии сохранения личной тайны, которую при медосмотре осматриваемый передает врачам. В частности, целесообразно запретить под угрозой ответственности (вплоть до уголовной) без согласия осматриваемого осуществление видеосъемки медосмотра;

5) исключение из медосмотра обязательности вмешательств, предполагающих обнажение закрытых частей тела человека, такие вмешательства следует включать в медосмотр только по инициативе самого осматриваемого;

6) исключение обязательности медицинских вмешательств, не связанных с достижением цели обеспечения здоровья других лиц, безопасности работ, к которым допускается работник, с оставлением за работниками права на такие вмешательства;

7) исключение «правового вымогательства» денег у населения и работодателей посредством требования неоднократного прохождения в течение одного учетного периода одних и тех же медицинских обследований.

3.5. Зарубежный опыт организации и правового регулирования профилактической медицины

3.5.1. Основные организационно-правовые принципы профилактической медицины за рубежом²⁵²

«Никто не должен быть лишен доступа к средствам спасения людей или услугам здравоохранения на основе несправедливости, в том числе по экономическим или социальным причинам.

Маргарет Чен, Генеральный директор ВОЗ (Chan, 2008)

Современные реалии и риски общественного здоровья требуют нахождения путей улучшения состояния здоровья населения

²⁵² При написании данного параграфа использована работа автора. См.: Акулин И.М., Белоколодова Т.И. Основные организационно-правовые принципы профилактической медицины за рубежом // Медицина и право в XXI веке : сборник трудов XXIII ежегодной научно-практической конференции. СПб., 2021. С. 82–100.

земли²⁵³. Благоприятные предпосылки создания совместной стратегии, учитывая положительный опыт взаимодействия некоторых стран, например стран СНГ²⁵⁴, способствуют поиску решения в данном вопросе. Устойчивое развитие любого государства невозможно без создания здоровой среды в быту и на работе, адекватного состояния общественного здоровья, предоставления возможностей профилактических программ, соблюдения здорового образа жизни (ЗОЖ), сохранения здоровья на основе единой профилактической стратегии государств, создающей условия для реализации права на здоровье и здоровую среду обитания всего населения земли²⁵⁵. При этом стремление населения к профилактике, сохранению своего здоровья и поведению, способствующему поддержанию здоровья, необходимо поддерживать на всех уровнях²⁵⁶.

В настоящее время основными проблемами, с которыми сталкивается мировая система здравоохранения, являются неэффективность мер, направленных на борьбу с хроническими заболеваниями

²⁵³ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Аргументы в пользу инвестиций в общественное здоровье. Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе. Один из важнейших элементов новой Европейской региональной политики здравоохранения — Здоровье-2020. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287763/Case-Investing-Public-Health-RUS.pdf?ua=1 (дата обращения: 27.12.2016).

²⁵⁴ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (2012 г.). URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf (дата обращения: 27.12.2016).

²⁵⁵ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года в Европейском регионе ВОЗ. EUR/RC66/17 (2016 г.) URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/319110/66rs04r_SDGs_160763.pdf?ua=1 (дата обращения: 27.12.2016).

²⁵⁶ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015—2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/283848/65wd13r_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf?ua=1 (дата обращения: 27.12.2016).

ми, и замедление роста показателя общей продолжительности жизни (ОПЖ)²⁵⁷.

Кроме того, негативное влияние на показатель ОПЖ оказали недавние вспышки инфекционных заболеваний и чрезвычайные ситуации в области здравоохранения: коронавирус — COVID-19, лихорадка Эбола в Западной Африке, вирус Зика в Северной и Южной Америке, наводнения в европейском регионе. Выявлены серьезные недостатки в способности систем здравоохранения подготовиться к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения и принимать адекватные ответные меры в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (ММСП)²⁵⁸. Нарастает потребность в сильных системах предоставления комплексных услуг общественного здравоохранения, основанных на профилактических принципах, которым, по общему признанию, принадлежит ключевая роль в обеспечении достижения Целей в области устойчивого развития (ЦУР)²⁵⁹.

Многим странам пока эта задача не под силу. Однако традиционные лечебно-диагностические мероприятия уже не отвечают новым возможностям медицинской науки. Существующие способы профилактики заболеваемости, как индивидуальной, так и социальной, не дают ожидаемого результата. Например, за последние 25 лет здоровье граждан в европейском регионе значительно улучшилось, однако эти улучшения распределяются неравномерно между странами, остаются существенные неравенства в отношении здоровья отдельных групп населения²⁶⁰.

Дело в том, что за эти годы произошло смещение бремени болезней среди населения от преобладания инфекционных болезней

²⁵⁷ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. *Решение ключевых задач охраны общественного здоровья и политики здравоохранения в Европе: путь вперед к цели улучшения здоровья жителей Европейского региона ВОЗ. EUR/RC60/13. (2010 г.). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/119540/RC60_rdoc13.pdf?ua=1 (дата обращения: 27.12.2016).*

²⁵⁸ Glaser E., Davis S., Flomo C., Sliney, A. & Tiah M.W. *The Harvard-LSHTM panel on the global response to Ebola report. The Lancet* 387, 848 (2016).

²⁵⁹ Jones D.S., Podolsky S.H. & Greene J.A. *The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine. The N Engl J Med.* 2012;366:2333-2338.

²⁶⁰ EU & OECD. *Health at a Glance: Europe 2016. (OECD Publishing, 2016).*

к преобладанию неинфекционных заболеваний (НИЗ). На долю пяти основных НИЗ в настоящее время приходится 86 % всех смертей²⁶¹.

Использование традиционных мер, например вакцинации, единых стандартов лечения, неприемлемо применительно к неинфекционным заболеваниям, так как не учитываются индивидуальные особенности организма.

Назрела необходимость перехода к новым принципам медико-социальной профилактики, основанным на последних общих достижениях науки, в том числе физики, математики, кибернетики, информационных технологий, молекулярной генетики, транскриптологии и многих других. Появилась возможность развития индивидуальной профилактики, диагностики и лечения, которые становятся личностно-целевыми, «таргетными» и эффективными в целом для общественного здоровья любой страны²⁶². Однако новые медицинские технологии весьма дороги. По оценкам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), к 2050 году затраты на медико-санитарную помощь удвоятся²⁶³, и тогда для многих государств они будут непосильными. Появляется опасность разделения общества на лиц, имеющих возможность воспользоваться данными достижениями современной медицинской науки, и всех остальных. Если не принимать мер по недопущению развития болезней (профилактических мер), медицина может стать недоступной для большинства населения земли²⁶⁴.

²⁶¹ World Health Organization Regional Office for Europe. *Noncommunicable diseases* [Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. «Неинфекционные заболевания», на англ. яз.] (2016 г.). URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases> (дата обращения: 03.11.2016).

²⁶² Pravettoni G., & Gorini A. *A P5 cancer medicine approach: Why personalized medicine cannot ignore psychology*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17(4):594-596. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01709.x> (дата обращения: 10.08.2012).

²⁶³ De La Maisonnewe C. & Martins J.O. *Public Spending on Health and Long-term Care*. (2013).

²⁶⁴ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. *Решение ключевых задач охраны общественного здоровья и политики здравоохранения в Европе: путь вперед к цели улучшения здоровья жителей Европейского региона ВОЗ. EUR/RC60/13*. (2010 г.). URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/119540/RC60_rdoc13.pdf?ua=1 (дата обращения: 27.12.2016).

Медицина не должна быть привилегией богатых, ВОЗ рекомендует законодательство всех стран основывать на принципах равноправия, особенно в доступности качественной медицинской помощи для всего населения, на всех уровнях ее оказания.

На определенных этапах развития медицинских технологий первоначально равенство и доступность определялись возможностями государств адекватного финансирования и наличием научного потенциала страны. Теперь одних усилий конкретной страны недостаточно, все чаще используется международный научно-практический потенциал, исследующий отдельные цепочки технологий. Здравоохранение становится зависимым от новейших достижений, но вместе с тем в условиях коммерциализации делит общество по доступности использования новейших достижений на две неравные части, нарушая принцип равноправия. Обеспечить равноправие для всех не может ни одна страна в мире. Выделить из бюджета или внебюджетных источников адекватные финансовые средства для поддержания принципов равенства в здравоохранении для всего населения (бесплатности, доступности качества медпомощи и т. д.) из-за постепенного удорожания медицинских технологий и перехода на новые принципы современной медицины становится все труднее²⁶⁵. Расходы на услуги общественного здравоохранения представляют малую, а в некоторых странах еще и сокращающуюся долю суммарных государственных расходов на здравоохранение²⁶⁶.

Недостаток финансовых средств на здравоохранение можно уменьшить, если переключить инвестиции на другие виды вмешательств (индивидуальную профилактику и укрепление здоровья),

²⁶⁵ Костяев С.С. *Межправительственное лобби, бюджетные баталии и реформа здравоохранения в США // США—Канада: экономика, политика, культура*. М., 2014. № 12. С. 37—52.

²⁶⁶ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. *Аргументы в пользу инвестиций в общественное здоровье. Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе. Один из важнейших элементов новой Европейской региональной политики здравоохранения — Здоровье-2020*. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287763/Case-Investing-Public-Health-RUS.pdf?ua=1 (дата обращения: 27.12.2016).

которые направлены на первоначальные причины нездоровья²⁶⁷. Однако данные меры способны еще больше затормозить доступность новых медицинских технологий для большинства населения, так как их внедрение потребует все новых и новых финансовых вливаний в этот сектор экономики²⁶⁸.

Тем не менее профилактические принципы современного здравоохранения, основанные на последних достижениях физики, математики, кибернетики, информационных технологий, молекулярной генетики, транскриптологии и т. д., остаются единственным путем прогресса в обеспечении жизни и здоровья всего населения.

Однако выделение отдельных групп населения, имеющих решающее значение для экономики любой страны, является оправданным на данном этапе развития общества. Поэтому охрана здоровья трудящихся — важнейшая задача любого государства мира.

Одно из главных предназначений современной науки о здоровье — это предупреждение, профилактика болезней, сохранение здоровья. Рождается новое профилактическое направление, основанное на современных достижениях науки в области геномной медицины, цифровых технологий и многих других. Это новое направление медицины связано с концепцией 4P. Реализация четырех основополагающих принципов 4P-медицины (Предикция, Превентивность, Партисипативность, Персонализация) на практике становится возможной благодаря многочисленным научным открытиям в сфере биоинформатики, транскриптомики, генетики и ряда других дисциплин. Обращаясь к «медицине будущего», практикующий врач больше не может ориентироваться на непосредственные локальные про-

²⁶⁷ World Health Organization. *From Burden to 'Best Buys': Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries* [Всемирная организация здравоохранения. «От бремени к “выгодным сделкам”»: уменьшение негативного экономического влияния неинфекционных заболеваний в странах с низким и средним уровнями доходов», на англ. яз.]. URL: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf (дата обращения: 03.11.2016).

²⁶⁸ Commission services (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (Ageing & Working Group). *2016 Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability*. (2016). URL: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/eeip/pdf/ip037_faq_en.pdf (дата обращения: 06.12.2016).

явления заболевания. Теперь все внимание должно быть направлено на функциональные молекулярные и клеточные сдвиги, которые позволят как отследить все физиологические и клеточные процессы, определить степень рисков, так и предугадать развитие заболеваний, разработать комплекс профилактических мер. Многочисленные базы данных по молекулярной биологии, биохимии, структурам белков, а также хранилища первичных структур ДНК (такие как EMBL (European Molecular Biology Laboratory), GenBank, DDBJ (DNA Data Base of Japan), SWISS-PROT и другие) позволяют анализировать транскриптомные данные конкретного пациента.

На основе такого анализа и составляются *индивидуальные персонализируемые стратегии профилактики и лечения*. Подобные программы позволяют подбирать лекарственные средства и профилактические процедуры с невероятной точностью, вовремя вносить коррективы в план лечения, а также минимизировать возникновение побочных эффектов. Это новый подход, хотя для отечественной медицины этот путь всегда был главным, но он таит в себе и ряд глобальных опасностей, связанных с использованием этих возможностей против человечества или отдельных стран, национальностей.

Переход на индивидуальные программы профилактики — тоже путь современной медицины, но для этого необходимы финансовые средства, которые не способны вкладывать в новую концепцию медицины большинство государств мира.

В стратегии ВОЗ «Здоровье-2020» указывается, что взаимодействие государств в решении вопросов защиты жизни и здоровья становится важным и необходимым направлением в связи:

с социальной ориентированностью государств на обеспечение прав и свобод человека и гражданина;

массовой миграцией населения, открытостью границ, созданием общего экономического пространства, гуманитарным и культурным сотрудничеством государств;

направлением на социальную сплоченность общества, которая предполагает предоставление гарантий по достижению соответствующего уровня социальной защищенности;

содействием равным возможностям;

борьбой с социальным отторжением и дискриминацией.

Имеются также правовые проблемы на международном уровне в сфере общественного здравоохранения:

1. Специальное регулирование права человека на здоровье (медицинскую помощь) в международно-правовых актах практически отсутствует, есть разрозненные, не всегда скоординированные положения.

2. Право человека на здоровье рассматривается в основном через призму социальных прав, унификация которых наблюдается на международном уровне. Но в отличие от иных прав право на здоровье относится к так называемым правам второго поколения, реализация которых зависит от социально-экономического уровня развития общества и государства. В этой связи положения национально-го законодательства не могут быть заменены нормами международного права.

3. В актах международного права нет единого подхода относительно определения субъекта права на здоровье (оказание медицинской помощи): в одних правовых нормах говорится о праве человека, в других — о праве гражданина.

Таким образом, невозможно в современном мире решать проблемы охраны общественного здоровья в отрыве от других государств, пандемия COVID-19 заставила мировое сообщество обратить на это серьезное внимание.

Но даже глобальные угрозы в сфере здоровья не останавливают корпорации, которые действуют против логики профилактической медицины, «легче предупредить, чем лечить».

Без законодательной инициативы государств поддерживать профилактические программы как на общественном уровне, так и на индивидуальном, становится практически невозможно из-за экологических рисков, эгоизма работодателей, постоянного стремления экономии на охране труда на рабочих местах, деятельности глобальных корпораций в угоду получения прибыли на рынке пищевых продуктов, табака, алкоголя и других приносящих доход товаров, спрос на которые основан на слабостях людей. Особенно это опасно, когда в гонке за прибылью участвуют медицинские организации, проводя политику законов рыночной экономики, они осуществляют ненужные профилактические мероприятия. Условия, характерные для рынка товаров, никак не подходят для охраны здоровья,

основанной на принципах профилактики, равноправия, гуманности, что является правильным направлением современной медицины. Рынок услуг в сфере охраны здоровья в настоящее время неуместен, это стало ясно в условиях пандемии COVID-19 и существующих угроз и вызовов, связанных с биотехнологиями. Есть ли подобные примеры в зарубежных странах в вопросах профилактики, основанных на постоянных профосмотрах как по месту жительства, так и на рабочих местах, попробуем разобраться.

Как же строится профилактическая медицина в мире потребления, каковы аналогии с нашей страной?

Принципиальным отличием является право автономии личности и управления (распоряжения) своим здоровьем. Роль государственного регулирования общественного здравоохранения во многих странах значительно ограничена по сравнению с Российской Федерацией.²⁶⁹

Вопросы профилактической медицины на производстве переданы работодателю, который старается следовать рекомендациям Международной организации труда (МОТ). Данная тема перенесена с государственного уровня на частный сектор, лежит на плечах руководителей предприятий, что существенно отличает эту систему от нашего государственного подхода.

Медицинские мероприятия за рубежом в основном сосредоточены на профилактике профессиональных рисков, медицинское обслуживание развито слабо, хотя оно имеет тенденцию к развитию в настоящее время. Можно сказать, что условно медицина трудового места важнее, чем медицина трудящегося.

В гигиене труда многие годы господствовала парадигма, основанная на предельно допустимых концентрациях (ПДК) и предельно допустимых уровнях (ПДУ), предполагающая обязательность и возможность соблюдения этих параметров на всех рабочих местах.

Действительно, гигиенические нормативы являются основой безопасности, однако они не всегда соблюдаются, а последствия их

²⁶⁹ Kickbusch I., Gleicher D., *World Health Organization & Regional Office for Europe. Smart governance for health and well-being: the evidence* [«Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия: факты», на англ. яз.]. (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014).

превышения, тактика профилактики и социальной защиты работников конкретно не определены.

Для решения этих задач потребовались новые концепции. К их числу относится и концепция профессионального риска, направленная на количественную оценку возможного ущерба здоровью работников и выбор эффективных мер управления, т. е. профилактики.

По определению ИСО — международной организации по стандартизации: «Оценка риска есть определение вероятности причинения вреда, тяжести последствий путем выявления показателей, влияющих на безопасность, и их количественной оценки на основе эмпирических данных, накопленных в течение научной деятельности».

Необходимо помнить, что оценка риска и прогноз состояния здоровья работающих — один из разделов системы социально-гигиенического мониторинга (СГМ), являющегося обязанностью работодателя в любой стране.

При организации профилактической работы на рабочих местах в любой стране мира в соответствии с требованиями МОТ используются хорошо известные дефиниции: гигиена труда; предмет изучения гигиены труда; вредный производственный фактор; профессиональный риск; индивидуальный профессиональный риск; риск групповой (популяционный); мониторинг социально-гигиенический; мониторинг в медицине труда; мониторинг здоровья работников; мониторинг рабочей среды и др. Общие определения показателей позволяют выработать единые подходы в оценке стран по условиям труда на рабочих местах и оценке их здоровья.

Сохранение и укрепление здоровья предполагает выявление и профилактику любых нарушений здоровья, а не только профессиональных заболеваний; по данным ВОЗ (2002), около 25 % болезней могут быть связаны с работой.

Изучение темы профессиональных рисков особенно актуально. В первую очередь это связано со становлением в мире страховых механизмов обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формированием обязательных профессиональных пенсионных систем. В последние годы в мире проблеме профессионального риска (ПР) уделяется все большее внимание. Это связано с тем, что социально-

экономические проблемы в западных странах нарастают, усложняются взаимоотношения «работник—работодатель—государство», что приводит к поиску новых форм охраны здоровья и социальной защиты работающих.

Одной из основных задач медицины труда как интегрированной области профилактической и лечебной медицины является оценка рисков развития профессиональных и производственно обусловленных заболеваний у работников. Профессиональный риск рассматривается как вероятность повреждения (утраты) здоровья или смерти застрахованного, связанная с исполнением им обязанностей по трудовому договору (контракту) и в иных установленных законом условиях. При этом объектом страхования признаны имущественные интересы физических лиц, связанные с утратой ими здоровья, профессиональной трудоспособности либо со смертью вследствие несчастного случая или профессионального заболевания. Определение профессиональных рисков в условиях пандемии COVID-19 с учетом Профессиональной информационной сети (*Occupational Information Network* — O*NET) США и итальянского эквивалента O*NET в Италии позволяет выявить секторы экономики, наиболее подверженные риску заражения COVID-19, особенно в тех отраслях, где выполнение работы требует физической близости²⁷⁰.

Помимо медицинской помощи общего характера все работающие, и в особенности те, кто работает в условиях значительного риска, нуждаются в службах охраны здоровья, которые могут оценивать и снижать уровень подверженности профессиональным рискам, а также занимаются проведением медицинского наблюдения в целях раннего выявления профессиональных заболеваний и травм.

Хронические респираторные заболевания, скелетно-мышечные нарушения, потеря слуха, связанная с акустическим воздействием, и наличие дерматологических нарушений относятся к наиболее часто встречающимся профессиональным заболеваниям. При этом лишь одна треть стран имеют у себя программы, занимающиеся этими вопросами.

Неинфекционные заболевания (НИЗ), связанные с работой, а также сердечно-сосудистые болезни и неврологические расстрой-

²⁷⁰ URL: https://www.researchgate.net/publication/346864029_-Zhang_et_al_Current_-Biology_-2020 (дата обращения: 03.04.2022).

ства (депрессии, неврозы, неврозоподобные состояния и др.), обусловленные профессиональным стрессом, ведут к росту показателей продолжительной нетрудоспособности и отсутствия на рабочем месте. К профессиональным НИЗ относятся профессиональный рак, хронический бронхит и астма, вызываемые загрязнением воздуха на рабочем месте и радиацией.

Несмотря на наличие этих заболеваний, в большинстве стран врачи и медсестры не имеют надлежащей подготовки для того, чтобы заниматься проблемами здоровья, связанными с работой, а во многих странах отсутствует последипломная подготовка по вопросам охраны труда.

В процессе трудовой деятельности на работающего воздействуют факторы производственной среды и трудового процесса, которые могут оказать негативное влияние на здоровье. Не представляет сомнений и тот факт, что полное исключение из производственной среды неблагоприятных факторов невозможно. Это практически невозможно даже на тех производствах, где внедрены передовая технология процесса, современное оборудование, высокая культура производства, отличное медицинское обслуживание. В связи с этим остро встает вопрос о предупреждении профзаболеваний, профилактике заболеваний и восстановлении здоровья работников, подвергающихся воздействию вредных и (или) опасных производственных факторов при выполнении своих трудовых обязанностей.

Развитие многих профессиональных заболеваний и профессионально обусловленных заболеваний зависит от комплексного взаимодействия повреждающих факторов и от качества трудовой и личной жизни.

В настоящее время становится доказанным фактом, что без усилий самого работника добиться оздоровления на рабочем месте невозможно, все работники должны приобретать гигиенические знания и навыки, выполнять нормы и требования, обеспечивающие безопасность труда.

Если страны сосредотачиваются на профилактических осмотрах работников, то они могут выявить серьезные признаки профессиональных заболеваний тогда, когда неблагоприятный фактор производственной среды на рабочем месте уже давно оказывает свое негативное влияние на здоровье работника, поэтому создание здоровых

условий труда является приоритетным мероприятием по отношению к медицинским осмотрам. Так поступают передовые зарубежные предприятия.

Необходимо заметить, что большинство стран теряют от 4 % до 6 % ВВП по причине проблем здоровья, связанных с работой. Около 70 % работающих не имеют страхования, которое компенсировало бы их профессиональный риск в случае профессиональных заболеваний и травм.

Существуют эффективные меры предотвращения профессиональных заболеваний. Например, инкапсуляция источников загрязнения, вентиляция, борьба с шумом, замена опасных химических веществ, оптимизация мебели и организация работы.

Задача специализированных служб гигиены труда состоит в том, чтобы оценивать эти риски и выступать с рекомендациями по предотвращению профессиональных и связанных с работой заболеваний. Работники, подвергающиеся риску, должны проходить регулярные качественные медосмотры для раннего выявления всякой проблемы со здоровьем, когда лечение и изменения на рабочем месте могут помочь предотвратить неисправимый вред.

В настоящее время специализированными медицинскими услугами в области гигиены труда могут пользоваться лишь 15 % работающих людей во всем мире, главным образом в крупных компаниях, которые оплачивают медицинское страхование и выдают пособия в случае травм, связанных с работой. В условиях глобального кризиса в области занятости все большее число людей ищут работу в неофициальном секторе, где не предусмотрено никакого страхования и отсутствуют службы гигиены труда. Многие из таких людей нередко трудятся в опасных условиях и страдают от связанных с работой болезней, травм и инвалидностей. Во многих социальных группах, в тех случаях, когда кормилец семьи заболевает, страдает вся семья, поскольку социальной защиты не существует.

Пункты первичной медико-санитарной помощи на зарубежных предприятиях (аналог наших медсанчастей) могут оказывать некоторые элементарные услуги в области медицины, и совсем немного в сфере гигиены труда, работникам в неформальном секторе и на мелких предприятиях ближайшего расположения. Чаще всего работники пунктов посещают рабочие места и дают свои рекомендации

по улучшению условий работы, а также проводят предварительные и периодические медосмотры, диагностируют и составляют отчетность о профессиональных и связанных с работой заболеваниях. Пункты первичной медико-санитарной помощи могли бы также проводить учебную работу и работу с добровольными помощниками здравоохранения и уполномоченными по безопасности труда на рабочих местах в отношении простых мер профилактики профессиональных заболеваний, а также консультировать по более безопасным методам работы. Расходы на такие услуги составляют от 18 до 60 долларов США (по паритету покупательной способности) в расчете на одного работающего человека. Подобные службы позволяют добиться следующих положительных сдвигов:

- улучшения на рабочем месте;
- раннее выявление связанных с работой проблем здоровья, выработка первоначальных профилактических мер;
- просветительская работа, участие организованных рабочих коллективов в деле охраны их здоровья, как правило, это общественные организации (профсоюзы).

Многочисленные исследования показали, что меры по охране здоровья на рабочих местах помогают сократить на 27 % продолжительность пребывания в отпуске по болезни и на 26 % расходы компаний на медико-санитарное обслуживание²⁷¹.

Особенности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) за рубежом и ее роль в профилактических мероприятиях

Специальной службы на государственном уровне, нацеленной от имени государства на обеспечение медицинского обслуживания на предприятиях, в большинстве западных стран не существует. Необходимо отметить, что зарубежная медицина и здравоохранение ориентированы в ПМСП на основную фигуру — врача общей практики (ВОП, GP), работающего по принципу семейного обслуживания.

²⁷¹ Поляков И.В., Акулин И.М. *О некоторых вопросах организации и охраны здоровья работающих // Здравоохранение Российской Федерации. 1991. № 10. С. 5.*

ВОП занимается всеми вопросами, касающимися здоровья, и особенно профилактическими программами, ему население доверяет свои проблемы, в том числе и здоровье, связанное с условиями на рабочем месте. Зарубежный ВОП работает с семьей по месту жительства, в его обязанности не входят вопросы промышленной медицины. Для этого существует система ПМСП на крупных предприятиях, в основном представленной ВОП или средним медработником. Их медицинская деятельность ограничивается только обеспечением медицинской помощи в случае заболевания на производстве, профилактикой безопасных условий труда они не занимаются. В Российской Федерации основной структурой организации ПМСП является поликлиника. Участковые врачи из-за неукомплектованности участков, перегруза не могут полноценно заниматься профилактикой в широком смысле слова, не говоря об индивидуальной профилактике.

После проведения Алма-Атинской конференции в 1978 году многие страны взяли курс на реорганизацию системы здравоохранения с приоритетом именно первичных служб. Так, в большинстве стран Европы и в Канаде основным звеном ПМСП являются врачи общей практики. Для таких систем характерно то, что ВОП ведут пациентов самостоятельно и довольно редко направляют к специалистам. Число пациентов ВОП при этом колеблется в разных странах и зависит также от того, частная это практика или работа в государственной структуре. Так, у одного ВОП может быть как менее 1 000 пациентов, так и более 2 500.

Также разные страны имеют различные законодательные акты относительно работы ВОП. В части из них (Италия, Австрия, Швеция и др.) имеются определенные законодательные акты, которые регламентируют создание новых рабочих мест, следовательно, без наличия вакансии новые врачи на работу не принимаются. В целом в мире сложилось три модели практики ВОП: индивидуальная, групповая и в центрах здоровья.

Индивидуальная практика преобладает в Италии, Австрии, Бельгии, США. Свою работу ВОП осуществляют в амбулаториях с помощниками из числа медсестер. При этом их работа организуется по согласованию с органами местного самоуправления либо на основе частной практики.

Групповая практика развита в Великобритании и Швеции. В данной ситуации в одном помещении практикуют несколько врачей, что с экономической точки зрения более выгодно. Также данный вариант взаимодействия врачей помогает более рационально организовать труд врача и более полно удовлетворить потребности населения.

Центры здоровья также называют скандинавской моделью, и наиболее распространены они в Финляндии. По сути, это аналоги наших поликлиник, но основной системой медицинского обслуживания в них является общеврачебная практика. Минимум обслуживаемого населения для одного центра здоровья составляет 10 тыс. человек и работают в нем 5—9 врачей общей практики. В центрах имеются полноценные диагностические кабинеты, лаборатории, кабинеты реабилитации и физиотерапии, возможно наличие стационаров для острых и хронических больных. Помимо этого центры здоровья берут на себя и уход за беременными женщинами. На данный момент в Финляндии центры здоровья являются основой оказания медицинской помощи. По всей стране таких центров насчитывается более 200, и в каждом работает не менее 4 ВОП. Основные цели таких центров, кроме медицинского обслуживания прикрепленного населения, это сохранение здоровья пожилых, санитарное просвещение и планирование семьи.

Существуют и частные центры, которые занимаются профилактическими программами на производстве, но в основном это организованные осмотры по типу скрининга работающих с некоторыми лабораторными анализами и простым функциональным обследованием. Некоторые предприятия имеют немногочисленные медицинские службы, основанные на принципе ВОП.

В рейтинге систем здравоохранения ВОЗ одно из первых мест занимает Франция, где общеврачебная практика является ведущей системой в ПМСП, выделяется на здравоохранение около 11 % от ВВП (затраты на здравоохранение выше только в США и Швейцарии). Во Франции 9 из 10 посещений приходится на ВОП, а 81 % пациентов лечатся у ВОП без направлений к специалистам. Из других плюсов системы здравоохранения Франции следует отметить короткие «листы ожидания». В целом уровень комплексности оказания помощи населению во Франции считается высоким.

Также высокий уровень отмечается в таких странах, как Испания, Литва, Португалия, Дания, Исландия и др. Однако вопросы профилактики в этих странах переданы средним медработникам, например «визитерам здоровья», которые занимаются работой с населением в семейных условиях по пропаганде ЗОЖ, прививками, санпросветработой и т. д. Поручать это врачам считается слишком дорогим удовольствием. На наш взгляд, налицо правильный подход, средний медицинский работник вполне может справиться с этими проблемами, его услуги намного дешевле, чем подготовка врача и ориентация его на неэффективные профилактические осмотры.

Низкий же уровень комплексности оказания услуг отмечается в Италии, Австрии, Греции, Ирландии, Польше и др. Так, например, в Италии существуют довольно высокие нагрузки на ВОП. Несмотря на довольно небольшое число пациентов на одного врача (880), число рабочих часов в неделю колоссально. ВОП работает 6 дней в неделю: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 (с перерывом на обед 2 часа), а в субботу — с 8:00 до 14:00. Набор оказываемых услуг в Италии один из самых минимальных. Другим примером страны с низкой комплексностью оказания услуг является Германия. При этом ВОП составляют примерно половину всех врачей страны, а 90 % населения имеют своего личного домашнего врача. Несмотря на это, из всех обращений за медицинской помощью на ВОП приходится только 22 %, 3 из 10 по причинам медицинского обращения.

Не для всех стран характерен свободный доступ к врачам. Так, в Австрии, Бельгии, Ирландии, Франции и некоторых других странах нет обязательной привязки к определенному врачу по месту жительства. А в данной ситуации пациенты могут свободно менять врача в течение жизни. Во Франции данные пациенты-«кочевники» наносят большой вред в экономическом плане, поскольку их посещения оплачиваются за счет государства, а пациенты «кочуют» по врачам одного профиля до тех пор, пока им не поставят «устраивающий» их диагноз (в процессе сдавая одни и те же анализы, проходя одни и те же диагностические манипуляции). Данная ситуация очень беспокоит руководство системы национального страхования Франции. Подобная ситуация связана с национальной чертой, основанной на демократичной свободе выбора, неприемлемости

«давления на француза» со стороны государственных структур и системы страхования. Это является экономически не эффективной проблемой для всей системы здравоохранения Франции. Сделать «экономическим привратником» французского ВОП, как в Великобритании, не удастся, французское здравоохранение по этой причине считается излишне перегруженным медицинскими услугами.

В других странах Европы доступ в первичное звено может быть свободным, а может быть строго регламентированным и осуществляться исключительно по направлениям ВОП.

Конечно, не в каждой стране с высоким уровнем оказания ПМСП отмечается высокая эффективность этой помощи. Люксембург, Болгария и Венгрия, хотя и имеют низкие показатели в комплексности системы и ее устойчивости, показывают довольно хорошие результаты в ее эффективности.

К странам лидерам по всем показателям относятся Нидерланды, Португалия, Финляндия, Литва и Эстония. Эти страны применяют на практике принцип индивидуальной профилактики, семейной по существу.

К ключевым показателям эффективности здравоохранения относят: расходы на здравоохранение, качество обслуживания пациентов, потенциально лишние госпитализации, здоровье населения и социально-экономическое неравенство. Данные исследований РНАМЕУ на основании оценки названных показателей говорят, что система первичной помощи в Европе напрямую связана с улучшением здоровья населения и уменьшением потенциально лишних госпитализаций.

Лидирующие позиции занимают страны с центральной ролью ВОП в оказании первичной помощи и при наличии у них «диспетчерской» функции (ответственность за направление лечения пациентов). На данный момент к подобной организации оказания ПМСП перешли большинство стран Европы, что значительно улучшило их показатели в здравоохранении. Так, в 1990-х годах Литва и Эстония как многие другие бывшие коммунистические страны находились на нижних позициях рейтинга эффективности медицинской помощи, но на момент 2010 года и сейчас они занимают одни из лидирующих позиций²⁷².

²⁷² URL: <https://regnum.ru/news/1426031.html> (дата обращения: 10.05.2022).

Все эти данные показывают важность централизации систем здравоохранения вокруг организации ПМСП, а именно на базе общей врачебной практики. Наличие врачей с «диспетчерской» функцией снижает нагрузку на специалистов, стационары и скорую медицинскую помощь. Высокие диагностические возможности ВОП и привязка к одному врачу без возможности обращаться к любому другому экономически более целесообразны, чем свободный доступ пациентов ко всем врачам. Все это может приводить к снижению затрат государства на здравоохранение.

Однако во всех странах проблема организации действенных профилактических программ не решена. Вот почему ВОЗ обратилась к идее создания системы общественного здравоохранения, основанной на новой концепции, — службы здоровья, существующей параллельно с традиционной системой здравоохранения, нацеленной в основном на борьбу с патологиями, а не на укрепление здоровья на основе пропаганды ЗОЖ²⁷³.

Вопросы профилактики на рабочих местах в зарубежных странах находятся в сфере ответственности работодателя, а не государственных структур, которые осуществляют только контроль безопасных условий труда на рабочих местах, в отличие от Российской Федерации.

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 23-й Всемирной ассамблее здравоохранения в 1970 году, которые учитывали опыт советской системы здравоохранения²⁷⁴, к этому времени окончательно сформировавшейся и окрепшей с учетом опыта профилактической медицины, прежде всего производственной²⁷⁵.

²⁷³ URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 10.06.2022).

²⁷⁴ *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> (дата обращения: 10.06.2022).

²⁷⁵ *The Soviet Union: healthcare*. 2016. URL: <https://nintil.com/2016/03/29/the-soviet-union-healthcare> (дата обращения: 10.06.2022).

Постепенно специалисты начинают активно использовать и, значит, признавать важную, основополагающую роль достижений первого руководителя системы здравоохранения Н.А. Семашко, считая его основоположником профилактической, превентивной медицины²⁷⁶. В этом смысле Н.А. Семашко — реформатор и его можно ставить рядом с Бисмарком — основоположником второй по распространенности страховой модели здравоохранения²⁷⁷. Лорд Беверидж, по сути, повторил Семашковские принципы здравоохранения в Великобритании, но авторство Н.А. Семашко как основоположника национальной системы здравоохранения в Великобритании так и не признали.

Однако за рубежом в сфере профилактической медицины есть много положительных моментов, как следует из научных исследований, опыта эффективных, результативных практик²⁷⁸. 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 prophylaxis²⁷⁹.

За рубежом считается, что профилактическая медицина — это комплекс мер по предотвращению заболеваний, нечто противоположное лечению²⁸⁰. Термин «первичная профилактика» был введен в 1940 году Н. Leavell и Е. Clark²⁸¹. За рубежом в стратегии профилактики

²⁷⁶ Шейман И.М. Тернистый путь от системы Семашко к новой модели здравоохранения // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2013. № 91 (1-6). С. 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.

²⁷⁷ Strickland C. Preventive medicine, soviet-style. URL: <https://www.nytimes.com/1990/06/17/nyregion/preventive-medicine-soviet-style.html> (дата обращения: 10.03.2016).

²⁷⁸ Goldston S.E. Concepts of primary prevention: a framework for program development. Sacramento, California Department of Mental Health, 1987.

²⁷⁹ 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/> (дата обращения: 18.05.2016).

²⁸⁰ Galama T.J., van Kippershuis H. Health inequalities through the lens of health capital theory: issues, solutions, and future directions. Research on Economic Inequality. 2013;21:263-284. URL: [https://doi.org/10.1108/S1049-2585\(2013\)0000021013](https://doi.org/10.1108/S1049-2585(2013)0000021013) (дата обращения: 17.08.2016).

²⁸¹ Preventive health care. URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/001921.htm> (дата обращения: 18.05.2022).

выделяют несколько уровней (в Российской Федерации — 3 уровня): допервичная (*primal*), первичная (*primary*), вторичная (*secondary*), третичная (*tertiary*) и четвертичная (*quaternary*) профилактика. Допервичная профилактика появилась на основе концепции 4Р, о которой мы уже писали ранее²⁸².

Первичная профилактика (health promotion), или в Российской Федерации «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*)²⁸³. *Специфическая профилактика* нацелена на определенную группу заболеваний²⁸⁴. Например, за рубежом к обязательным осмотрам (но не навязанным, рекомендательным) можно отнести измерение артериального давления (А/Д), исследования на гипергликемию, гиперхолестеринемию, 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 Российской Федерации отсутствует²⁸⁵.

Таким образом, первичная профилактика направлена на первопричину заболевания или травмы, а вторичная — на раннее выявление и лечение. В этом наше понимание профилактики совпадает с ее пониманием зарубежными исследователями.

²⁸² Акулин И.М., Белоколюдова Т.И. *Прогресс медицины и право // Медицина и право в XXI веке : сборник трудов XII ежегодной научно-практической конференции, 25–26 декабря 2020 г. (Дополнительные материалы)*. СПб. : Нордмедиздат — Санкт-Петербург, 2021. 112 с.

²⁸³ 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 (дата обращения: 10.12.2013).

²⁸⁴ World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. *World cancer report 2014*. WHO Press; 2015.

²⁸⁵ *Preventive health care*. URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/001921.htm> (дата обращения: 17.08.2022).

Третичная профилактика направлена на уменьшение обострений хронических заболеваний и травм, предотвращение инвалидности, сохранение остаточной трудоспособности и на реабилитационные мероприятия, например с целью восстановления частично или полностью утраченных функций организма или уменьшения боли, восстановления функций самообслуживания. За рубежом эти мероприятия хорошо организованы и носят социализированный характер с помощью системы социальных работников²⁸⁶.

Основы профилактической медицины за рубежом

Принципы построения профилактической медицины за рубежом, законодательство, опыт передовых практик основаны на богатейшем опыте российского здравоохранения, прежде всего в эпоху СССР. Нельзя игнорировать тот факт, что отечественные принципы профилактической 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»²⁸⁷. 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, работавшими до революции, в том числе в земствах. Они возглавили борьбу с эпидемиями, детской смертностью, видели задачей оздоровление условий на рабочих местах и пропаганду ЗОЖ среди населения, в том числе на промышленных предприятиях²⁸⁸.

В этот период началось применение диспансерного метода, с 1923 года прежде всего в борьбе с профессиональными заболеваниями²⁸⁹,

²⁸⁶ *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.*

²⁸⁷ *Ленин В.И. Полн. собр. соч. Т. 38. 359 с.*

²⁸⁸ *Обух В.К. К выполнению наказа // Еженедельник Мосздраотдела. 1923. № 43. С. 1—8.*

²⁸⁹ *Обзор работы МОЗ по организации и изучению профессиональной болезненности // Еженедельник Мосздраотдела. 1923. № 29. С. 16—18.*

изучение условий труда и быта с точки зрения влияния их на состояние как самого больного, так и течение его болезни²⁹⁰.

Это был основополагающий принцип на долгие годы, вплоть до 80-х годов, он позволил добиться ощутимых успехов в оздоровлении нации, и главное, позволил наладить уникальную систему профилактики производственных рисков на предприятии, создать систему медико-санитарных частей, основной задачей которых была диспансеризация рабочих, занятых на работах с вредными условиями труда, сыграл существенную роль в 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)²⁹¹.

Одним из оригинальных решений того времени было создание на всех предприятиях врачебно-инженерных бригад, которые вырабатывали совместные мероприятия по внедрению гигиенически обоснованных, доказанных медицинской практикой эффективных мер по охране здоровья трудящегося человека, прежде всего рабочих профессий, совершенствованию рабочих мест. Профилактическим осмотрам уделялось большое внимание, поскольку их проводили врачи собственных медсанчастей и только иногда привлекались в необходимых случаях специалисты 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 санитарно-эпидемиологической службой (СЭС) по месту нахождения предприятия. Здоровый образ жизни был включен в профилактические программы предприятия и входил в обязанность каждого врача медсанчасти промышленного предприятия. Этот опыт приезжали изучать зарубежные специалисты, так как у многих из них возникало недоверие в связи со всеобщностью данной работы под контролем государства, слаженного

²⁹⁰ Никитский С. К вопросу о последующем диспансерном наблюдении // *Еженедельник Мосздравотдела*. 1925. № 2. С. 1109–1117.

²⁹¹ Акулин И.М. *Всеобщая диспансеризация работников радиоэлектронной отрасли: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1982.*

рабочего союза инженеров и врачей, в связи с дешевизной, эффективностью профилактических мероприятий на промышленном предприятии. Неудивительно, что теперь мы наблюдаем применение этого опыта на зарубежных предприятиях, конечно, с учетом собственных особенностей организации системы здравоохранения и законодательства. В настоящее время наша страна только восстанавливает эти принципы профилактической медицины как по месту жительства, так и на рабочих местах.

Важно изучить зарубежный опыт на основе его комплексной оценки с целью адаптировать или выбрать наиболее оптимальные и эффективные методы управления промышленной медициной (менеджмент промышленной медицины).

Как мы уже указывали выше, в зарубежных странах, даже высокоразвитых, отсутствует система ведомственной медицины в составе промышленных предприятий. Медицина на предприятии является «непрофильным активом», для работодателя проще страховать работающих от возможного вреда, который может быть связан с профессиональным риском или несчастным случаем на производстве.

В отличие от западной системы в СССР существовала система медсанчастей на промышленных предприятиях, которая, к сожалению, была ликвидирована в России под предлогом ее «непрофильности». Это в наше время признано огромной ошибкой, медсанчасти на предприятиях постепенно восстанавливаются. Лечебно-профилактических структур в форме амбулаторно-поли-клинических организаций на западных предприятиях немного.

Медицинская страховка сотрудника зарубежного предприятия, его программа страхования зависят прежде всего от финансовых возможностей предприятия, и работодатели часто выбирают самые дешевые страховые продукты, часть страхования жизни и здоровья перекладывается на самого работника (принцип солидарного страхования).

При этом большое внимание уделяется обеспечению медицинского контроля работающих. Его проводят службы охраны здоровья (СОЗ) на предприятии, деятельность которых регламентируется положениями, национальными законодательными актами и Конвенцией 161 МОТ «О службах гигиены труда» (Occupational Health Services). Конвенция является практически

обязательной для исполнения и в совокупности с национальным законодательством обеспечивает деятельность служб гигиены труда и других служб, занимающихся организацией медицинского обеспечения.

Для примера приведем европейский аналог корпоративной медицины²⁹², организацию охраны здоровья персонала (OH professionals) на строительстве:

1) олимпийских объектов (Лондон, Великобритания, 2008—2012 гг.);

2) кроссрейла — туннельного проекта (Великобритания, 2014—2018 гг.).

В строительстве олимпийских объектов в Лондоне принимало участие 4 % всех трудящихся страны. Были определены обязательные для исполнения стандарты для всех компаний, участвующих в строительстве. Представители службы охраны здоровья регулярно встречались с профсоюзными лидерами, директорами компаний, которые докладывали им о мероприятиях по охране здоровья, о безопасности производства и состоянии здоровья работников, а также осуществляли взаимодействие с NHS (Национальной организацией здравоохранения).

Максимально приближенно к местам работы было организовано оказание скорой медицинской и амбулаторно-поли-клинической помощи, включая физиотерапевтическое лечение, там же находились службы аварийного реагирования. В плановую деятельность службы входили мероприятия по укреплению здоровья (организация питания, физические упражнения, борьба с курением и употреблением алкоголя). В целом было сохранено 200 тыс. рабочих часов за счет повышения уровня здоровья работников. Затраты на содержание службы здоровья (OH) оказались в два раза ниже, чем те потери, которые могли бы быть в случае нетрудоспособности работников Олимпийского парка²⁹³.

²⁹² *Международная конференция «Эффективное здравоохранение: социально ориентированный бизнес — будущее промышленной медицины», 23 апреля 2014 г. В рамках «Эффективного здравоохранения» обсудили сетевое взаимодействие // РАНХуГС. 2014. 24 марта. URL: <https://www.ranepa.ru/sobytiya/novosti/3315-setevoe-vzaimodeistvie> (дата обращения: 12.07.2016).*

²⁹³ *Там же.*

Такой же принцип был использован при строительстве кроссрейла. Кроссрейл — это крупнейший строительный проект в Европе (туннель протяженностью 100 км), начатый в 2014 году. Общая стоимость проекта составила 15 млрд евро²⁹⁴. Планируемый пассажиропоток — около 200 млн пассажиров в год. Службой охраны здоровья была разработана эффективная программа охраны здоровья работников, включающая раннюю диагностику заболеваний и нивелирование влияния производственных вредностей.

Актуальной для всех стран является проблема снижения затрат на медицинские услуги в связи с постоянно растущей дороговизной²⁹⁵. Естественно, при этом важно сохранить высокое качество и доступность медицинской помощи, рациональное пользование медицинскими услугами населением. В этом все зарубежные системы, и наша в том числе, похожи.

Среди тенденций зарубежного здравоохранения в сфере обеспечения качественной медицинской помощью населения, прежде всего создающего валовый национальный продукт (ВВП), важным является сохранение необходимого высокого уровня финансирования лечебно-профилактических организаций (ЛПО) промышленных предприятий в период финансово-экономического кризиса.

Использование механизмов *государственно-частного партнерства (ГЧП)* в сфере здравоохранения, применяемых в зарубежной практике, в настоящее время актуально и для Российской Федерации²⁹⁶.

ГЧП является эффективным инструментом решения ряда важных социально-экономических задач. Несмотря на «пробуксовывание» этой формы взаимодействия частного бизнеса и государства в Российской Федерации, положительных примеров немало, особенно в сфере промышленной медицины, в профилактических

²⁹⁴ URL: https://translate.yandex.ru/translate?lang=en-ru&url=https%3A%2F%2Fen.wikipedia.org%2Fwiki%2FLiz_line&view=c (дата обращения: 05.09.2022).

²⁹⁵ Решетников А.В., Шамишурина Н.Г., Шамишурин В.И. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для вузов / под общ. ред. А.В. Решетникова. М., 2016. 303 с. Серия: Специалист.

²⁹⁶ URL: <https://strategujournal.ru/ekonomika-i-biznes/gchp-v-sfere-zdravoohraneniya/> (дата обращения: 17.08.2022).

мероприятиях и профосмотрах. Вопрос остается только в формах, методах, эффективности этой совместной работы бизнеса и государства. Зарубежный опыт важен для нас как никогда.

В России совместная работа государства и бизнеса в системе обязательного медицинского страхования доказала свое положительное влияние на здравоохранение в целом, хотя имеются и недостатки²⁹⁷.

За рубежом такое партнерство широко применяется в странах «Большой семерки» (США, Великобритания, Германия, Италия, Канада, Франция, Япония), далее следуют проекты в области образования и автодорожного строительства. В Австрии, Бельгии, Дании, Австралии, Израиле, Ирландии, Финляндии, Испании, Португалии, Греции, Южной Корее, Сингапуре проекты в сфере здравоохранения занимают второе место, уступая только проектам в строительной сфере²⁹⁸.

В странах с высоким ВВП и высоким уровнем продолжительности жизни, где государство является социальным, ГЧП чаще используется в отраслях здравоохранения и образования. В странах с переходной экономикой и развивающихся такой тенденции не отмечается.

В Германии государственные медицинские организации продаются инвесторам за символическую сумму в обмен на инвестиции и обязательства по выполнению государственного заказа. Доля частных организаций за последние 10 лет увеличилась с 4 % до 22 %. Основная причина — низкая эффективность деятельности государственных клиник по сравнению с частными и некоммерческими, где широко применяются различные модели ЧГП. Количество частных и некоммерческих клиник растет высокими темпами, тогда как в государственном секторе открываются всего лишь 2—3 новые клиники в год. В структуре крупных больнично-поликлинических объединений могут находиться как государственные, так и частные

²⁹⁷ Akulin I.M., Zhiguleva L.Yu. *Development of medical insurance in the Russian Federation. At the crossroads. What's next? Vestnik of Saint Petersburg University. Medi-cine.* 2019; 14(2):147-157.

²⁹⁸ URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarubezhnyy-opyt-realizatsii-proektov-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-v-sfere-zdravooxraneniya-i-obrazovaniya> (дата обращения: 17.08.2022).

подразделения. Опыт Германии является одним из наиболее успешных примеров реорганизации здравоохранения. На фоне снижения государственных расходов уровень здравоохранения Германии остался высоким²⁹⁹. В 1991 году в Швеции был запущен процесс рыночных трансформаций в области здравоохранения³⁰⁰. Частный сектор был допущен к владению и управлению госпиталями, службой скорой помощи и лабораториями. В результате:

- стоимость рентгеновских услуг снизилась на 50 %;
- стоимость лабораторных услуг снизилась на 40 %;
- стоимость услуг скорой помощи снизилась на 10 %;
- время ожидания диагностического обследования и лечения сократилось на 30 %.

Сдача в 1999 году в аренду самого большого государственного госпиталя Св. Йорана в Стокгольме (100 тыс. амбулаторных пациентов в год) позволила сократить затраты на 30 %. К 2004 году госпиталь обслуживал уже 200 тыс. пациентов в год и отмечалось повышение удовлетворенности пациентов предоставляемыми им услугами. Опыт Швеции доказывает повышение эффективности при участии частного сектора в управлении государственными лечебно-профилактическими учреждениями³⁰¹.

В 2003 году в Румынии были приватизированы амбулаторные центры гемодиализа в 8 государственных госпиталях в разных частях страны. Это решение было обусловлено ростом спроса на диализ и отсутствием у государственного сектора возможностей немедленного удовлетворения этого спроса³⁰². В результате:

в течение 90 дней во всех центрах была произведена замена оборудования;

²⁹⁹ URL: https://translate.yandex.ru/translate?lang=en-ru&url=https%3A%2F%2Fen.wikipedia.org%2Fwiki%2FHealthcare_in_Germany&view=c (дата обращения: 21.09.2022).

³⁰⁰ Сюткин М.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в регионах России // Проблемы современной экономики. 2011. № 4. С. 314–316.

³⁰¹ URL: https://wiki2.org/ru/Госпиталь_Святого_Иоанна (дата обращения: 25.09.2022).

³⁰² URL: https://aif.ru/society/healthcare/zdravoohranenie_rumynii_chno_meshaet_razvitiyu_mediciny_v_strane (дата обращения: 25.09.2022).

в течение 18 месяцев был произведен полный ремонт и оснащение всех зданий и помещений;

параллельно с обучением (в соответствии с международными протоколами) персонала центров без дополнительных затрат для государства был обучен также медицинский персонал государственных ЛПО;

при сохранении фиксированной цены за процедуру, оплачиваемую государством, качество оказания услуг поднялось до норм и стандартов развитых европейских стран;

ежегодная экономия государственных средств составила 4 млн евро.

Опыт Румынии доказывает, что привлечение частных партнеров обеспечивает эффективную организацию и высокое качество оказания медицинских услуг, а также способствует экономии и более рациональному расходованию освобождающихся государственных средств.

Зарубежный опыт показывает, что в условиях рыночной экономики возможно взаимовыгодное сотрудничество государства и бизнеса в плане медицинского обеспечения и страхования, в том числе в рамках государственно-частного партнерства или иных форм взаимовыгодного сотрудничества. Различные формы взаимодействия корпоративных лечебно-профилактических организаций с государственными структурами в сфере управления здравоохранением объективно целесообразны, поскольку существует, с одной стороны, насущная потребность в соблюдении общенациональных приоритетов в сфере охраны здоровья работников предприятий, а с другой — необходимость сочетания реальных возможностей государства и частного бизнеса, обусловленная финансово-экономическим кризисом в Российской Федерации³⁰³.

В настоящее время в зарубежном здравоохранении появилась новая концепция ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ), которая фокусируется на качестве предоставляемых медицинских услуг при определенном уровне затрат³⁰⁴. В этой связи были реализованы проекты по широкомасштабному сокращению

³⁰³ *Экспертная дискуссия «Корпоративная социальная ответственность бизнеса» в рамках Гайдаровского форума 2016 «Россия и мир: взгляд в будущее», 13–15 января 2016 г.*

³⁰⁴ *Портер М., Тейсберг Э. Переосмысление системы здравоохранения. Киев, 2007. 620 с.*

расходов, обеспечению устойчивого развития и повышения эффективности в сфере здравоохранения, основной целью которых было сохранение прежнего объема и качества предоставляемых медицинских услуг без привлечения дополнительных денежных средств, затрачиваемых на них, или, по крайней мере, оставляя их на прежнем уровне затрат³⁰⁵.

В связи с этим представляет определенный интерес анализ международной медицинской статистики, касающейся диагностики профессиональной заболеваемости у работающего населения³⁰⁶. Удельный вес профессиональных заболеваний на 10 тыс. человек экономически активного населения составляет: Бельгия — 164,2, Финляндия — 52,2, США — 23,2, Германия — 18,2, Великобритания — 6,7, Китай — 8,4, Япония — 2,6, Россия — 1,7 (2014 г.).

Лидером по диагностике профессиональной патологии является Бельгия, далее идет Финляндия и другие, Россия в этом списке далеко не первая. Данный факт объясняется, по-видимому, несколькими обстоятельствами.

Во-первых, тем, что существующая в ряде развитых стран система штрафных санкций делает «невыгодным» отсутствие регистрации профессиональной заболеваемости³⁰⁷. Так, в США при установлении сокрытия профессиональных заболеваний предусмотрена система штрафов, размер которых составляет 0,5—1,5 млн долларов, что стимулирует более полную их регистрацию.

Во-вторых, уровнем медицинской диагностики профессиональной патологии и качеством проведения периодических медицинских осмотров в развитых странах. Взаимодействие государства и бизнеса в плане обеспечения медицинской помощью целесообразно и объективно необходимо в любой стране с рыночной экономикой вследствие того, что принцип социальной ответственности

³⁰⁵ Романов А.И., Кеворков В.В. *Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации* : монография. М., 2016. 394 с.

³⁰⁶ URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf (дата обращения: 20.08.2022).

³⁰⁷ URL: <https://translate.yandex.ru/translate?lang=en-ru&url=https%3A%2F%2Fwww.statista.com%2Fstatistics%2F1018025%2Fsingapore-occupational-disease-incidence-rate%2F&view=c> (дата обращения: 20.08.2022).

бизнеса за сохранение здоровья работающего населения является обязательным условием существования медицины в цивилизованном обществе. Возможности работодателей решать проблемы медицинского обеспечения простым увеличением масштабов выделяемых средств в условиях финансово-экономического кризиса достаточно ограничены. В этой связи необходима такая организация медицинского обслуживания, при которой существование «непрофильных» активов станет не только не затратным, но и рентабельным бизнесом, способным выполнять свою основную миссию по предоставлению качественной и доступной медицинской помощи работникам, членам их семей и пенсионерам. Информации об организации работы промышленной медицины очень мало, больше данных о внедрении инновационных управленческих технологий, используемых за рубежом с целью оптимизации расходов промышленных предприятий на медицинское обслуживание работников. Для решения вопросов повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ограниченных ресурсов здравоохранения в США была принята программа, обозначенная в докладе Института медицины США как «устранение трещины в качестве медицинских услуг» (*Institute of Medicine, 2001*). Институт опубликовал материалы, в которых констатировался рост числа летальных случаев в стране по причине врачебных ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий и предлагались методы коррекции ситуации³⁰⁸.

Учитывая неуклонное возрастание расходов на медицинское страхование, наиболее остро ощущавшееся ведущими автомобильными корпорациями (только компания «Дженерал Моторс» перечисляла 1 млн долларов в год на медицинское страхование), эксперты пришли к заключению о целесообразности переноса успешного опыта внедрения стандартов в промышленности на систему здравоохранения. В результате был сформирован ряд документов, в основе которых были стандарты ИСО, касающиеся бизнес-процессов постоянного улучшения качества работы учреждений здравоохранения.

³⁰⁸ *Ермакова С.Э. Модернизация здравоохранения: процессно-ориентированная система управления. Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. 340 с.*

В этой связи медицинские учреждения автомобильных компаний должны были перестроить работу согласно новым принципам руководства. Фундаментальной целью руководящих документов было оказание научно-практической помощи всем участникам системы здравоохранения США, независимо от формы собственности, масштабности, специализации и ведомственной принадлежности. Построение системы менеджмента качества (СМК) на основе международных стандартов, которые внедряются и в Российской Федерации, способствовало повышению конкурентоспособности в основном за счет увеличения числа обслуживаемых пациентов. Улучшилось медицинское обслуживание за счет увеличения финансирования, снижения неэффективных затрат, обеспечения лекарственными средствами, процедуры аккредитации медицинской организации на предприятии, расширились возможности промышленной медицины. Внедрение стандартизации системы управления (2007) способствовало значительному снижению издержек ведущих автомобильных корпораций. Экономия финансовых ресурсов только по страховым выплатам «Форда», «Дженерал Моторс» и «Даймлер Крайслер» составила 300 млн долларов (примерно 2 % от их суммарных годовых расходов), а внедрение стандартов ИСО в технологические процессы представленных компаний способствовало снижению годовых расходов на 7–8 %. Введение стандартов позволило значительно повысить эффективность работы клиники в Манчестере (Великобритания), которая имела 2 100 койко-мест на момент начала реализации проекта. В течение последующих 7 лет количество коек уменьшилось до 1 400, при этом количество обслуживаемых пациентов увеличилось на 25 %, а время их пребывания в стационаре значительно сократилось. Этого удалось достичь за счет введения четких стандартов, регламентирующих время пребывания больных в стационаре, в связи с чем потребность в койко-местах значительно снизилась, а качество медицинской помощи улучшилось³⁰⁹.

Ценность проведенного анализа зарубежного опыта заключается в предоставлении информации об использовании эффективных

³⁰⁹ URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-ispolzovaniya-mezhdunarodnogo-opyta-upravleniya-sistemoy-zdravoohraneniya-vklyuchaya-gosudarstvenno-chastnoe> (дата обращения: 25.09.2022).

управленческих практик, внедренных в международных корпорациях с целью минимизации издержек на медицинское обеспечение работников предприятий, а также программ взаимодействия корпоративных организаций с органами государственной власти и страховыми компаниями.

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 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)³¹⁰. Бундестаг в 2015 году принял Закон о профилактической медицине (Preventive Health Care Act), который является основным руководящим актом в сфере превентивной медицины, включающим меры по использованию личных, социальных и материальных ресурсов для снижения факторов рисков болезней и поддержания уже больных³¹¹.

В Германии выделены основные проблемы в сфере общественно-го здравоохранения, которые необходимо решать, это: хронические

³¹⁰ Robert Koch Institute. *Health in Germany. Federal health reporting. Joint service by RKI and Destatis*. RKI, Berlin; 2015.71. Thelen M., Scheidt-Nave C., Schaeffer D., Blüher S., Nitsche-Neumann L., Saß A.C., Herweck R. *National health target «healthy ageing»*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012;55(8):991-997. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1517-0> (дата обращения: 25.09.2022).

³¹¹ Maschewsky-Schneider U., Goecke M., Hölcher 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. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1805-3> (дата обращения: 25.09.2022).

заболевания, поведенческие факторы риска, меняющийся возрастной спектр населения, изменение условий труда, а также устранение неравенства³¹². 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 Германии³¹³. (Этого не скажешь о нашей страховой системе и роли частных страховых организаций в системе ОМС, их роль в вопросах оздоровления россиян крайне низка.) С точки зрения охраны здоровья 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 профессиональной медицины. На этих же условиях строилась и промышленная медицина на советских предприятиях. Советский цеховой врач должен был иметь 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 раннего выявления первоначальных симптомов профессионального заболевания,

³¹² *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> (дата обращения: 25.09.2022).*

³¹³ *Beerheide R. Gemeinsamer Bundesausschuss: Ringen um die Gestaltungsmacht. Deutsches Ärzteblatt. 2017;114:A58-A60.*

связанного с опасными производственными и профессиональными рисками.

Не останавливаясь подробно на организации профессионального наблюдения за состоянием здоровья на предприятиях Германии, подчеркнем его главные принципы: 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 у работника есть заболевания, не имеющие отношения к профессиональному воздействию, то работодатель и промышленный врач не имеют права ущемлять права работника (принцип врачебной тайны) и право на продолжение профессиональной деятельности работника, это касается даже лиц, имеющих инвалидность. Лишние профосмотры, 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.

В Норвегии государственные акты, принимаемые Парламентом в сфере профилактической медицины (превентивной медицины), являются обязательными на всей территории Норвегии³¹⁴. 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 (поощрение участия гражданского общества к разработке политик общественного

³¹⁴ 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> (дата обращения: 18.09.2022).*

здравоохранения)³¹⁵. 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 году 3,3 % общих расходов на здравоохранение было направлено на профилактику³¹⁶. 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, соблюдение всех норм гигиенических и профилактику опасных факторов, способных 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, муниципальном³¹⁷. Начиная с 1993 года Национальный институт общественного здоровья и окружающей среды (RIVM) раз

³¹⁵ *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.html?id=74596> (дата обращения: 18.09.2022).

³¹⁶ *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 (дата обращения: 20.09.2022).

³¹⁷ *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.*

в 4 года представляет отчет о состоянии и прогнозе состояния здоровья (PHSF), дает прогноз развития ситуации на будущие периоды. Существуют национальные программы укрепления здоровья населения, предупреждения несчастных случаев и травм, рационального питания, пропаганды занятий спортом, поддержания здоровья мигрантов, борьбы с инфекциями, передающимися 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)³¹⁸. В муниципальном меморандуме о местной политике указан перечень мероприятий, которые касаются первичной профилактики, укрепления здоровья через соблюдение ЗОЖ. Закон о здравоохранении Нидерландов обязывает национальное правительство, муниципалитеты поддерживать программы общественного здравоохранения и профилактики каждые 4 года³¹⁹. 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 среды³²⁰, а также Национальная программа профилактики (The National Prevention Program «Everything is Health»). В последние годы общие расходы на профилактику и укрепление

³¹⁸ 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.

³¹⁹ Rijkers-de Boer C.J.M., Heijnsman 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> (дата обращения: 18.08.2022).

³²⁰ *Ministry of Public Health, Welfare and Sport. Healthcare in the Netherlands*. URL: https://www.eiseverywhere.com/fileuploads/0f57b7c2d0d94ff45769269d50876905_P4-HealthcareintheNetherlands.pdf (дата обращения: 18.08.2022).

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 программ³²¹. 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). По опыту медико-страховой организации, лидера 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 являются также правом для населения, а не обязанностью государства и работодателя. Если обратиться к проблеме защиты здоровья на американском предприятии, то наблюдается тенденция, похожая на Германию: создание врачебных служб, ориентированных на оказание первой неотложной помощи в случае травм и анализ заболеваемости трудящихся с точки зрения влияния профессиональных факторов на рабочем месте. Использование дорогостоящих профосмотров не практикуется, профпатологи (врачи общей практики, имеющие подготовку по промышленной медицине) — главные фигуры на производстве. В 2010 году начались интеграционные процессы по снижению затрат и налаживанию преемственности между отдельными звеньями поставителей

³²¹ *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 (дата обращения: 15.09.2022).*

медицинских услуг, сначала в рамках одной страховой группы, в дальнейшем в рамках государственной программы «Медикер» так называемых 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 недопущения удорожания услуг. Новая американская концепция касается развития интеграции различных звеньев здравоохранения и передачи больницам функции главного интегратора и координатора, отвечающего за все звенья координации оказания американцам медицинской помощи, что удивительным образом напоминает эксперимент в СССР по передаче функции «плательщика» и координатора поликлинике или объединению амбулаторно-поликлинических учреждений (ТМО — территориально-медицинские объединения). В этих условиях профилактические мероприятия являются необходимым условием сдерживания затрат, так как с каждым случаем заболевания теряются большие средства из общего объема финансов, переданных в управление «плательщику» (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 должны носить формальный характер. ПМСП должна занимать центральное место в этой системе и замыкаться на ВОП, так как 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 мероприятий в здравоохранении, в том числе и профилактических, есть ли заинтересованность медицинских организаций, особенно крупных больниц, в реформаторских подходах, в создании интегрированных систем с новыми экономическими стимулами, возможно ли реализовать в США хотя бы в рамках государственных программ здравоохранения

ранения подобную интеграцию. Как при этом определить роль доверенного врача для пациента и работника предприятия, который вынужден скрывать свои недуги 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 возможности доступа свежего воздуха, также он ввел ежедневную утреннюю физическую зарядку для рабочих³²².

Таким образом, проблема охраны рабочих мест как основы улучшения производительности труда возникла уже в XIX веке.

Однако эти инициативы были единичны, без поддержки государства, например, в США (*Reardon, 1998*) профилактические программы стали появляться только начиная с 1970-х годов, в результате государственного регулирования, и то благодаря вмешательству общественных организаций в защиту охраны труда и профилактики заболеваний. В США — *National Wellness Institute* назвал 6 уровней в профилактических программах (физический, ментальный, социальный, профессиональный, смысловой и интеллектуальный), что в целом ничего нового не имеет и полностью соответствует принципам ВОЗ.

Принятый ВОЗ «Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 годы» 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 опыту³²³.

³²² 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 в мире ввел контроль гигиенических условий на рабочих местах путем создания специального совета, где были и медицинские работники, что-то вроде врачебно-инженерной бригады.

³²³ ВОЗ. Здоровье работающих: глобальный план действий. 60-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. WHA 60.26. 23 мая 2007 г.

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 XXI 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»³²⁴. Таким образом, в Великобритании наблюдается тенденция к упрощению мероприятий по охране здоровья трудящихся³²⁵.

Интересно, что в некоторых странах развивается врачебная служба на производстве. В США развернулась борьба за снижение риска профессионального заболевания и смертности, укрепление здоровья в производственных коллективах, например, существует «Стандарт комплексной профессиональной медицинской программы для пожарных частей, NFPA1582-2007 (стандарт ANSI). В пожарных частях организована работа 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»³²⁶.

В некоторых странах из-за недостатка врачей дозволено среднему медперсоналу принимать пациентов на работе, оценивать жалобы на ухудшение здоровья, связанное с недостатками на рабочих

³²⁴ *Health and Safety at Work etc Act 1974*. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1974/37/data.pdf> (дата обращения: 17.12.2011).

³²⁵ 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.* URL: <http://www.dwp.gov.uk/docs/lofstedt-report.pdf> (дата обращения: 06.04.2012).

³²⁶ 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 (дата обращения: 06.04.2012).

местах, фиксировать подозрение на профзаболевание³²⁷. Это свидетельствует о том, что вполне достаточно медицинской службы предприятия, которая постоянно находится в контакте с работниками, а не использование дорогостоящих профосмотров. Несмотря на то что транснациональные компании постоянно борются за сокращение 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 медосмотры³²⁸.

Таким образом, промышленная медицина за рубежом развивается активно, основываясь на принципе автономии личности, страховании профессиональных рисков на рабочем месте, используя опыт России. В условиях экономии финансовых средств и сохранения прибыли работодатель не стремится развивать промышленные медицинские организации, а использует хорошо развитую общеврачебную практику, основываясь на особом статусе доверенного врача для работника как экономную и эффективную систему организации ПМСП на предприятии с элементами охраны здоровых условий труда.

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

³²⁷ *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> (дата обращения: 06.04.2012).

³²⁸ Денисов Э.И., Прокопенко А.В., Степанян И.В., Чесалин П.В. Правовые и методические основы управления профессиональными рисками // *Медицина труда и промышленная экология*. 2011. № 12. С. 6–11.

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 их негативного влияния на здоровье.

Отсутствие системы ведомственной медицины в составе промышленных корпораций развитых стран компенсируется привлечением медицинских организаций, специализирующихся на промышленной медицине (принцип аутсорсинга), или посредством страхования работающих с использованием различных страховых программ. Страховые выплаты более понятны работодателю еще и потому, что работник соглашается на получение финансовой компенсации в случае наступления страхового случая на работе, связанного с неблагоприятными условиями на рабочем месте.

Развиваются программы взаимодействия бизнеса и государства в рамках частно-государственного партнерства, что характерно для рыночной экономики, и взаимовыгодного сотрудничества в плане не только медицинского обеспечения, но и страхования. Совместные усилия дают больший эффект в здравоохранении. Данное направление с трудом, но развивается в Российской Федерации. Социальная ответственность бизнеса должна быть законодательно подкреплена и соответствовать требованиям МОТ, ее принципам действенной охраны трудящихся на рабочих местах.

Необходимо обратить серьезное внимание на проблему соотношения прав личности и общества при реализации новой концепции медицины, основанной на индивидуальных медико-биологических данных.

Необходимо не упустить тенденцию западных передовых производств, корпораций, отдельных предприятий по созданию ведомственной медицины, основанной на российском опыте, хотя это пока осуществляется фрагментарно, не системно и находится только в начале пути. Но тенденция развития промышленной медицины на западе является общепризнанным фактом.

Воссоздание в Российской Федерации системы медсанчастей, промышленных поликлиник как основной системы охраны здоровья на предприятиях Российской Федерации чрезвычайно важно для

российского здравоохранения, с учетом обширного опыта предыдущих поколений специалистов промышленной медицины, в условиях появляющихся все новых и новых промышленных рисков на рабочем месте работающего контингента промышленных, научных и иных предприятий. Возрождение ведомственной медицины в Российской Федерации становится необходимым системным проектом, что отвечает вызовам и угрозам национальной безопасности и суверенитета Российской Федерации.

Данная система промышленной медицины как на западе, так и в Российской Федерации, эффективна в плане минимизации финансовых ресурсов промышленных предприятий за счет снижения заболеваемости и повышения производительности труда работников.

Конечно, промышленное здравоохранение достаточно сложная система, поэтому все процессы оптимизации деятельности промышленной медицины должны проводиться поэтапно, осторожно, с учетом не только положительного, но и негативного опыта зарубежных стран.

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 эффективная пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ), который не может навязываться населению, а приниматься осознанно, по доброй воле, на основе норм законодательства Российской Федерации.

Эффективная защита работающего человека как в Российской Федерации, так и на западе, является одной из насущных проблем современной мировой экономики, что ярко продемонстрировала пандемия COVID-19, существенно повлиявшая на экономический потенциал всех стран мира.

3.5.2. Зарубежный опыт правового регулирования вакцинации населения

Материалы, положенные в основу настоящего параграфа, были получены в результате анализа основных моделей нормативно-

правового регулирования вакцинопрофилактики на примере Франции, Италии, Германии и Великобритании и опубликованы ранее в журнале «Закон»³²⁹. Дополнительно в данном параграфе освещаются особенности законодательного регулирования вакцинации в США ввиду того, что форма государственного устройства и особенности ведения полномочий в сфере здравоохранения в США и в Российской Федерации имеют в части сходные характеристики, что предопределяет интерес к изучению опыта данного государства для отечественного законодателя. Также, с учетом того, что большая часть сравнительно-правового исследования проводилась в период распространения в мире новой коронавирусной инфекции COVID-19, в данном параграфе отмечены некоторые правовые позиции, сформированные доктриной и судебной практикой в связи с новыми общественными вызовами, обусловленными стремительно ухудшающейся эпидемиологической обстановкой и диктующими государствам необходимость принятия мер, способных эффективно противостоять распространению заболевания.

В правовой доктрине выделяются три основные модели нормативно-правового регулирования вакцинопрофилактики населения³³⁰:

- 1) основанные на полной добровольности в вопросах вакцинации;
- 2) устанавливающие юридическую обязанность вакцинирования и предусматривающие возможность применения санкций к лицам, не исполняющим обязанность;
- 3) предусматривающие механизмы непрямого санкционирования лиц, уклоняющихся от вакцинации.

Третья модель представляет собой промежуточный вариант, использующий элементы первых двух моделей и так или иначе берущий за основу одну из них. В целях исследования осуществлено рассмотрение первых двух альтернативных моделей нормативного регулирования, одна из которых основывается на рекомендательном

³²⁹ Чеснокова Е.А., Акулин И.М. *Правовые модели регулирования вакцинопрофилактики в зарубежных странах: конституционно-правовая обоснованность и поиск баланса между частным и публичным интересом // Закон. 2020. № 7. С. 35–46.*

³³⁰ Tomasi M. *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà. Diritto pubblico comparato ed europeo. 2017;2:455.*

характере вакцинопрофилактики, другая же устанавливает ее обязательный характер и предусматривает меры принуждения. Анализ проводился с точки зрения особенностей оценки конституционно-правовой обоснованности и поиска баланса публичного и частного интереса, т. е. тех фундаментальных вопросов, которые возникают перед каждым современным законодателем при необходимости сделать выбор в пользу той или иной модели правового регулирования.

В правовой доктрине отмечается, что выбор модели нормативно-правового регулирования должен осуществляться с учетом политического, социального, экономического контекста, национальных особенностей и традиций государства. Изучение опыта зарубежных государств может помочь национальному законодателю выбрать наиболее оптимальную стратегию в целях адаптации ее в рамках национального законодательства и с учетом национального опыта и традиций³³¹.

В США модель регулирования вакцинации можно отнести скорее к обязательной, чем к добровольной, хотя на государственном уровне прямая обязанность вакцинации не установлена, а действующее в государстве и в отдельных его штатах законодательство допускает при определенных условиях отказ от вакцинации. При этом в соответствии с конституционным устройством государства и определением предметов ведения штаты самостоятельно регулируют обязанности по вакцинации и устанавливают основания для освобождения от обязанности вакцинироваться. Тем не менее только освобождение по медицинским показаниям является общим основанием на всей территории США. Большинство штатов допускает также в качестве основания для освобождения от вакцинации религиозные убеждения. Кроме того, в 18 штатах предусматривается возможность освобождения по личным («философским») убеждениям³³². В тех штатах, где законодательство разрешает отказ и по религиозным, и по личным

³³¹ *Haverkate M., D'Ancona F., Giambi C., Johansen K., Lopalco P.L., Cozza, V. and Appelgren E. Mandatory and Recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: Results of the VENICE 2010 Survey on the Ways of Implementing National Vaccination Programmes. Euro Surveill. 2012;17(22). URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20183> (дата обращения: 17.09.2022).*

³³² *Информация актуализирована на 4 мая 2021 года. URL: <https://www.immunize.org/laws/exemptions.asp> (дата обращения: 29.09.2022).*

убеждениям, по статистике отказов преобладают последние, а если же отказ по философским убеждениям законодательно не предусмотрен, многие родители сознательно присоединяются к какой-либо из «антипрививочных» религий с целью отказа от вакцинации детей. Стоит отметить, что некоторые религиозные объединения были созданы в США специально для того, чтобы присоединившиеся к ним смогли получить освобождение от вакцинации³³³.

В данном контексте особый интерес представляет анализ позиций Верховного суда США относительно допустимости установления штатами обязательного характера вакцинации, а также относительно пределов свобод вероисповедания и личных убеждений, служащих основанием для освобождения от вакцинации. Важнейшую роль здесь играет рассмотренное в 1905 году дело *Jacobson v. Massachusetts*, в котором Верховный суд США указал, что введение штатами обязательной вакцинации не нарушает Конституцию, если это необходимо в интересах общественного здоровья и общественной безопасности. Суд согласился с тем, что принуждение к вакцинации является существенным нарушением свободы, однако указал, что индивидуальные свободы не имеют абсолютного характера и могут быть существенно ограничены для общественного блага. Кроме того, Верховный суд подчеркнул, что принятие закона об обязательной вакцинации входит в компетенцию властей штата и именно законодательный орган, а не суды должен в первую очередь определять, является ли вакцинация наилучшим способом профилактики инфекционных заболеваний. При этом Суд обратил внимание на то, что принимаемые штатами законодательные меры должны быть пропорциональными обстоятельствам и разумными³³⁴.

³³³ Lo Giacco M. *Il rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie per motivi di coscienza. Spunti di comparazione. Stato, Chiese e pluralism confessionale. Rivista telematica.* 2020;7:41-65. URL: https://www.statoechiese.it/images/uploads/articoli_pdf/Lo_Giacco.M_Il_rifiuto.pdf?pdf=il-rifiuto-delle-vaccinazioni-obbligatorie-per-motivi-di-coscienza.-spunti (дата обращения: 30.09.2022) со ссылкой на Novac A. *The Religious and Philosophical Exemptions to State-Compelled Vaccination: Constitutional and Other Challenges. University of Pennsylvania Journal of International Law.* 2005;7:1101-1117.

³³⁴ *Jacobson v. Massachusetts*, 197 U.S. 11 (1905). URL: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/197/11/> (дата обращения: 30.09.2022).

По делу *Zucht v. King* (1922) Верховный суд США четко изложил позицию относительно права на образование и возможности отстранения от посещения детских учреждений в контексте репрессивной политики штата в вопросах вакцинации. В частности, Суд указал, что установление вакцинации от определенных заболеваний как обязательного условия допуска в образовательное учреждение не нарушает положений Конституции³³⁵.

Верховный суд США также сформулировал позицию относительно пределов осуществления свободы вероисповедания и внутренних убеждений. Так, в решении по делу *Prince v. Massachusetts*³³⁶ суд указывает на то, что свобода вероисповедания не включает в себя свободу подвергать других опасности заболевания.

Таким образом, в США законодательное регулирование вакцинации относится к компетенции отдельных штатов, которые могут установить обязательный характер для ряда вакцин и предусмотреть меры принуждения к вакцинированию либо избрать модель добровольности в вопросах иммунопрофилактики и сделать акцент на просветительской работе и убеждении. Однако de facto все штаты придерживаются политики понуждения к вакцинации, используя, в частности, стратегию ограничения прав невакцинированных лиц, как то отстранение от посещения школы, недопуск в детские дошкольные учреждения. Решающее значение, безусловно, имеет принятая Верховным судом США позиция, в соответствии с которой один из основных принципов свободы человека состоит в том, что она не оправдывает посягательство или причинение вреда другим людям. Непривитые лица представляют собою угрозу для наиболее уязвимого контингента, включая и тех, кто не может быть вакцинирован по медицинским показаниям³³⁷. Особое внимание в вопросах иммунопрофилактики уделяется и оценке допустимости принудительной

³³⁵ *Zucht v. King*, 260 U.S. 174 (1922). URL: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/260/174/> (дата обращения: 30.09.2022).

³³⁶ *Prince v. Massachusetts*, 321 U.S. 158 (1944). URL: <https://biotech.law.lsu.edu/cases/pp/prince-v-ma.htm> (дата обращения: 30.09.2022).

³³⁷ Дедов Д.И., Гаджиев Х.И. Комментарий к Постановлению Большой палаты Европейского суда по правам человека по делу «Вавричка и другие против Чешской Республики» // Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения. 2021. № 4. С. 127–138.

вакцинации несовершеннолетних в случае отказа их родителей от данного медицинского вмешательства. Как уже указывалось выше, суды в данном случае учитывают, что дети относятся к уязвимой категории населения, поэтому изолирование невакцинированного ребенка и запрет на посещение им детских учреждений видится оправданным с точки зрения общественного здоровья и, в частности, интересов других несовершеннолетних. Однако нельзя упускать из виду и те риски, которые возникают непосредственно для самого ребенка, которого лица, от которых он находится в зависимости, решают не подвергать вакцинации. Ведь если взрослый человек волен в том, чтобы рисковать своим здоровьем, ребенок не может принять решение. Родители, опосредованно осуществляя его право на отказ от вакцинации, руководствуясь при этом соображениями религиозного характера или иными внутренними убеждениями (например, о наличии связи между вакцинацией и развитием аутизма), зачастую подвергают своих детей излишнему и неоправданному риску заражения опасным инфекционным заболеванием³³⁸.

Проанализировав ситуацию в США, интересно обратиться к европейскому континенту, где, как показал проведенный нами сравнительно-правовой анализ, подходы к выбору модели нормативно-правового регулирования вакцинопрофилактики в разных национальных правовых порядках могут значительно различаться. В 2012 году в рамках проекта *Vaccine European New Integrated Collaboration Effort (Venice)* было проведено масштабное сравнительное исследование нормативно-правового регулирования вакцинопрофилактики в Европе. Изучены правовые порядки 27 государств Европейского союза, а также Норвегии и Исландии. Установлено, что в 14 из рассматриваемых государств как минимум одна вакцина является обязательной³³⁹. В 2020 году обязательные вакцины были предусмотрены уже в 16 государствах Европы³⁴⁰. Лидирующие позиции по числу обязательных вакцин в Европе заняла Латвия, где их число достигло 13. Во Франции с 1 января 2018 года обязательными являются 11 вакцин. В Италии

³³⁸ По этой проблематике см. дело *Prince v. Massachusetts*, 321 U.S. 158 (1944).

³³⁹ См.: *Haverkate M., D'Ancona F., Giambi C. et al. Op.cit.*

³⁴⁰ См.: *Vaccini, ecco la mappa di quelli obbligatori nell'Ue*. URL: <https://www.ednh.news/it/vaccini-ecco-la-mappa-di-quelli-obbligatori-nellue/> (дата обращения: 26.09.2022).

с 2017 года обязательное количество вакцин увеличилось до 10. На 2020 год рекомендательный характер вакцинопрофилактика имела в 16 странах, в том числе Австрии, Дании, Эстонии, Финляндии, Ирландии, Исландии, Литве, Люксембурге, Норвегии, Португалии, Испании, Швеции и Великобритании³⁴¹. Однако и в тех европейских государствах, где вакцинирование является добровольным, законодатель зачастую предусматривает меры, направленные на ограничение контактов непривитых лиц. Например, в Португалии с 2017 года образовательные организации обязаны извещать компетентные органы исполнительной власти обо всех непривитых детях. Отмечается, что данные меры направлены в первую очередь на то, чтобы с родителями непривитых детей была проведена целевая просветительская работа с целью убедить их дать согласие на вакцинацию³⁴².

Великобритания, в отличие от США и большинства стран европейского континента, представляет один из наиболее ярких примеров модели, основанной на полной добровольности в вопросах вакцинации. Интересно отметить, что изначально, еще в XIX веке, британские власти предприняли попытку установить обязательный характер для ряда вакцин, применяемых в детском возрасте. Однако уже в 1898 году под влиянием общественности в систему права была введена так называемая клаузула совести (*conscience clause*)³⁴³, в соответствии с которой законный представитель несовершеннолетнего может отказаться от проведения вакцинации, если это соответствует его убеждениям³⁴⁴.

³⁴¹ *Ibid.*

³⁴² *Vaccini obbligatori: cosa dice la legge negli altri Paesi europei*. URL: <https://www.tpi.it/2018/08/10/vaccini-obbligatori-europa/#> (дата обращения: 26.09.2022).

³⁴³ Концепция conscientious objector произошла от conscience clause 1898 г.

³⁴⁴ В 1840, 1853 и 1867 гг. в Великобритании был принят ряд законов, известных под названием Vaccination Act, предусматривающих обязательный характер вакцинации детей от ряда инфекционных заболеваний и устанавливающих для родителей, уклоняющихся от вакцинирования детей, довольно суровые санкции, вплоть до лишения свободы. Сформировавшаяся на фоне принятия указанных законов антививочная лига обвинила государство в посягательстве на основные гражданские свободы, что понудило власти изменить подход к регулированию вакцинации. Об историческом опыте британского регулирования вакцинопрофилактики и борьбе между сторонниками и противниками вакцинации см. подробнее: Wolfe R.M., Sharp L.K. *Anti-vaccinationists past and present*. *BMJ*. 2010; 325:430-432.

В своих основных чертах такой подход сохраняется в Великобритании до настоящего времени. Граждане Соединенного Королевства свободно выражают свою волю относительно вакцинации, что распространяется также на все те ситуации, когда решение принимается по поводу здоровья детей, так как в данном случае усматривается опосредованное проявление права на самоопределение³⁴⁵.

В Великобритании основополагающим условием для проведения вакцинопрофилактики является получение добровольного информированного согласия пациента или его законного представителя. Базовые принципы вакцинопрофилактики, процедура информирования и получения согласия излагаются в Зеленой книге, размещенной на официальном сайте правительства Соединенного Королевства³⁴⁶. В документе указывается, что добровольное информированное согласие должно быть получено до начала вакцинации, и это касается всех вакцин без исключения. Необходимый уровень охвата населения в части вакцинопрофилактики достигается за счет активной информационно-просветительской работы с населением. Кроме того, государство гарантирует компенсационные выплаты и материальную помощь в случае наступления вреда здоровью или жизни вследствие проведения вакцинации³⁴⁷, что, можно предположить, способствует повышению доверия населения к проводимой британскими властями политике в сфере иммунопрофилактики.

Исходя из того что в Великобритании иммунопрофилактика носит добровольный характер, что предполагает возможность свободного отказа от вакцинации как в отношении самого себя, так и в отношении своего ребенка, судебные споры в Соединенном Королевстве возникают преимущественно в тех случаях, когда разногласия возникают между законными представителями детей. При этом

³⁴⁵ Чеснокова Е.А., Акулин И.М. Указ. соч.

³⁴⁶ *Green Book. Immunization against infectious disease*. URL: <https://www.gov.uk/government/collections/immunisation-against-infectious-disease-the-green-book> (дата обращения: 17.09.2022).

³⁴⁷ *Вопросы компенсации публичного характера при поствакцинальных осложнениях регулируются положениями британского Vaccine Damage Payment Act от 22 марта 1979 г.* Доступен на официальном сайте. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1979/17/contents> (дата обращения: 17.09.2022).

судебная практика демонстрирует большую приверженность к позиции, согласно которой, хотя в Великобритании полностью признается право на самоопределение в вопросах собственного здоровья, включая опосредованное право в случае решения относительно здоровья ребенка, в спорных ситуациях следует придерживаться того, что наилучшим интересам ребенка соответствует проведение вакцинации, а не отказ от нее и риск заболеть инфекционным заболеванием. Так, например, в июле 2003 года Апелляционный суд оставил в силе решение суда нижестоящей инстанции, предписавшего родителям обеспечить вакцинацию их детей. Решение суда было вынесено по двум сходным случаям, в которых матери, состоящие в разводе, отказывались от вакцинации совместно с ними проживающих детей³⁴⁸.

Принцип преваляирования наилучших интересов ребенка при рассмотрении дел, касающихся защиты прав несовершеннолетних, представляет собою константный базис прецедентной практики по спорам относительно вакцинации детей³⁴⁹. Так, в мае 2020 года Апелляционный суд Англии вновь повторил свою позицию о допустимости вакцинации ребенка, несмотря на возражения его родителей, если в соответствии с местным законодательством местный орган власти дает согласие на вакцинацию ребенка, находящегося на его попечении, при условии, что существует уверенность в том, что это решение отвечает наилучшим интересам данного ребенка³⁵⁰.

До недавнего времени в качестве примера модели регулирования вакцинопрофилактики, основанной на информированности и добровольности, выступало нормативно-правовое регулирование в сфере борьбы с инфекционными заболеваниями, принятое в Федеративной Республике Германия. Здесь, как и в Великобритании, акцент делался

³⁴⁸ *England and Wales Court of Appeal (Civil Division) Decisions. B (a child) [2003] EWCA Civ. 1148 (30 July 2003)*. URL: http://www.whale.to/vaccine/quackwatch_bullshit.html (дата обращения: 17.09.2022).

³⁴⁹ Принцип наилучшего интереса ребенка провозглашается британским Законом о детях (Children Act) 1989 года, в соответствии с которым благополучие ребенка должно быть первостепенной заботой суда.

³⁵⁰ *Court of Appeal (Civil Division) Decisions Re H (A Child) (Parental Responsibility: Vaccination)*, [2020]. EWCA Civ 664. *Court of Appeal Judgment Template* (judiciary.uk). См. также: Дедов Д.И., Гаджиев Х.И. Указ. соч.

на соблюдении рекомендательного характера вакцинации с одновременной активной информационной и просветительской работой с гражданами. И хотя в Германии на самом высоком уровне на протяжении многих лет обсуждались возможности введения обязательной вакцинации, федеральное правительство предпочитало поиск компромиссных вариантов, хотя бы формально сохраняющих за гражданами в полном объеме право на самоопределение в вопросах вакцинопрофилактики. Тем не менее на фоне неблагоприятной эпидемиологической обстановки в 2020 году в ФРГ был принят закон, устанавливающий обязательный характер вакцинации детей от кори и предусматривающий в случае неисполнения санкцию в виде денежного штрафа в размере до 2 500 евро³⁵¹. Следует отметить, что и до вступления в силу указанного нормативного акта федеральный законодатель, формально придерживаясь принципа добровольности, уже оставлял открытыми возможности для введения принудительных мер в отношении вакцинации. В частности, Федеральный закон «О защите против инфекционных заболеваний» устанавливает полномочия компетентных органов власти в случае выявления признаков, свидетельствующих об угрозе распространения инфекционного заболевания (например, предположение о наличии опасной контагиозной инфекции у обследуемого пациента). Закон предусматривает возможность введения карантина на определенных территориях или в отношении определенных лиц, запрет на посещение определенных мест, профессиональные ограничения и иные предупредительные меры. Кроме того, в 2015 году в ФРГ был принят закон³⁵², обязавший родителей ребенка проходить собеседование с педиатром для получения подробной консультации по вопросам вакцинации детей. Документальное подтверждение прохождения собеседования является условием для записи ребенка в детскую образовательную организацию. Родители, уклонившиеся от собеседования, могут быть оштрафованы на сумму до 2 500 евро. В свою очередь,

³⁵¹ *Федеральный закон от 10.02.2020 г. «О защите от кори и профилактике вакцинации». Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). 10/02/2020. URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s0148.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0148.pdf%27%5D_1664539872644 (дата обращения: 30.09.2022).*

³⁵² *Präventionsgesetz. 17.07.2015.*

с 24 июля 2017 года³⁵³ на детские образовательные организации (включая дошкольные) возложена обязанность извещать компетентные органы исполнительной власти обо всех случаях невыполнения вакцинации, что, несомненно, в значительной степени упрощает работу по выявлению родителей, уклоняющихся от обязательного консультирования по вопросам вакцинопрофилактики, и по привлечению правонарушителей к ответственности в виде штрафа.

Правопорядки, которые избирают в качестве правовой модели регулирования вакцинопрофилактики обязательный характер вакцинации, по крайней мере, в отношении ряда вакцин, встают на путь существенного ограничения индивидуальных прав и свобод своих граждан. Очевидно, что подобная государственная политика несет в себе высокие риски негативной реакции со стороны общества, приводит к недовольству, общественным выступлениям и к многочисленным судебным разбирательствам. В этой связи особого внимания заслуживают позиции конституционных судов государств, в которых законодательно установлена обязанность вакцинирования, подкрепленная прямыми санкциями в случае ее неисполнения.

Одним из показательных примеров законодательного закрепления обязанности вакцинироваться является система права Итальянской Республики, где обязательный характер вакцинопрофилактики наиболее социально опасных инфекционных заболеваний (дифтерия, полиомиелит, столбняк) был закреплен еще в середине прошлого века³⁵⁴. 27 мая 1991 года список обязательных профилактических медицинских мероприятий дополнился вакцинацией против вирусного гепатита В³⁵⁵. Предусматривались меры администра-

³⁵³ BGBl. I n. 49. 24.07.2017.

³⁵⁴ Первым шагом итальянского законодателя на пути к нормативному закреплению обязательности вакцинопрофилактики детей против наиболее социально значимых инфекционных заболеваний стал принятый еще в период монархии Закон от 6 июня 1939 г. № 891 «Обязательность вакцинации против дифтерии» (*Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica*), за ним последовали Законы от 5 марта 1963 г. № 292 «Обязательность вакцинации против столбняка» (*Vaccinazione antitetanica obbligatoria*) и от 4 февраля 1966 г. № 51 «Обязательность вакцинации против полиомиелита» (*Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomelitica*).

³⁵⁵ Legge 27 maggio 1991 No. 165. *Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B*.

тивной ответственности для законных представителей несовершеннолетних в случае уклонения их от обязательной вакцинации детей.

Конституционный суд Итальянской Республики уже в 1992 году сформулировал позицию относительно допустимости и конституционно-правовой обоснованности полномочий суда в случае несогласия законных представителей на проведение вакцинопрофилактики ребенку заместить их в принятии решения в пользу вакцинации³⁵⁶. В частности, Конституционным судом была выполнена проверка положений Закона от 4 февраля 1966 г. № 51 «Обязательность вакцинации против полиомиелита» на предмет их соответствия ст. 32 и 34 Конституции, провозглашающим права несовершеннолетних на медицинскую помощь и на образование. Основанием для проверки стало обращение Апелляционного суда Тренто, по мнению которого положения указанного Закона не были конституционными в части, устанавливающей в качестве единственной санкции для законного представителя, уклоняющегося от обязательной вакцинации несовершеннолетнего, административный штраф и не предусматривающей принудительную вакцинацию в целях защиты прав ребенка на здоровье и образование, а также общественного права на здоровье. Рассмотрев обращение, Конституционный суд пришел к выводу, что оспариваемые положения не противоречат Основному закону государства. Конституционные судьи разъяснили, что санкцию в виде административного штрафа следует рассматривать не как единственный инструмент понуждения к исполнению, но в контексте всех других мер, предусмотренных действующим законодательством в целях защиты общественного здоровья относительно рисков, связанных с неисполнением обязательства по вакцинации, а также с учетом наличия в действующем законодательстве иных инструментов защиты прав ребенка в случае ненадлежащего исполнения родительских обязанностей. В связи с этим Конституционный суд отметил, что введение административной ответственности за нарушение обязательства вакцинировать детей

³⁵⁶ *Corte Cost. 27 marzo 1992 No. 132. URL: <https://www.cortecostituzionale.it/action/SchedaPronuncia.do?anno=1992&numero=132> (дата обращения: 22.07.2020).*

в соответствии с национальным календарем не исключает возможности применения положений Гражданского кодекса³⁵⁷, дающих суду право в случае, если поведение родителей представляется вредным для ребенка, принять с учетом обстоятельств дела решения, необходимые как в интересах самого ребенка, так и в общественных интересах.

В дальнейшем Конституционному суду Итальянской Республики вновь довелось отчасти повторить, а отчасти дополнить свою позицию относительно допустимости законодательных ограничений прав граждан в контексте принуждения их к вакцинации. Происходило это при следующих обстоятельствах: в 2017 году ввиду сложившейся крайне неблагоприятной эпидемиологической ситуации итальянское правительство приняло решение о введении в срочном порядке мер, направленных на ужесточение политики в вопросах вакцинирования. Законодательным декретом от 7 июня 2017 г. № 73³⁵⁸, конвертированным с поправками в Закон от 31 июля 2017 г. № 119³⁵⁹, для несовершеннолетних от рождения и до 16 лет, в том числе для всех несовершеннолетних иностранцев, находящихся в стране без сопровождения, была введена обязательная бесплатная вакцинация по возрастным группам в соответствии с национальным календарем для профилактики полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, гемофильной инфекции типа *b*, вирусного гепатита *B*, кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы, пневмококковой инфекции, ротавирусной инфекции³⁶⁰. Также были установлены санкции в случае уклонения от обязательной вакцинации. Так, согласно ст. 4 названного Декрета при уклонении от вакцинации

³⁵⁷ См.: Ст. 333, 336 Гражданского кодекса Италии.

³⁵⁸ Il decreto-legge 7 giugno 2017 No. 73.

³⁵⁹ Legge 31 luglio 2017 No. 119 «Disposizioni in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci». Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017 No. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. URL: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/08/5/17G00132/sg> (дата обращения: 22.07.2020).

³⁶⁰ Законодательный декрет также ввел как обязательные вакцины против менингококковой инфекции *B* и менингококковой инфекции *C*, но Закон от 31 июля 2017 г. № 119 исключил их из списка обязательных.

территориальный орган здравоохранения приглашает законных представителей для собеседования с целью предоставления дополнительной информации о вакцинопрофилактике. Если в установленные компетентным органом сроки после проведения собеседования вакцинация несовершеннолетнего так и не будет осуществлена, данное правонарушение влечет наложение административного штрафа на законного представителя несовершеннолетнего в размере от 100 до 500 евро.

Ужесточение нормативного регулирования вакцинопрофилактики спровоцировало всплеск возмущения в обществе и придало новый импульс движению противников вакцинации. Народное возмущение было поддержано и разделено некоторыми региональными властями, обратившимися в Конституционный суд с вопросом о соответствии Конституции как всего Законодательного декрета № 73, так и отдельных его положений. Суд отвергнул доводы о нарушении принципа пропорциональности, выразившемся, по мнению заявителей, в несоблюдении баланса между подлежащими конституционной защите интересами, такими как право на охрану индивидуального и коллективного здоровья, с одной стороны, и право на самоопределение в вопросах здоровья — с другой. Конституционный суд также указал, что самоопределение в вопросах вакцинации на основе полной и доступной информации о медицинском вмешательстве сохранится и при новом нормативно-правовом регулировании, но в текущей ситуации национальный законодатель посчитал необходимым усилить инструменты побуждения к проведению вакцинопрофилактики, ограничив необоснованные вмешательства в актуальное состояние эпидемиологической ситуации с учетом имеющихся на сегодняшний день научных достижений³⁶¹.

Во Франции обязательная вакцинация против оспы была законодательно установлена еще в 1902 году, в дальнейшем были приняты законы, включившие в список обязательных вакцины против дифтерии, столбняка и полиомиелита. В таком виде список просуществовал вплоть до 2017 года. При этом в политических кругах все

³⁶¹ *Corte Cost. No. 5/2018. URL: <https://www.cortecostituzionale.it/action/SchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=5> (дата обращения: 02.10.2022).*

чаще поднимался вопрос о возможности отказа от обязательной модели и перехода к модели, основанной на информировании и убеждении. Однако в 2015 году на фоне значительного ухудшения эпидемиологической обстановки в государстве, низкой активности населения в отношении вакцинации и безуспешности попыток достичь достаточный процент иммунизированного населения, Министерство солидарности и здоровья выступило с инициативой расширить список обязательных вакцин и предусмотреть эффективные санкционные инструменты в отношении правонарушителей³⁶². 16 ноября 2017 года был принят закон, расширивший с 1 января 2018 года список обязательных вакцин с трех до одиннадцати.

Также следует отметить, что во Франции еще до начала распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 уже устоялась практика законодательного закрепления обязательного вакцинирования для определенных категорий взрослого населения. Например, ст. L3111-4 Кодекса общественного здоровья (ред. от 23.02.2017) обязывает работников медицинских организаций проходить вакцинацию против вирусного гепатита В, столбняка, дифтерии, полиомиелита³⁶³.

Франция представляет собою пример государства с довольно жесткими санкциями в отношении лиц, не исполняющих обязанности вакцинироваться или вакцинировать своих детей. Так, согласно ст. L.3116-417 Кодекса общественного здоровья лица, отказывающиеся от проведения обязательной вакцинации, равно как и законные представители лиц, подлежащих обязательной вакцинации, наказываются штрафом в размере до 3 750 евро и лишением свободы сроком до 6 месяцев. Также возможно привлечение законных представителей несовершеннолетних лиц к ответственности по ст. 227-17 Уголовного кодекса Франции³⁶⁴, предусматривающей для лиц,

³⁶² Информацию об эпидемиологической ситуации и уровне охвата населения вакцинами см.: <http://solidarites-sante.gouv.fr> (дата обращения: 02.10.2022).

³⁶³ Декретом от 14 октября 2006 г. № 2006-1260 была приостановлена обязанность вакцинации против гриппа, Декретом от 14 января 2020 г. № 2020-28 была приостановлена обязанность вакцинации против брюшного тифа.

³⁶⁴ Code penal. URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719> (дата обращения: 02.10.2022).

которые без законных оснований не исполняют свои родительские обязанности, в случае, если данное деяние повлечет вред для здоровья, безопасности, нравственности или воспитания их ребенка, наказание как в виде штрафа в размере до 30 000 евро, так и в виде лишения свободы до 2 лет.

Конституционный суд Франции, проверив конституционность законодательных положений относительно обязательной вакцинации, отметил, что законодательные власти, устанавливая обязательность вакцинирования, руководствуются насущной необходимостью борьбы с очень тяжелыми и контагиозными заболеваниями. При этом законодателем предусматривается возможность освобождения от обязанности вакцинации при наличии серьезных медицинских противопоказаний. Таким образом, рассматриваемые положения не противоречат Конституции государства. Интересно отметить, что в своем решении от 15 марта 2015 года Суд также указал на то, что определение государственной политики в сфере вакцинопрофилактики относится к компетенции законодательных органов власти и Суд не может вступать в дискуссию по вопросам, касающимся развития медицинской науки и технологий, равно как и искать альтернативные подходы к достижению стоящих перед системой здравоохранения целей³⁶⁵.

Таким образом, как показывают результаты сравнительно-правового анализа, в странах Совета Европы законодательство в части регламентации вакцинирования населения существенно различается. В данном аспекте, с учетом отсутствия единой стратегии в вопросах обязательной вакцинации даже внутри Европейского союза, особый интерес представляет позиция судей Европейского суда по правам человека (ЕСПЧ) относительно допустимости установления национальным законодателем обязательного характера вакцинации.

Одним из первых прецедентов, когда ЕСПЧ довелось высказать свое суждение относительно того, является ли введение обязанности вакцинироваться допустимым в свете возможного нарушения индивидуальных прав человека, гарантированных ст. 8 Конвенции

³⁶⁵ *Conseil constitutionnel. Décision № 2015-458 QPC du 20 mars 2015. URL: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2015/2015458QPC.htm> (дата обращения: 02.10.2022).*

о защите прав человека и основных свобод, стало Постановление Европейского суда по делу «Соломахин против Украины» от 15 марта 2012 г.³⁶⁶ Уже тогда Европейский суд указал, что установление украинским законодательством обязательной вакцинации действительно представляет собой вмешательство в частную жизнь, право на неприкосновенность которой провозглашено ст. 8 Конвенции, однако подобное вмешательство представляется оправданным с позиции защиты общественного здоровья и необходимости контролировать распространение инфекционных заболеваний в стране. Европейский суд также придал внимание тому, что, как следовало из представленных материалов, национальным судом было установлено, что медицинское вмешательство по вакцинации было проведено медицинским персоналом надлежаще, без значимых дефектов. По мнению ЕСПЧ, баланс между риском для здоровья заявителя и интересами общественного здоровья нарушен не был, из чего следует, что нарушения ст. 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод не было.

В 2021 году, на пике распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, Европейскому суду довелось вновь вернуться к вопросу о возможном законодательном установлении обязательной вакцинации. В Постановлении по делу «Вавричка и другие против Чешской Республики» от 8 апреля 2021 г. ЕСПЧ установил, что введение национальным законодателем обязательного характера для некоторых вакцин для детей не нарушает положения Конвенции о защите прав человека и основных свобод³⁶⁷.

³⁶⁶ *Постановление Европейского суда по делу «Соломахин против Украины» (Solomakhin v. Ukraine) от 15 марта 2012 г., жалоба N 24429/03, § 33. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22fulltext%22%3A%5B%22CASE%20OF%20SOLOMAKHIN%20v.%20UKRAINE%22%2D%22%7D%22%22%7B%22documentcollectionid%22%3A%5B%22GRANDCHAMBER%22%2C%22CHAMBER%22%7D%22%7D%7D> (дата обращения: 26.09.2022).*

³⁶⁷ *Постановление Европейского суда по делу «Вавричка и другие против Чешской Республики» (Vavricka and Others v. the Czech Republic) от 8 апреля 2021 г., жалоба № 47621/13. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22fulltext%22%3A%5B%22Vavricka%22%2C%22documentcollectionid%22%3A%5B%22GRANDCHAMBER%22%2C%22CHAMBER%22%7D%22%2D%22itemid%22%3A%5B%22001-209039%22%7D%22%7D%7D> (дата обращения: 27.09.2022).*

Законом № 258/2000 «Об охране общественного здоровья»³⁶⁸ в Чешской Республике был установлен обязательный характер вакцинации от девяти заболеваний. Санкции при неисполнении предусматривают денежный штраф в размере до 400 евро для законных представителей и отстранение невакцинированных детей от посещения детских дошкольных учреждений. Заявителями по делу были Павел Вавричка, подвергнутый денежному штрафу за неисполнение обязанности вакцинировать ребенка, а также пятеро других граждан, чьи дети не были допущены в детские учреждения ввиду отсутствия вакцинации. По мнению заявителей, указанный Закон в части установления обязательного характера вакцинации нарушает сразу несколько положений Конвенции, в частности право на частную и семейную жизнь в соответствии со ст. 8, право на свободу совести (ст. 9) и право на образование (ст. 2 Протокола № 1).

Европейский суд по данному делу напомнил, что, как уже было установлено этим судом ранее, законодательное установление обязательного характера вакцинации является прямым вмешательством в частную жизнь³⁶⁹, однако в дальнейших своих рассуждениях ЕСПЧ подошел к выводу, что данное вмешательство является допустимым и, более того, необходимым в демократическом обществе. Аргументация Европейского суда основывалась прежде всего на том, что общественная солидарность предполагает необходимость защищать здоровье всех членов общества, особенно наиболее слабой его части, в интересах которой остальные должны принимать на себя минимальные

³⁶⁸ *Zákon u. 258/2000 Sb., o ochraní veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*. URL: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258> (дата обращения: 27.09.2022).

³⁶⁹ Указанный вывод приводится, в частности, не только в цитированном нами ранее Постановлении ЕСПЧ по делу «Соломахин против Украины» (*Solomakhin v. Ukraine*) от 15 марта 2012 г., жалоба № 24429/03, но также и в Постановлении ЕСПЧ по делу «Сальветти против Италии» (*Salveti v. Italy*) от 9 июля 2002 г., жалоба № 14197/98. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-22636%22%7D> (дата обращения: 28.09.2022).

риски, которые несет в себе вакцинация. Кроме того, ЕСПЧ отметил, что в рассматриваемом деле целью вакцинации являлась защита здоровья детей, включая тех из них, кто по состоянию здоровья не может подвергнуться вакцинации. Последние также будут защищены при условии, если их окружение будет вакцинировано. Относительно этого довода ЕСПЧ напомнил, что во всех случаях, касающихся детей, их интерес является преобладающим. Таким образом, по мнению Европейского суда, законодательство Чешской Республики в вопросах вакцинации преследует легитимные цели, заключающиеся в защите как общественного здоровья, так и здоровья индивидуального. Изучив обстоятельства дела, Европейский суд пришел к выводу, что обязательный характер вакцинации в Чешской Республике соответствовал насущной общественной потребности в защите индивидуального и общественного здоровья. Кроме того, ЕСПЧ дал оценку тому, что обжалуемые законодательные положения, устанавливая обязательность вакцинации, одновременно предусматривали основания для освобождения от обязанности вакцинирования (при наличии медицинских противопоказаний). Дополнительно было учтено, что также и в отношении санкций была избрана достаточно мягкая стратегия: штраф был относительно небольшого размера, а отстранение от посещения детских учреждений затрагивало только дошкольные организации и не распространялось на начальную школу. Эти аргументы позволили Суду прийти к заключению, что принцип пропорциональности государством не нарушался. Таким образом, Европейский суд постановил, что действия чешского государства по установлению обязательного характера для ряда вакцин не нарушают положения Конвенции и являются необходимыми мерами в демократическом обществе.

Решение по делу «Вавричка и другие против Чешской Республики» вызвало широкий резонанс в профессиональном юридическом сообществе.

По мнению ряда авторов, Европейский суд, постановив, что обязательный характер вакцинации является необходимой мерой в демократическом обществе, создал фундамент для проведения европейскими государствами аналогичной политики в отношении

вакцинации от новой коронавирусной инфекции COVID-19³⁷⁰. Однако в зарубежной правовой доктрине уже содержатся призывы к особой внимательности и взвешенности в попытке экстраполировать выводы анализируемого Постановления ЕСПЧ на другие обстоятельства, отличные от тех, которые получили свою правовую оценку по делу «Вавричка и другие против Чешской Республики». Так, в частности, отмечается, что данное дело относилось к ситуации обязательной вакцинации детей, а лица детского возраста относятся по здоровью к наиболее уязвимым группам. При этом, как известно, на выводы ЕСПЧ достаточно часто оказывает влияние то обстоятельство, что речь идет об уязвимых категориях лиц³⁷¹. Кроме того, в доктрине подчеркивается, что на данный момент подобные решения национального законодателя, направленные на введение обязательной вакцинации для взрослого населения, противоречили бы политике Европейского союза по вопросам вакцинации от COVID-19. В частности, следует учитывать, что в Резолюции Парламентской Ассамблеи Совета Европы указывается, что государствам надлежит обеспечить информирование граждан о том, что вакцинация от новой коронавирусной инфекции COVID-19 не является обязательной и что никто не будет подвергнут дискриминации за то, что он не был вакцинирован из-за возможных рисков для здоровья или нежелания вакцинироваться³⁷².

³⁷⁰ Ястребов О.А. Обязательная вакцинация: социальное благо или нарушение индивидуальных прав // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Юридические науки. 2022. № 26 (1). С. 210–235. См. также: Bertolino C. Vaccinazioni obbligatorie nei confronti di minori quale «misura necessaria in una società democratica». Pronuncia della Corte europea sul caso della Repubblica ceca. Riflessi possibili sulla campagna vaccinale contro il Covid-19?/Diritti Comparati. *Comparare I diritti fondamentali in Europa*. 2021. URL: <https://www.diritticomparati.it/vaccinazioni-obbligatorie-nei-confronti-di-minori-quale-misura-necessaria-in-una-societa-democratica-pronuncia-della-corte-europea-sul-caso-della-repubblica-ceca-riflessi-possibili-sulla/?print-posts=pdf> (дата обращения: 27.09.2022).

³⁷¹ Gotti G. *La necessita in una società democratica degli obblighi vaccinali per i minori (nota a margine della sentenza della Corte EDU Vavrička e altri c. Repubblica Ceca, 8 aprile 2021)*. Osservatorio costituzionale. 2021;4:356-373.

³⁷² Резолюция Парламентской Ассамблеи Совета Европы № 2361 от 2021 г. «Covid-19 vaccines: ethical, legal and practical considerations».

Была проанализирована допустимость установления обязательного характера вакцинации от COVID-19 и за океаном, на североамериканском континенте. 13 января 2022 года Верховный суд США частично заблокировал введенную администрацией президента Джозефа Байдена обязанность для сотрудников организаций с численностью 100 и более человек пройти вакцинацию от новой коронавирусной инфекции COVID-19 либо же еженедельно проходить ПЦР-тестирование³⁷³. Правило об обязательной вакцинации было разработано Управлением по охране труда Министерства труда США. К 4 января 2022 года сотрудники должны были пройти вакцинацию, однако судьи Верховного суда посчитали, что имело место превышение профильным ведомством своих полномочий. Суд отметил, что Управление по охране труда наделено полномочиями регулирования вопросов безопасности, сопряженных с трудовой деятельностью, тогда как угроза распространения новой коронавирусной инфекции имеет глобальный характер, а меры по борьбе с ней относятся к более широкой сфере общественного здоровья. При этом Верховный суд оставил в силе требования по прохождению вакцинации для сотрудников организаций здравоохранения, участвующих в программах *Medicare* и *Medicaid*.

Выводы

Проведенный сравнительно-правовой анализ показал, что, хотя в настоящий момент в мире представлены государства, придерживающиеся модели, при которой приоритет отдается автономии личности и максимальной гарантии соблюдения индивидуальных прав и свобод в решении вопросов касательно иммунопрофилактики, в целом прослеживается тенденция к ужесточению урегулирования и законодательному закреплению инструментов, направленных на понуждение населения к вакцинации. Сформированные национальными высшими судами и Европейским судом по правам человека правовые позиции основываются на принципе солидарности и допускают возможность существенного ограничения права на самоопределение в вопросах

³⁷³ *Supreme court of the united states joseph r. Biden, jr., president of the United States, et al., applicants 21a240 v. Missouri, et al.* URL: https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/21a240_d18e.pdf (дата обращения: 05.10.22).

вакцинации с учетом насущной потребности в проведении иммунопрофилактических мероприятий в целях охраны общественного здоровья и общественной безопасности. Основной проблемой здесь является определение степени допустимости ограничения государством субъективных прав и свобод его граждан. Каждому правопорядку приходится определять, где проходит та тонкая грань соразмерности, за которой принцип пропорциональности нарушается и государственное вмешательство в частную жизнь его граждан становится чрезмерным с точки зрения его конституционно-правовой обоснованности.

В доктрине выделяют четыре основные стратегии, направленные на достижение государством цели вакцинировать максимально большее число резидентов³⁷⁴:

- 1) юридическая обязанность, подкрепленная мерами юридической ответственности;
- 2) ограничение контактов непривитого контингента, отстранение от посещения школы, недопуск в детские дошкольные учреждения;
- 3) меры по стимулированию медицинских работников и законных представителей детей, в том числе финансовые;
- 4) активная просветительская работа среди населения.

Все указанные стратегии применяются в настоящее время, причем они могут использоваться в пределах одного государства как в их комбинации, так и по отдельности. В текущий момент наблюдается большая приверженность национальных законодателей к применению мер ограничительного характера. В частности, широкое распространение получила такая мера, как ограничение доступа непривитых детей в образовательные учреждения. Как было отмечено в доктрине, в том что касается таких стратегий, как ограничение контактов непривитых детей и меры по стимулированию законных представителей детей, государства значительно чаще прибегают к установлению ограничительных мер, а отстранение от посещения детских учреждений в целом показывает себя более эффективной мерой, чем финансовое стимулирование³⁷⁵. Хотя нельзя забывать,

³⁷⁴ См.: Selgelid M., Battin M., Smith C. *Ethics and infectious disease*. Oxford, 2006. Ch. 14, 15.

³⁷⁵ Wigham, S., Ternent, L., Bryant, A, Robalino, Sh., Sniehotta, F.F. and Adams. J. *Parental Financial Incentives for Increasing Preschool Vaccination Uptake: Systematic Review*. *Pediatrics*. 2014;132(4):1117-1128.

что меры по сокращению контактов с непривитыми лицами имеют своей целью не только и не столько побуждение к вакцинированию, но и функции превенции, т. е. защиты других лиц, и в первую очередь тех, кто относится к наиболее уязвимым группам и по состоянию здоровья не может вакцинироваться.

Нельзя исключать, что меры по стимулированию и поощрению к вакцинации в будущем смогут показать себя более перспективными с точки зрения достижения целей публичного здоровья и одновременного соблюдения прав граждан, особенно если при этом будут соблюдаться наиболее высокие стандарты информирования населения. Подобные тенденции уже наблюдаются в различных государствах в рамках осуществляемой ими политики по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Так, известны многочисленные примеры, когда на фоне продолжающейся неблагоприятной эпидемиологической обстановки наличие сертификата вакцинированного дает гражданам возможность посещать бары, рестораны, развлекательные мероприятия, что в определенной степени можно рассматривать как меры поощрения тех, кто выполнил свой общественный долг и прошел процедуру вакцинации от нового инфекционного заболевания. Однако нельзя не учитывать, что хотя вакцинация от COVID-19 в рассматриваемых примерах и носит формально добровольный характер, имеется ряд других обстоятельств, объективно не позволяющих в полной мере соблюсти права вакцинируемых граждан. В частности, имеется дефект информирования, что не позволяет считать согласие, на основании которого проводится вакцинация, в полной мере информированным и добровольным.

По результатам анализа судебной практики было установлено, что подход правоприменителя несколько различается в зависимости от того, идет ли речь об обязательной вакцинации в целом или учитывается, что вакцина обязательного характера предназначена для детей. В последнем случае во внимание принимаются особенности детского коллектива как уязвимой группы лиц, а также интересы конкретного ребенка, который в силу своего возраста не может самостоятельно принять решение и, соответственно, при определенных обстоятельствах может стать жертвой необдуманного выбора или бездействия взрослых, его представляющих.

Зарубежная правовая доктрина поднимает и другие не менее важные вопросы, которые до настоящего времени не были разрешены современными правопорядками. Так, например, в англоязычных источниках высказываются альтернативные позиции относительно потенциальной эффективности инструментов гражданско-правовой ответственности в отношении родителей, в результате бездействия которых (или в случае их сознательного отказа от вакцинации) наступил вред жизни или здоровью ребенка³⁷⁶. Также определенный интерес представляет проблематика признания права ребенка по достижении им совершеннолетия предъявлять иски о компенсации вреда здоровью и морального вреда к своим родителям в случае, если они отказались от проведения иммунизации, а также коррелирующая с ней проблема процессуальных сроков по данной категории споров³⁷⁷.

В целом можно заключить, что вопрос определения наиболее оптимальной модели нормативно-правового регулирования вакцинации, как и стратегий, направленных на достижение государством цели вакцинировать максимально большее число резидентов, не может решаться одинаково для различных государств и регионов. Должны учитываться культурные особенности населения, возможности национальной системы здравоохранения, уровень эпидемиологической опасности, экономические факторы. Кроме того, регулирование в указанной области должно быть достаточно гибким и способным адаптироваться к меняющимся реалиям. Также можно предположить, что по мере достижения большей степени доверия общества к медицинской науке и к государственным институтам законодательство в сфере вакцинации может становиться все

³⁷⁶ Относительно этой проблематики см., напр.: Calandrillo S.P. *Vanishing Vaccinations: Why Are So Many Americans Opting Out of Vaccinating Their Children?* J.L. REFORM 353 (2004). URL: <https://repository.law.umich.edu/mjlr/vol37/iss2/3> (дата обращения: 30.09.2022); альтернативная позиция отражена в Daniel B. Rubin & Sophie Kasimow, *The Problem of Vaccination Noncompliance: Public Health Goals and the Limitations of Tort Law*, 107 Mich. L. Rev. First Impressions 114 (2009). URL: http://repository.law.umich.edu/mlr_fi/vol107/iss1/7 (дата обращения: 30.09.2022).

³⁷⁷ Amram D. *Responsabilita genitoriali e vaccini. Rivista italiana di medicina legale e del diritto nel campo sanitario*. 2018;1:279-288.

менее репрессивным и более благоприятствующим реализации принципа автономии личности, информированности и добровольности в принятии решений относительно своего здоровья.

3.6. Ответственность за нарушение специальных правил в сфере профилактической медицины

3.6.1. Ответственность за нарушение специальных правил в сфере профилактической медицины по российскому законодательству

Медицинская деятельность — один из видов профессиональной деятельности, непосредственно сопряженных с риском причинения вреда, в том числе вреда жизни и здоровью. Особая сложность такой деятельности связана, во-первых, с большим объемом правил, стандартов и регламентов ее осуществления, во-вторых, с тем, что большинство стандартов проведения манипуляций, диагностики и лечения носит рекомендательный характер, в-третьих, с невозможностью в принципе предугадать и регламентировать все возникающие в медицинской практике ситуации в силу их огромной вариативности. Ответственность как за само нарушение установленных правил осуществления деятельности, так и за последствия допущенных нарушений в основном касается лечебных и диагностических мероприятий. Однако в рамках осуществления профилактики медицинскими работниками зачастую также допускаются нарушения в виде ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, подлежащие правовой оценке.

Все нарушения, которые могут быть допущены медицинскими работниками в процессе осуществления профилактических медицинских мероприятий, можно разделить на несколько групп:

1. Нарушения установленного порядка проведения профилактических мероприятий, которые не повлекли за собой каких-либо последствий: ни физических (для граждан), ни материальных (для самой медицинской организации, иных организаций или государства), например оформление заключения по итогам осмотра при неполном обследовании, которые не предполагают ответственности, за исключением дисциплинарной.

2. Нарушения порядка проведения профилактических мероприятий, которые повлекли за собой угрозу причинения вреда. Такого рода нарушения могут быть связаны с игнорированием показателей здоровья, полученных в результате проведенных медицинских осмотров или диспансеризации, а также с непроведением дополнительного обследования, которое было необходимо, например, в соответствии с клиническими рекомендациями при наличии медицинских показаний и/или по назначению врачей-специалистов. Так, Судебная коллегия по административным делам суда Ханты-Мансийского автономного округа — Югры в своем определении указала, что «в нарушение требований <...> в записях врача — педиатра участкового от (дата) при проведении профилактического осмотра ребенка в возрасте 1 месяц 4 дня отсутствует указание на направление грудного ребенка на консультацию врача — детского хирурга и врача-офтальмолога, обязательность осмотра грудного ребенка которыми регламентирована требованиями приказа (номер)н; врачом — педиатром участковым не использованы возможности медицинской организации по полному и своевременному профилактическому осмотру грудного ребенка (ФИО)9 в установленный возрастной период (1 месяц) в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Кроме того, отсутствует указание на направление грудного ребенка на нейросонографию, указание на направление грудного ребенка на УЗИ сердца и органов брюшной полости, обязательность проведения которых регламентирована требованиями приказа (номер)н, что создавало угрозу причинения вреда здоровью грудного ребенка»³⁷⁸.

3. Внесение заведомо ложных сведений в документацию, отражающую порядок и результаты проведения профилактических мероприятий, повлекшее либо не повлекшее за собой последствия материального характера для медицинской организации. В частности, наиболее распространенные нарушения этой категории обусловлены желанием выполнить показатели 85 %-го объема проведенных

³⁷⁸ Апелляционное определение судебной коллегии по административным делам суда Ханты-Мансийского автономного округа от 27 сентября 2016 г. по делу № 33а-8122/2016. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

профилактических осмотров или 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 (карт учета диспансеризации и т. д.)³⁷⁹. Так, например, 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 составил свыше 50 %, в частности в Санкт-Петербурге — 54 %³⁸⁰, в Москве — 59,2 %³⁸¹.

4. Нарушения санитарно-эпидемиологических правил при осуществлении профилактических мероприятий. Примерами такого рода нарушений могут выступать случаи выдачи разрешения на допуск к работе лиц, не имеющих оснований для такого допуска (например, в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям для медицинских работников, работников сферы обслуживания населения, занятых на предприятиях пищевой промышленности в обязательном порядке предусмотрена вакцинация против вирусного гепатита А).

5. Нарушения правил безопасности производства медицинских манипуляций, в результате чего был причинен вред здоровью или жизни пациента, ответственность за которые (по ч. 2 ст. 118 или ч. 2

³⁷⁹ Приговор Красноармейского районного суда (Челябинская область) от 7 августа 2015 г. по делу № 1-20/2015; приговор Златоустовского городского суда (Челябинская область) от 2 сентября 2015 г. по делу № 1-426/2015; приговор Ленинского районного суда города Челябинска (Челябинская область) от 3 февраля 2017 г. по делу № 1-111/2017 // Судебные и нормативные акты РФ : сайт. URL: <https://sudact.ru/> (дата обращения: 07.06.2021).

³⁸⁰ Новости Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. URL: <http://zdrav.spb.ru/ru/news/1004/> (дата обращения: 07.06.2021).

³⁸¹ Об эпидемиологической ситуации по гриппу и ОРВИ в городе Москве за 51 неделю 2019 года (с 16 по 22 декабря) и ходе прививочной кампании против гриппа. URL: <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-dekabrya-i-khode-privivochnoj-kampanii-protiv-grippa> (дата обращения: 07.06.2021).

ст. 109 УК РФ) не различается в зависимости от того, проводилась ли медицинская манипуляция в ходе профилактического, диагностического или лечебного мероприятия. Так, Московский районный суд Санкт-Петербурга признал врача-эндоскописта Ш., проводившую ФГДС, виновной в неосторожном причинении смерти пациенту в силу ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей при проведении ФГДС³⁸².

Кроме того, побочные проявления после иммунизации могут быть связаны с нарушениями, допущенными медицинскими работниками непосредственно при хранении, транспортировке, назначении, введении вакцины или приведшими к нарушению качества вакцины. К числу наиболее распространенных последствий для здоровья пациентов могут быть отнесены, в частности, системные и/или местные реакции, неврологические, мышечные, сосудистые, костные повреждения вследствие неверного выбора места инъекции, оборудования для инъекций или техники введения, травмирование нервной, мышечной, сосудистой ткани из-за неправильного выбора места инъекции, местные реакции (отек, инфильтрат, холодный абсцесс), гнойно-воспалительные процессы в месте инъекции, инфекционно-токсический шок (при несоблюдении стерильности, неадекватной технике введения при использовании многодозовых флаконов)³⁸³.

Ответственность за допущенные нарушения при проведении профилактических медицинских мероприятий может возлагаться как на медицинскую организацию в целом, так и на отдельного медицинского работника. Нарушения, допущенные в ходе профилактических мероприятий, могут влечь гражданско-правовую (материальную), административную и уголовную ответственность. Материальная ответственность возлагается на медицинскую организацию и

³⁸² Постановление Московского районного суда г. Санкт-Петербург от 27 декабря 2018 г. по делу № 1-65/18. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

³⁸³ Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации : утв. М-вом здравоохранения Российской Федерации 12 апреля 2019 г. URL: <https://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2019/10/15/1571128320.33652-1-23583.pdf> (дата обращения: 08.07.2020).

заключается в возмещении материального ущерба и морального вреда, нанесенного пациенту, в соответствии со ст. 1064—1101 ГК РФ, ст. 14—17 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 (в ред. от 11.06.2021) «О защите прав потребителей», ст. 98 Закона об охране здоровья граждан. В научной литературе высказывается мнение, что непосредственную гражданско-правовую ответственность перед пациентом несет врач, что обязывает его возместить причиненный жизни или здоровью вред в порядке искового производства³⁸⁴. Однако на основании положений Закона об охране здоровья граждан и с учетом того, что медицинская организация несет ответственность за последствия медицинского вмешательства, осуществляемого ее работником по заданию и под контролем организации (ст. 1068 ГК РФ), необходимо согласиться с тем, что ответственным лицом в гражданско-правовом смысле является медицинская организация либо врач — индивидуальный предприниматель³⁸⁵. Так, с медицинской организации была взыскана компенсация морального вреда, причиненного вследствие нарушения, допущенного в ходе проведения диспансеризации, выразившегося в непредоставлении информации о наличии отклонений от нормы при проведении лабораторных исследований в рамках проведения периодических медицинских осмотров, целями которых является выявление заболеваний, в результате чего у истца не было своевременно выявлено заболевание «сахарный диабет»³⁸⁶.

Административная ответственность за нарушения, допущенные в ходе профилактических медицинских мероприятий, может быть возложена как на организацию в целом, так и на медицинского работника либо руководителя медицинской организации. Так, в Лениногорской ЦРБ в ходе проверки, проведенной прокурорскими

³⁸⁴ Балло А.М., Балло А.А. *Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред*. СПб., 2001. С. 281—293.

³⁸⁵ Божченко А.П. *Ятрогения: содержание понятия в медицине и юриспруденции* // *Медицинское право*. 2016. № 5. С. 8—12; Натаров А.А., Дудоров Т.Д. *Ответственность за совершение медицинских правонарушений: основания и виды* // *Евразийская адвокатура*. 2019. № 2 (39). С. 66—67.

³⁸⁶ Апелляционное определение Московского городского суда от 10 ноября 2015 г. № 33-39766/15. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

работниками совместно с представителями Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан, были выявлены нарушения, связанные с ненадлежащей организацией иммунопрофилактики населения: карты учета прививок взрослого населения были разработаны без учета проводимых прививок в соответствии с планами дополнительной иммунизации, прививок по эпидемиологическим показаниям, отсутствовали графы прививок против кори, краснухи, ВЛКЭ, гриппа, не было граф с отметками о постпрививочных реакциях, осложнениях, отсутствовала нормативная документация по вопросам иммунопрофилактики, в связи с чем главный врач был привлечен к ответственности по ст. 6.3 КоАП РФ³⁸⁷.

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

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, Габдрахманов И.Ф. дал указание Х. внести в амбулаторные карты заведомо ложные сведения о якобы произведенных гражданам прививках от гриппа. Х., выполняя его указания, в период с 1 по 30 сентября 2011 года внесла в амбулаторные карты и в журнал вакцинации против гриппа ряд граждан, после чего в этих амбулаторных картах Габдрахманов И.Ф. поставил свою подпись о том, что прививка не противопоказана. На основании ложных сведений план вакцинации от гриппа за сентябрь 2011 года был выполнен, Габдрахманову И.Ф. было выплачено дополнительное

³⁸⁷ Сотрудниками Управления Роспотребнадзора по РТ выявлены нарушения в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и иммунопрофилактики. URL: <https://www.tatar-inform.ru/news/incident/28-07-2008/glavvracha-leninogorskoj-tsrb-privlekli-k-otvetstvennosti-za-narusheniya-v-bolnitse-5279625><https://www.tatar-inform.ru/news/incident/28-07-2008/glavvracha-leninogorskoj-tsrb-privlekli-k-otvetstvennosti-za-narusheniya-v-bolnitse-5279625> (дата обращения 10.07.2020).

материальное вознаграждение в виде субвенции за прививание граждан в сумме 4 090 рублей³⁸⁸.

Вторая группа преступлений представляет в рамках настоящего исследования наибольший интерес, поскольку имеет большую специфику по сравнению со служебными преступлениями в иных сферах деятельности, поэтому основное внимание будет сосредоточено на них. Следует отметить, что вменение служебных преступлений зависит от статуса медицинских работников, так как профилактические мероприятия могут осуществляться любыми медицинскими организациями, имеющими право на оказание данного вида услуг населению. Поскольку сотрудники коммерческих медицинских учреждений не могут быть признаны должностными лицами в силу примечания к ст. 285 УК РФ, то 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 сопровождаются получением незаконного вознаграждения за свои действия (бездействие) в форме взятки или коммерческого подкупа (ст. 290, 291.2, 204, 204.2 УК РФ).

В ходе проведенного авторами исследования коррупционных преступлений³⁸⁹ было изучено 200 приговоров и постановлений, вынесенных по ст. 290, 291.2, 204 и 204.2 УК РФ в 31 субъекте Российской Федерации, в которых доля судебных актов, вынесенных за коррупционные преступления в области профилактической медицины, составила 26 % (52 приговора и постановления)³⁹⁰. Изучение судебной практики позволило дать криминологическую характеристику указанной группе преступлений и выявить основные проблемы правоприменения в исследуемой сфере.

³⁸⁸ Приговор Нижнекамского городского суда (Республика Татарстан) от 12 ноября 2013 года по делу № 1-761/2013 // Судебные и нормативные акты РФ : сайт. URL: <https://sudact.ru/> (дата обращения: 07.06.2021).

³⁸⁹ См. подробнее: Пряхина Н.И., Суслина Е.В. Применение норм об ответственности за коррупционные преступления в сфере профилактической медицины (криминологический и уголовно-правовой аспекты) // Мониторинг правоприменения 2020–2021 : труды экспертов СПбГУ. СПб., 2022. С. 175–205.

Криминологическая характеристика

Совершенные деяния в указанной сфере в основном квалифицировались по ст. 290 УК РФ (38,4 %) и по ст. 291.2 УК РФ (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 %); ни одного случая квалификации по ст. 204.2 УК РФ не встретилось.

В абсолютном большинстве случаев содеянное в форме мелкой взятки квалифицировалось по ч. 1 ст. 291.2 (все 25 случаев), взятка в большем размере (свыше 10 000 рублей) квалифицировалась в основном по ч. 3 ст. 290 УК РФ (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)³⁹¹, в 3 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 (2 случая, 42,3 %) и ст. 327 УК РФ (5 случаев, 9,6 %). Однако следует отметить, что суды не всегда надлежащим образом подходят к оценке содеянного в виде внесения заведомо ложных сведений в медицинскую документацию, не признавая документы официальными при наличии всех необходимых признаков³⁹² или признавая,

³⁹⁰ Исследовались и далее приводятся приговоры, находящиеся в открытом доступе, размещенные на интернет-ресурсах «Судебные и нормативные акты РФ (СудАкт)» (<https://sudact.ru/>), «Судебная практика» (<https://sudpraktika.ru/>), ГАС РФ «Правосудие» (<https://sudrf.ru/>) и справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

³⁹¹ В предыдущей редакции УК РФ.

но не квалифицируя содеянное самостоятельно по ст. 292 УК РФ³⁹³.

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 вознаграждения при коммерческом подкупе — 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 судебные решения, где квалификация содеянного как единого преступления была ошибочной³⁹⁴.

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. (пп. 2—6 ч. 2 ст. 46 Закона об охране здоровья граждан). В ходе исследования было установлено, что наиболее часто

³⁹² Приговор Октябрьского районного суда г. Мурманска (Мурманская область) от 30 января 2020 г. по делу № 1-6/2020; приговор Ленинского районного суда г. Мурманска (Мурманская область) от 28 июля 2015 г. по делу № 1-216/2015; приговор Ленинского районного суда г. Мурманска (Мурманская область) от 16 января 2014 г. по делу № 1-15/2014; приговор Центрального районного суда г. Сочи (Краснодарский край) от 7 сентября 2010 г. по делу № 1-464/2010.

³⁹³ Приговор Пачелмского районного суда (Пензенская область) от 22 апреля 2015 г. по делу № 1-23/2015.

³⁹⁴ Приговор Шатурского городского суда (Московская область) от 26 июня 2020 г. по делу № 1-99/2020; постановление Киевского районного суда г. Симферополя (Республика Крым) от 25 апреля 2019 г. по делу № 1-162/2019; приговор Ленинского районного суда г. Ижевска (Удмуртская Республика) от 11 января 2017 г. по делу № 1-41/2017.

встречающимися в практике услугами, за которые 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 о прохождении 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 (признание 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 вакцина-

ции, не было выявлено и преступлений, совершенных в ходе проведения диспансеризации. Как представляется, это объясняется тем, что нарушения в указанных сферах обусловлены желанием выполнить показатели диспансеризации и 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 РФ³⁹⁵.

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 коммерческого подкупа — ст. 204 УК РФ). Должностными лицами, совершившими преступление, были признаны в 45 случаях, причем в подавляющем большинстве (44 судебных акта) — по признаку наличия у них полномочий организационно-распорядительного характера в отношении подчиненных им лиц. И только в одном случае суд признал лицо должностным по признаку обладания полномочиями представителя власти³⁹⁶.

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 выполняло³⁹⁷, либо указывалось, что управленческие функции выразились в наличии организационно-распорядительных полномочий (или орга-

³⁹⁵ 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.

³⁹⁶ Приговор Кировского районного суда г. Астрахани (Астраханская область) от 9 июля 2020 г. по делу № 1-120/2020.

³⁹⁷ См., напр., постановление Первомайского районного суда г. Ижевска (Удмуртская Республика) от 7 февраля 2020 г. по делу № 1-139/2020.

низационно-распорядительных и административно-хозяйственных полномочий)³⁹⁸.

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, исполняющий обязанности 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 эпизодов³⁹⁹ 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 получено по 7 эпизодам, более 50 000 рублей — по 6 эпизодам.

³⁹⁸ См., напр., приговор Новоуренгойского городского суда (Ямало-Ненецкий автономный округ) от 10 ноября 2014 г. по делу № 1-273/2014.

³⁹⁹ В целях получения более детальной картины видов и размеров незаконного вознаграждения данная категория была проанализирована не по количеству исследованных судебных актов, а поэпизодно.

Максимальная сумма незаконного вознаграждения была получена в качестве взятки за установление инвалидности несколькими лицам и составила 1 024 000 рублей⁴⁰⁰, 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 службы⁴⁰¹.

В качестве иного имущества, образовавшего предмет незаконного вознаграждения, выступили две пачки офисной бумаги⁴⁰²; 2 бутылки коньяка⁴⁰³; 2 порции шашлыка, банка меда⁴⁰⁴; 2 поросенка, талоны на дизель, талоны на бензин⁴⁰⁵.

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 %), еще в 18 случаях (34,6 %) взяткополучатель/получатель вознаграждения при коммерческом подкупе действовал исключительно через посредника, в 4 случаях (7,7 %) получение незаконного вознаграждения одним лицом в части эпизодов было личным, но в отдельных эпизодах в достижении или реализации договоренности участвовал посредник.

⁴⁰⁰ Приговор Шатурского городского суда (Московская область) 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 является ошибочным.

⁴⁰¹ Приговор Синарского районного суда г. Каменск-Уральский (Свердловская область) от 17 декабря 2019 г. по делу № 1-325/2019.

⁴⁰² Приговор Канашского районного суда (Чувашская Республика) от 3 мая 2018 г. по делу № 1-66/2018.

⁴⁰³ Приговор Вологодского городского суда (Вологодская область) от 22 июля 2015 г. по делу № 1-798/2015.

⁴⁰⁴ Приговор Правобережного районного суда г. Магнитогорска (Челябинская область) от 11 декабря 2015 г. по делу № 1-81/2015.

⁴⁰⁵ Приговор Нерчинского районного суда (Забайкальский край) от 20 февраля 2016 г. по делу № 1-4/2016 (1-9/2015; 1-162/2014).

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 случаях⁴⁰⁶ 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 вознаграждения при коммерческом подкупе лицами.

Что касается хронологической последовательности — достижение договоренности, передача незаконного вознаграждения, оказание услуги, за которую оно было получено, — то в результате исследования судебных актов было установлено следующее. В большинстве случаев договоренность о получении вознаграждения была достигнута до его передачи по всем эпизодам — 42 случая (80,8 %), в 6 случаях (11,5 %) денежные средства передавались в момент достижения договоренности, 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.

Стоит обратить внимание на то, 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

⁴⁰⁶ См., напр., приговор Череповецкого городского суда (Вологодская область) от 11 апреля 2018 г. по делу № 1-276/2018; приговор Череповецкого городского суда (Вологодская область) от 29 декабря 2017 г. по делу № 1-1094/2017.

место освобождение от уголовной ответственности. В 5 случаях лица освобождались от ответственности в порядке ст. 76.2 УК РФ в связи с назначением судебного штрафа, еще в 1 случае — в порядке ст. 78 УК РФ в связи с истечением сроков давности. 5 постановлений было вынесено при совершении лицами преступлений, предусмотренных ч. 1 ст. 291.2 УК РФ (от 1 до 3 эпизодов получения мелкой взятки), и 1 — при совершении лицом преступления, предусмотренного ч. 5 ст. 204 УК РФ (1 эпизод получения вознаграждения при коммерческом подкупе).

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 наказанием, назначаемым в качестве основного, 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 осуще-

ствлять 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.

Уголовно-правовые проблемы

Проведенное исследование судебной практики выявило ряд уголовно-правовых проблем как при квалификации получения медицинскими работниками незаконного вознаграждения в ходе проведения профилактических мероприятий и сопутствующих этому деяний, так и при назначении им наказания.

Так, в правоприменительной практике является непростым вопрос отграничения совокупности преступлений от единого продолжаемого преступления⁴⁰⁷.

Судебная практика рассматривает как единое продолжаемое преступление систематическое получение взяток от одного и того же взяткодателя за общее покровительство или попустительство по службе, если указанные действия были объединены единым умыслом, а также случаи, когда незаконное вознаграждение получено или передано от нескольких лиц, но за совершение одного действия (акта бездействия) в общих интересах этих лиц.

Однако не может квалифицироваться как единое продолжаемое преступление одновременное получение, в том числе через посредника, незаконного вознаграждения от нескольких лиц, если в интересах каждого из них должностным лицом или лицом, выполняю-

⁴⁰⁷ См., напр.: 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.

щим управленческие функции в коммерческой или иной организации, совершается отдельное действие (акт бездействия). Поэтому следует не согласиться с квалификацией как единого продолжаемого преступления по ч. 3 ст. 290, ч. 1 ст. 292 УК РФ содеянного Зуевой, которая, являясь должностным лицом, получила через посредника денежное вознаграждение за изготовление 11 медицинских заключений формы № 003 в/у без фактического прохождения медицинского обследования. Данные справки нужны были для допуска в качестве перевозчиков пассажиров при осуществлении ФИО5 индивидуальной предпринимательской деятельности в сфере деятельности легкового такси⁴⁰⁸. Руководствуясь п. 21 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 9 июля 2013 г. № 24 (с изм. от 24.12.2019) «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» (далее — Постановление Пленума № 24), суд должен был учесть, что в таком случае действия осужденной и в части получения взятки, и в части служебного подлога образуют совокупность преступлений⁴⁰⁹. На неоднородность судебной практики в этом вопросе и неполное следование рекомендациям, данным Пленумом Верховного Суда Российской Федерации, указывается и в научной литературе⁴¹⁰.

Отдельные сложности на практике вызывает квалификация подделки документов, сопровождающей получение незаконного вознаграждения. Уголовный кодекс Российской Федерации содержит две статьи об ответственности за подделку официальных документов: ст. 292 УК РФ («Служебный подлог») и ст. 327 УК РФ («Подделка, изготовление или сбыт поддельных документов, государственных наград, штампов, печатей, бланков»). Однако необходимо

⁴⁰⁸ Приговор Краснооктябрьского районного суда г. Волгограда (Волгоградская область) от 11 декабря 2019 г. по делу № 1-376/2019.

⁴⁰⁹ Аналогичная ошибка допущена и в приговоре Шатурского городского суда (Московская область) от 26 июня 2020 г. по делу № 1-99/2020, и в постановлении Киевского районного суда г. Симферополя (Республика Крым) от 25 апреля 2019 г. по делу № 1-162/2019, и в приговоре Ленинского районного суда г. Ижевска (Удмуртская Республика) от 11 января 2017 г. по делу № 1-41/2017 (1-502/2016).

⁴¹⁰ Щепельков В.Ф. Сложные вопросы квалификации служебных преступлений в сфере профилактической медицины // Закон. 2022. № 4. С. 74.

отметить, что в указанных статьях предмет преступления определяется по-разному. Так, в ст. 292 УК РФ им назван официальный документ, а в ст. 327 УК РФ в качестве предмета преступления указан официальный документ, предоставляющий права или освобождающий от обязанностей.

Разница в формулировках породила среди теоретиков и практиков спор о тождественности предметов преступлений, предусмотренных ст. 292 и 327 УК РФ⁴¹¹. Даже на уровне высших судов нет единства в понимании официального документа как предмета подделки. Применительно к ст. 292 УК РФ Конституционный Суд Российской Федерации в своем определении от 13 октября 2009 г. № 1236-00 «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мигутиной Юлии Сергеевны на нарушение ее конституционных прав положениями статьи 292 Уголовного кодекса Российской Федерации» указал, что оценка документа как предмета данного преступления не является произвольной, поскольку официальными документами в силу действующего законодательства (ст. 5 Федерального закона от 29 декабря 1994 г. № 77-ФЗ (в ред. от 01.05.2022) «Об обязательном экземпляре документов») являются документы, принятые органами законодательной, исполнительной и судебной власти, носящие обязательный, рекомендательный или информационный характер. Таким образом, Конституционный Суд Российской Федерации определил, что при квалификации содеянного по ст. 292 УК РФ следует руководствоваться дефиницией, содержащейся в Федеральном законе «Об обязательном экземпляре документов».

Применительно к ст. 327 УК РФ Конституционный Суд Российской Федерации придерживается иной позиции: в определении Конституционного Суда Российской Федерации от 19 мая 2009 г. № 575-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Морозовского Владимира Евгеньевича на нарушение его конституционных прав частью первой статьи 327 Уголовного кодекса

⁴¹¹ См., напр.: Щепельков В.Ф. *Позиции Пленума Верховного Суда Российской Федерации относительно квалификации служебного подлога* // *Криминалистика*. 2015. № 2 (17). С. 9; Любавина М. *О некоторых проблемах квалификации преступлений коррупционного характера* // *Уголовное право*. 2013. № 5. С. 91.

Российской Федерации» указано, что законодатель наделил правоприменителя правом в каждом конкретном случае оценивать свойства документа и признавать его либо предоставляющим права (освобождающим от обязанностей), либо нет и в зависимости от этого привлекать или не привлекать к ответственности за использование документа как подложного⁴¹², тем самым отрицая возможность применения какой-либо дефиниции официального документа для определения предмета преступления по ст. 327 УК РФ.

С принятием Постановления Пленума № 24 фактически разница, отраженная в диспозициях ст. 292 и 327 УК РФ, была нивелирована, поскольку в соответствии с п. 35 данного Постановления официальный документ — это документ, который удостоверяет факты, влекущие юридические последствия в виде предоставления или лишения прав, возложения или освобождения от обязанностей, изменения объема прав и обязанностей.

Однако такое понимание официального документа как предмета подделки не в полной мере разрешило трудности, возникавшие в практике, в частности, оно не давало ответа на вопрос о том, какими еще обязательными признаками должен быть наделен официальный документ: может ли он исходить от юридических лиц различных организационно-правовых форм и от физических лиц⁴¹³, должна ли для него быть установлена определенная форма и реквизиты⁴¹⁴, должен ли он иметь материальный носитель⁴¹⁵, может ли в современных условиях он иметь электронную форму⁴¹⁶, может ли документ

⁴¹² Аналогичную позицию Конституционный Суд Российской Федерации отразил и в определении от 16 декабря 2010 г. № 1671-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Шишкина Виталия Юрьевича на нарушение его конституционных прав частью первой статьи 327 Уголовного кодекса Российской Федерации». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁴¹³ Помнина С.Н. Некоторые вопросы определения предмета служебного подлога // Вестник Мордовского университета. 2014. № 4. С. 65.

⁴¹⁴ Стяжкина С.А. Официальный документ как предмет служебного подлога: понятие, признаки, виды // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2014. Вып. 2. С. 186–187.

⁴¹⁵ Савенко И.А. Проблемы правовой интерпретации официального документа как предмета преступления // Общество и право. 2012. № 5 (42). С. 132.

⁴¹⁶ Чесноков О.В. Официальный документ как предмет служебного подлога // Общество и право. 2009. № 2 (24). С. 123.

одновременно выступать в качестве официального и личного⁴¹⁷, должен ли он одновременно удостоверять факты и влечь правовые последствия, либо речь должна идти о юридическом значении документа в широком смысле⁴¹⁸ и многие другие⁴¹⁹.

Существенную помощь в разрешении указанных вопросов оказало принятие Пленумом Верховного Суда Российской Федерации постановления № 43 от 17 декабря 2020 г. «О некоторых вопросах судебной практики по делам о преступлениях, предусмотренных статьями 324–327.1 Уголовного кодекса Российской Федерации» (далее — Постановление Пленума № 43), в котором к официальным документам отнесены документы, в том числе электронные документы, которые создаются, выдаются либо заверяются в установленном законом или иным нормативным актом порядке федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления либо уполномоченными организациями или лицами (образовательными, медицинскими и иными организациями независимо от формы собственности, должностными лицами и лицами, выполняющими управленческие функции в коммерческих и некоммерческих организациях, экзаменационными, врачебными и иными комиссиями, нотариусами и пр.) и удостоверяют юридически значимые факты.

Предметом преступления по ст. 327 УК РФ, как отмечено в Постановлении Пленума № 43, являются только официальные документы, способные повлечь юридические последствия в виде предоставления или лишения прав, возложения обязанностей или освобождения от них, изменения объема прав и обязанностей (например,

⁴¹⁷ Рябченко О.Н. *Документы как ресурсный элемент порядка управления (уголовно-правовые аспекты)* // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2010. Вып. 1. С. 65.

⁴¹⁸ Борисов А.М., Хащина Э.Э. *Нормативное определение официального документа как проблема юридической формы правоотношений* // Право: история и современность. 2019. № 2. С. 15.

⁴¹⁹ *О трудностях, возникающих на практике при определении предмета служебного подлога, см. подробнее: Щепельков В.Ф., Суслина Е.В. Официальный документ как предмет подделки* // Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. 2017. № 4 (50). С. 18–21.

листок нетрудоспособности является основанием для назначения и выплаты работнику пособия по временной нетрудоспособности, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к управлению транспортными средствами предоставляет лицу право сдачи экзамена и получения водительского удостоверения). Таким образом, Верховный Суд Российской Федерации унифицировал понимание официального документа применительно к ст. 292 и 327 УК РФ, обозначив его обязательный признак — наличие правовых последствий издания такого документа в виде возникновения, изменения или прекращения прав и обязанностей.

В процессе осуществления медицинской деятельности, в том числе и профилактического характера, оформляется ряд документов, отражающих ее ход и результаты. Фиксирование хода и результатов проведения профилактических медицинских мероприятий осуществляется посредством внесения соответствующей информации в документацию, носящую как сугубо медицинский характер (амбулаторная книжка больного, личная медицинская книжка, карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) и т. д.), так и имеющую значение в качестве отчетной, позволяющей оценить деятельность конкретного медицинского работника или медицинской организации в целом (план вакцинации, форма статистической отчетности № 131о и т. д.). Подделка первой группы документов осуществляется, как правило, с целью предоставления (получения) возможности устройства на работу в определенных сферах (образования, оказания услуг и т. п.), получения допуска к работе (водителей и иных лиц, для допуска к выполнению обязанностей которых требуется прохождение предрейсовых или предсменных осмотров). Подделка отчетных документов, как уже было сказано выше, осуществляется в корыстных целях в виде получения стимулирующих выплат за участие в проведении диспансеризации или вакцинации отдельных групп взрослого населения.

Для целей правильной уголовно-правовой оценки совершенной подделки следует, прежде всего, установить два обстоятельства: является ли подделанный документ официальным и каков статус субъекта подделки. Первое позволит отсечь деяния, не подлежащие самостоятельной оценке в качестве уголовно наказуемых, второе

даст возможность дифференцировать ответственность в зависимости от субъекта преступления (ст. 292 или ст. 327 УК РФ).

По результатам изучения судебной практики можно сделать вывод, что медицинская документация в принципе и документы, оформляемые в ходе проведения профилактических мероприятий, в частности становятся предметом подделки достаточно часто. В ходе проведенного мониторинга правоприменения ст. 292 УК РФ было выявлено, что в 15 из 68 (22 %) случаев имело место осуждение за подделку медицинских документов. Наиболее часто подделываемым документом медицинского характера является, безусловно, листок временной нетрудоспособности. Однако было выявлено 5 случаев (7,4 %) осуждения лиц за подделку документов в рамках осуществления профилактических медицинских мероприятий (в 4 случаях подделка была осуществлена медицинскими работниками и в одном — лицом, не являющимся медицинским работником)⁴²⁰.

Порядок проведения предварительных и периодических осмотров определяется приказом Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н (в ред. от 01.02.2022) «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». В соответствии с этим Порядком по итогам прохождения медицинского осмотра оформляется заключение, подписываемое председателем врачебной комиссии и заверяемое печатью медицинской организации (при наличии). Заключение может быть выдано и в электронной форме. Для лиц, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслужи-

⁴²⁰ См. подробнее: *Анализ судебной практики применения статьи 292 УК РФ (Служебный подлог)*. URL: <https://pravoprim.spbu.ru/otchety/2019-god/item/453-fevral-2019.html> (дата обращения: 19.07.2020).

ванием населения, результаты данных осмотров заносятся в личную медицинскую книжку.

Личная медицинская книжка — это документ строгой отчетности, утвержденный Приказом Роспотребнадзора от 20 мая 2005 г. № 402 (в ред. от 02.06.2016) «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте»⁴²¹. Бланки личных медицинских книжек утверждены указанным Приказом Роспотребнадзора и выдаются исключительно его территориальными центрами. Перечень профессий, чьи представители обязаны иметь медицинские книжки, закреплен в письме Минздрава России от 7 августа 2000 г. № 1100/2196-0-117⁴²². Судебная практика признает медицинские книжки официальными документами, поскольку они удостоверяют факты, имеющие юридическое значение, являются основанием для приема на работу и для допуска к работе⁴²³.

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

Порядок проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров определяется Приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 835н⁴²⁴. Результаты таких осмотров вносятся в Журнал регистрации предрейсовых, предсменных медицинских осмотров и Журнал регистрации послерейсовых, послесменных медицинских осмотров соответственно, при этом на путевых листах ставится штамп «Прошел предрейсовый медицинский осмотр, к исполнению трудовых обязанностей допущен» либо «Прошел послерейсовый медицинский осмотр» и подпись медицинского работника, проводившего осмотр. О результатах осмотров медицинский работник сообщает работодателю (уполномоченному представителю работодателя).

⁴²³ См., напр., приговор Ленинского районного суда г. Ижевска (Удмуртская Республика) от 11 января 2017 г. по делу № 1-41/2017 (1-502/2016).

⁴²⁴ Об утверждении проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 835н . Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

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

Определение путевого листа дается в п. 14. ст. 2 Устава автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта, где говорится, что путевой лист — это документ, служащий для учета и контроля работы транспортного средства, водителя⁴²⁵. Обязательные реквизиты и порядок заполнения путевых листов установлены приказом Минтранса России от 11 сентября 2020 г. № 368 «Об утверждении обязательных реквизитов и порядка заполнения путевых листов». Среди обязательных реквизитов числятся дата и время проведения предрейсового и послерейсового медицинского осмотра водителя, проставленные медицинским работником, проводившим соответствующий осмотр, и заверенные его подписью с указанием фамилии и инициалов.

Следует также отметить, что Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях предусмотрена ответственность за управление транспортным средством водителем, не имеющим при себе путевого листа (ч. 2 ст. 12.3 КоАП РФ), а также за осуществление перевозок пассажиров и багажа, грузов автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом с нарушением требований о проведении предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (ч. 2 ст. 12.31.1 КоАП РФ).

Все вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что путевой лист является официальным документом и внесение в него искажений влечет уголовную ответственность по ст. 292 или ст. 327 УК

⁴²⁵ Устав автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта : Федеральный закон от 8 ноября 2007 г. № 259-ФЗ : текст с изм. и доп. на 2 июля 2021 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

РФ в зависимости от статуса медицинского работника⁴²⁶. Журнал регистрации проведения данных видов осмотра, наоборот, признать официальным документом невозможно, поскольку он удостоверяет только факты, не влекущие юридических последствий.

Медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся только с согласия несовершеннолетнего либо его родителя или иного законного представителя в порядке, установленном приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации⁴²⁷. Карта профилактического медицинского осмотра (учетная форма № 030-ПО/у-17), оформленная по его результатам, представляющая собой собственно медицинскую документацию, хранится в медицинской организации в течение 5 лет. По итогам проведения профилактических осмотров медицинская организация также заполняет отчетный документ — форму статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», оформляемую в соответствии с Порядком заполнения и сроками представления формы статистической отчетности № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних»⁴²⁸. Отчет хранится в медицинской организации в течение 10 лет.

⁴²⁶ Указанная позиция соответствует складывающейся судебной практике по данному вопросу. См., напр., приговор Красногвардейского районного суда г. Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург) от 25 апреля 2017 г. по делу № 1-338/2017.

⁴²⁷ О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н : текст с изм. и доп. на 19 нояб. 2020 г. ; О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 6 октября 2014 г. № 581н : текст с изм. и доп. на 19 нояб. 2020 г. ; Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2017 г. № 124н : текст с изм. и доп. на 19 нояб. 2020 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁴²⁸ О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних : Приказ М-ва здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н : текст с изм. и доп. на 19 нояб. 2020 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

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

Существенная часть приговоров, которые вынесены по ст. 292 и ст. 327 УК РФ за подделку медицинской документации, связана с внесением заведомо ложных сведений в документы по диспансеризации, в связи с чем следует сделать особый акцент на этой категории. Результаты диспансеризации оформляются в соответствии с приказом Минздрава России от 10 ноября 2020 г. № 1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», порядка ее заполнения и сроков представления» и вносятся в карту учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) и форму статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Первый из указанных документов выступает собственно медицинским, отражающим ход и результаты диспансеризации конкретного лица, второй носит отчетный характер, оформляется в медицинской организации ежемесячно, нарастающим итогом, начиная с января текущего года и до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения ежемесячно, нарастающим итогом, не позднее 10 числа представляет указанную форму в Министерство здравоохранения Российской Федерации в электронном виде.

Вакцинация оформляется в соответствии с Методическими указаниями МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок»⁴²⁹. В соответствии с разделом 10 Методических указаний информация о проведенной вакцинации вносится в следующие документы:

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

сведения о выполненной профилактической прививке вносятся в карту профилактических прививок (ф. 063/у), историю развития ребенка (ф. 112/у), сертификат профилактических прививок (ф. 156/е-93), медицинскую карту ребенка (для школьников) (ф. 026/у), вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (ф. 025-1/у), амбулаторную карту больного (для взрослых) (ф. 025/у), журнал учета профилактических прививок (ф. 064/у);

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

Первые две группы документов носят характер собственно медицинских, отражающих состояние здоровья пациента и факт вакцинации, последняя группа (формы № 5 и № 6) образована документами организационного, отчетного характера.

Судебная практика по вопросу признания указанных документов официальными весьма противоречива. В ряде случаев суды признают официальными как собственно медицинские документы, так и отчетные. Так, например, суды в приговоре указывают, что карта диспансеризации, форма которой утверждена приказом

⁴²⁹ Методические указания МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок»: утв. Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 4 марта 2004 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Министерства здравоохранения Российской Федерации, при наличии внесенных в установленном порядке сведений о прохождении конкретным гражданином диспансеризации, является официальным документом, удостоверяющим факт прохождения диспансеризации, который имеет правовое значение, связанное с дальнейшим получением врачом стимулирующих выплат за участие в проведении диспансеризации отдельных групп взрослого населения⁴³⁰. Таким образом, признавая карту диспансеризации официальным документом для целей квалификации содеянного, суды опираются на наличие утвержденной формы документа и фиксацию факта прохождения диспансеризации. Вывод, что удостоверение факта диспансеризации влечет за собой право медицинского работника на получение стимулирующих выплат, судами основывается на том, что указанная в Приказе Минздрава России от 10 ноября 2020 г. № 1207н документация предоставляет учреждению здравоохранения право получения оплаты за оказание медицинских услуг населению. В частности, данная карта является единственным основанием для формирования реестра счетов на оплату проведенной диспансеризации и предоставляет возможность получить денежные средства, перечисляемые на расчетный счет медицинского учреждения в качестве компенсации затрат на диспансеризацию от страховых организаций.

Однако в судебной практике встречается и противоположная позиция: суды не рассматривают карты диспансеризации и отчетные формы в качестве официальных документов, аргументируя это тем, что данные документы не отвечают признакам официальных документов и не являются таковыми, поскольку не удостоверяют каких-либо фактов, влекущих юридические последствия в виде предоставления или лишения прав, возложения или освобождения от обязанностей,

⁴³⁰ Приговор Ленинского районного суда г. Челябинска (Челябинская область) от 3 февраля 2017 г. по делу № 1-111/2017. Аналогичное обоснование встречается и в других приговорах, см.: приговор Курчатковского районного суда г. Челябинска (Челябинская область) от 10 марта 2017 г. по делу № 1-172/2017; приговор Курчатковского районного суда г. Челябинска (Челябинская область) от 28 сентября 2016 г. по делу № 1-516/2016; приговор Ленинского районного суда г. Магнитогорска (Челябинская область) от 18 октября 2017 г. по делу № 1-285/2017.

изменения объема прав и обязанностей⁴³¹. Аналогичная позиция отражена в приговорах и в отношении амбулаторных карт больного в части фиксации в них результатов дополнительной диспансеризации: «Суд считает, что медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма №/у-04) не относится к официальным документам, так как она не исходит (не выдается) государственными органами, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными учреждениями для удостоверения фактов, имеющих юридическое значение, не предоставляет права и не освобождает от обязанностей, а является первичным учетным медицинским документом больного, предназначенным для внутреннего обращения в лечебно-профилактическом учреждении»⁴³².

Как представляется, форма и источник происхождения документа имеют определенное значение для признания его в качестве официального, однако ключевым параметром является способность данного документа порождать права или обязанности либо изменять их объем напрямую, а не опосредованно. Документ должен быть единственным документом, который непосредственно влечет за собой правовые последствия, или частью комплекта документов. В случае же с медицинской документацией, оформляемой в ходе и по результатам вакцинации и диспансеризации, ее содержание нацелено на фиксацию медицинской информации о состоянии здоровья пациента и проведенных медицинских процедурах (осмотрах, анализах, исследованиях, введении вакцины и т. д.) либо на отражение факта и объема оказанных медицинским учреждением и конкретным медицинским работником услуг. Никаких непосредственных правовых последствий ни для пациента, ни для медицинского работника данные документы напрямую не порождают. Что же касается основания для получения медицинским работником, участвующим в проведении диспансеризации или вакцинации, стимулирующих выплат, то документом, непосредственно предоставляющим право на их получение, указанные отчетные формы (форма № 5 федерального государственного статистического наблюдения

⁴³¹ Апелляционное постановление Свердловского областного суда от 28 ноября 2017 г. по делу № 22-8920/2017.

⁴³² Приговор Когалымского городского суда (Ханты-Мансийский автономный округ-Югра) от 24 января 2013 г. по делу № 1-11/2013.

«Отчет о профилактических прививках» (квартальная, годовая), форма № 6 федерального государственного статистического наблюдения «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний, по состоянию на 31 декабря истекшего года», форма статистической отчетности № 131/0 «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения») не являются. Они лишь фиксируют факт проведения диспансеризации либо вакцинации в определенном объеме, но не предоставляют право на получение выплаты напрямую. Получение выплат осуществляется на основании документации, которая составляется медицинским учреждением и определяет объем стимулирующих выплат конкретным работникам из средств, полученных от территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Этот механизм находит свое отражение в текстах судебных актов, однако суд не дает ему надлежащей правовой оценки, увязывая право на получение стимулирующих выплат непосредственно с внесением данных в указанные формы и документацию медицинского характера: «По итогам заседаний комиссии по распределению средств, полученных за проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения за январь—февраль 2016 года, Ихсановой Ж.Х. установлена надбавка в сумме 7 733 (семь тысяч семьсот тридцать три) рубля 00 копеек, в том числе 203 (двести три) рубля 00 копеек за проведение диспансеризации»⁴³³; «комиссией по начислению денежных средств лицам, участвующим в дополнительной диспансеризации, председателем которой являлась заместитель главного врача по поликлинике... были составлены протоколы начисления денежных средств лицам, участвующим в дополнительной диспансеризации. <...> На основании представленных протоколов начисления денежных средств лицам, участвующим в дополнительной диспансеризации, в период с 07.04.2014 по 31.12.2014 на лицевой счет Наумовой Н.А. перечислены денежные средства»⁴³⁴.

⁴³³ Приговор Ленинского районного суда г. Магнитогорска (Челябинская область) от 18 октября 2017 г. по делу № 1-285/2017.

⁴³⁴ Приговор Златоустовского городского суда (Челябинская область) от 2 сентября 2015 г. по делу № 1-426/2015.

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

Квалификация подделки документов по ст. 292 или 327 УК РФ требует установления признака общественной опасности содеянного. Анализ правоприменительной практики показывает: вывод о наличии состава подделки документов делается на основании только того, что лицо медосмотр не прошло. В связи с этим официальный документ, предоставляющий права, признается поддельным. Вопрос о соответствии вывода о врачебном допуске лица к работе реальному состоянию его здоровья обычно не исследуется. Обвинение исходит из того, что самого факта непрохождения указанного в медицинском заключении медосмотра уже достаточно для констатации наличия состава преступления. Однако общественная опасность изготовления поддельного документа и его последующего использования прежде всего связана с рисками неправомерных управленческих решений, когда они принимаются в отсутствие оснований. Для принятия управленческого решения, для которого определяющее значение имеет состояние здоровья лица, представившего медицинское заключение (например, о допуске к исполнению трудовых обязанностей), главное, чтобы состояние здоровья работника отвечало предусмотренным требованиям, чтобы исполнение им трудовых обязанностей не навредило ни его здоровью, ни здоровью окружающих. Степень общественной опасности подделки медицинского заключения будет существенным образом отличаться в зависимости от того, как соотносится реальное состояние здоровья

работника с выводами, содержащимися в медицинском заключении. Одно дело, когда в результате использования подделки к работе допускают нездорового человека и возникают недопустимые риски для безопасности жизни и здоровья самого работника и/или окружающих, и другое — когда таких рисков нет. Подавляющее большинство людей знает о состоянии своего здоровья, в том числе и о том, соответствует оно предъявляемым требованиям или нет. Причины, по которым здоровые люди «покупают» медицинские заключения, разные. Чаще других называют нежелание тратить время, терпеть неприятные медицинские обследования, проходить бесполезную процедуру, когда все и так известно. Поэтому многие предпочитают заплатить (а платить все равно необходимо) и не проходить медосмотр. В случае, когда главный вывод медицинского заключения о состоянии здоровья осматриваемого соответствует реальному положению вещей, отсутствует основная составляющая общественной опасности оборота поддельных документов — нет рисков принятия необоснованных управленческих решений. В связи с этим использование подложного медицинского документа, когда указанные в нем выводы о состоянии здоровья соответствуют действительности и при этом лицо, которое использует подложный документ, знает о состоянии своего здоровья (например, в силу того, что является врачом или по причине недавнего обследования), целесообразно оценивать как малозначительное деяние. Выдачу же подложного документа врачом, не проводившим медицинского осмотра и не имевшим никаких сведений о состоянии здоровья лица, которому выдается медицинский документ, по общему правилу следует признавать общественно опасным деянием. Хотя и в таких случаях вывод о состоянии здоровья лица, указанный в подложном документе, может соответствовать действительности (часто так оно и есть), тем не менее существует определенный риск выдачи документа с неверным выводом о состоянии здоровья якобы осмотренного лица. Если врач не проводил медосмотр, но он знает о состоянии здоровья осматриваемого (например, это его знакомый или до этого он консультировал осматриваемого) и в медицинском заключении отражает реальные сведения о состоянии здоровья, то выдача медицинского заключения без осмотра также не представляет общественной опасности.

В связи с изложенным при оценке общественной опасности оборота поддельных медицинских заключений о состоянии здоровья необходимо учитывать соответствие реального состояния здоровья выводам о нем, содержащимся в заключении. Если медицинское заключение соответствует состоянию здоровья, то целесообразно рассмотреть вопрос о признании деяния малозначительным.

Еще одной проблемой, выявленной в ходе изучения судебной практики, является самостоятельная уголовно-правовая оценка подделки документов, совершенной за незаконное вознаграждение. В соответствии с п. 22 Постановления Пленума № 24 совершение должностным лицом или лицом, выполняющим управленческие функции в коммерческой или иной организации, за взятку либо незаконное вознаграждение при коммерческом подкупе действий (бездействия), образующих самостоятельный состав преступления, не охватывается объективной стороной преступлений, предусмотренных ст. 290 и чч. 5—8 ст. 204 УК РФ, и подлежит самостоятельной квалификации по ст. 285, 286, 292 УК РФ и т. п.

Как указывалось выше, наиболее часто встречающимися в практике услугами, за которые получалось незаконное вознаграждение медицинскими работниками, являются услуги, связанные с определением профессиональной пригодности при трудоустройстве или в процессе осуществления профессиональной деятельности — оформление санитарных книжек, документов предварительного или периодического медицинского осмотра. Под внесением в официальные документы заведомо ложных сведений, исправлений, искажающих действительное содержание указанных документов, понимают отражение и (или) заверение заведомо не соответствующих действительности фактов как в уже существующих официальных документах (подчистка, дописка и др.), так и изготовление нового документа, в том числе с использованием бланка соответствующего документа. Незаконное вознаграждение передавалось для оформления вышеперечисленных документов без фактического прохождения медицинского освидетельствования либо за указание в них недостоверных сведений, а именно сведений о наличии либо отсутствии определенных заболеваний. Следовательно, в действиях медицинских работников, вносящих недостоверные сведения в медицинские документы, содержатся составы преступлений, предусмотренных ст. 292 либо ст. 327 УК РФ.

Это означает, что получение незаконного денежного вознаграждения за выдачу вышеперечисленных документов в зависимости от признаков субъекта требует квалификации взятки либо коммерческого подкупа по совокупности со ст. 292 либо ст. 327 УК РФ. Однако, как показало обобщение судебной практики, суды не всегда следуют этому правилу⁴³⁵. Наиболее парадоксальным, с нашей точки зрения, является приговор, где суд указывает, что осужденный, «продолжая реализовывать свой преступный умысел, направленный на получение взятки лично в виде денег, собственноручно внес заведомо ложные сведения в медицинскую справку, являющуюся официальным документом, о допуске Б.Ю.В. к управлению транспортным средством в графу <данные изъяты> без ее объективного осмотра соответствующим врачом-специалистом» (выделено нами. — Н.П., Е.С.)⁴³⁶, однако самостоятельной уголовно-правовой оценки этим действиям суд не дает.

Следует также обратить внимание, что отсутствие самостоятельной квалификации действий по подделке официального документа может влечь и ошибки в уголовно-правовой оценке действий по получению незаконного вознаграждения, в частности вменение ч. 1 ст. 290 УК РФ вместо ч. 3 ст. 290 УК РФ, предусматривающей ответственность за получение взятки за незаконные действия, выразившиеся в том числе во внесении заведомо ложных сведений в официальный документ. Так, суд квалифицировал содеянное Толепбергеновой Т.А. по ч. 1 ст. 290 УК РФ, не рассмотрев вопрос о признании справки об установлении инвалидности официальным документом и не вменив ст. 292 УК РФ ни по одному из эпизодов, что привело и к неверной квалификации получения взятки⁴³⁷.

⁴³⁵ Приговор Октябрьского районного суда г. Мурманска (Мурманская область) от 30 января 2020 г. по делу № 1-6/2020 (1-215/2019); приговор Ленинского районного суда г. Мурманска (Мурманская область) от 28 июля 2015 г. по делу № 1-216/2015; приговор Ленинского районного суда г. Мурманска (Мурманская область) от 16 января 2014 г. по делу № 1-15/2014 (1-389/2013); приговор Центрального районного суда г. Сочи (Краснодарский край) от 7 сентября 2010 г. по делу № 1-464/2010 и т. д.

⁴³⁶ Приговор Пачелмского районного суда (Пензенская область) от 22 апреля 2015 г. по делу № 1-23/2015.

⁴³⁷ Приговор Советского районного суда г. Тулы (Тульская область) от 20 ноября 2017 г. по делу № 1-108/2017.

Следующая проблема, связанная с квалификацией подделки официальных документов, которая была выявлена в результате обобщения судебной практики, — вменение ст. 292 УК РФ и ст. 327 УК РФ одному и тому же медицинскому работнику в зависимости от вида медицинского документа, который был подделан. Так, судом Савиновских Т.Л. за подделку больничных листов была признана виновной по ст. 292 УК РФ, а за подделку санитарных книжек и медицинской справки о допуске к управлению транспортным средством — по ст. 327 УК РФ⁴³⁸. С нашей точки зрения, это является абсолютно неправильным. И больничный лист, и санитарная книжка, и справка о допуске к управлению транспортным средством относятся к официальным документам. Савиновских Т.Л. была признана должностным лицом, осуществляла подделку официальных документов за денежное вознаграждение, следовательно, корыстная заинтересованность в содеянном присутствует. Поэтому действия Савиновских по подделке всех вышеназванных документов должны были быть квалифицированы единообразно — по ст. 292 УК РФ⁴³⁹. Следует подчеркнуть, что с учетом трактовки предмета преступления Верховным Судом Российской Федерации в Постановлениях Пленума № 24 и № 43 (по ст. 292 и ст. 327 соответственно) вменение указанных статей зависит не от вида подделываемого документа, а от характеристик субъекта, поскольку для ст. 292 УК РФ он является специальным. Это означает, что во всех случаях признания подделанного документа официальным, а субъекта — должностным лицом вменению подлежит только ст. 292 УК РФ по всем эпизодам подделки. Статья 327 УК РФ должна вменяться только тогда, когда лицо, подделавшее официальный документ, не отвечает требованиям специального субъекта, предусмотренным диспозицией ч. 1 ст. 292 УК РФ.

⁴³⁸ Приговор Правобережного районного суда г. Магнитогорска (Челябинская область) от 11 декабря 2015 г. по делу № 1-81/2015.

⁴³⁹ В ходе исследования был выявлен приговор, в котором суд допустил схожую ошибку при квалификации содеянного, не оценив наличие у субъекта преступления признаков должностного лица (при этом верно квалифицировав получение незаконного вознаграждения как мелкую взятку) и вменив ст. 327 УК РФ в части подделки документа, признанного официальным, вместо ст. 292 УК РФ. См. приговор Петровского районного суда (Ставропольский край) от 1 марта 2018 г. по делу № 1-35/2018.

Следующая практическая проблема в сфере правовой оценки получения незаконного вознаграждения медицинскими работниками при проведении профилактических мероприятий обусловлена тем, что суды далеко не всегда правильно оценивают содеянное при наличии в деянии лица признаков вымогательства взятки либо подкупа. Под вымогательством взятки (подкупа) принято понимать требование должностного лица либо лица, наделенного управленческими функциями в коммерческой организации, дать взятку (подкуп) под угрозой совершения действий, которые могут причинить ущерб законным интересам гражданина (например, под угрозой незаконного привлечения к ответственности) либо поставить его в такие условия, при которых он вынужден передать незаконное вознаграждение с целью предотвращения вредных последствий для его правоохраняемых интересов. Если взяткодатель заинтересован в неправомерном поведении должностного лица, стремится обойти закон, установленную процедуру решения того или иного вопроса, добиться удовлетворения своих незаконных интересов, уйти от заслуженной ответственности и т. п., то вымогательство как квалифицирующий признак получения взятки отсутствует. Не может рассматриваться как вымогательство и угроза со стороны взяткополучателя совершить в отношении взяткодателя законные действия, хотя и затрагивающие его интересы.

Для квалификации содеянного по п. «б» ч. 5 ст. 290 УК РФ либо по п. «б» ч. 7 ст. 204 УК РФ не имеет значения, была ли у субъекта реальная возможность осуществить указанную угрозу, если у лица, передавшего взятку или предмет коммерческого подкупа, имелись основания опасаться ее осуществления (п.18 Постановления Пленума № 24).

В связи с изложенным, с нашей точки зрения, Кореновский районный суд в приговоре неверно дал уголовно-правовую характеристику действиям осужденной, не вменив ей вышеназванный квалифицирующий признак. Так, в приговоре указано, что «в ходе производства экспертизы годности (негодности) освидетельствуемого Н.Т.В. по офтальмологическому профилю подсудимая Дацко Н.А. выявила отклонения зрения в виде миопии слабой степени обоих глаз (70 %), т. е. наличие «близорукости», что не входит в перечень медицинских противопоказаний

к управлению транспортным средством, утвержденный постановлением Правительства РФ, о чем она была осведомлена. Однако она сказала что данные нарушения препятствуют прохождению комиссии и если Н.Т.В. хочет, чтобы она указала в медицинской справке, что у него отсутствуют противопоказания по зрению, то он должен передать ей денежные средства в сумме <...> рублей, в качестве взятки. Н.Т.В. ответил, что у него отсутствуют с собой денежные средства в данной сумме. После чего Дацко Н.А. сказала, что если он не найдет необходимую сумму, то она не поставит свою визу в справке об отсутствии у него показания в части <...> и тем самым он не пройдет комиссию и не получит новое водительское удостоверение, а так как старое у него уже закончилось, не сможет управлять автомобилем. Также в ходе разговора врач Дацко Н.А. пояснила, что если он не передаст ей денежные средства в размере <...><...> рублей, то останется без водительского удостоверения, так как она внесет в медицинскую справку сведения об его заболевании. После чего врач Дацко Н.А. оставила у себя его медицинскую карту и медицинскую справку о допуске к управлению транспортным средством и сказала, чтобы он как можно быстрее искал денежные средства. И передала соответствующие документы только после получения предмета взятки»⁴⁴⁰. Налицо требование должностного лица дать взятку под угрозой совершения действий, которые могут причинить ущерб законным интересам гражданина, что следует расценивать как вымогательство взятки и квалифицировать содеянное по ч. 5 ст. 290 УК РФ.

Как было установлено, суды также испытывают трудности с правовой оценкой получения взятки с точки зрения участия посредника в содеянном. Так, суд в приговоре указал, что осужденная «получила от Свидетель № 9 *через посредника* Свидетель № 2 взятку в виде денег в размере 10 000 рублей за предоставление во врачебно-экспертную комиссию положительного эпикриза своего наблюдения Свидетель № 9 без назначения дополнительных медицинских обследований, которыми распорядилась по своему усмотрению»

⁴⁴⁰ Приговор Кореновского районного суда (Краснодарский край) от 20 июля 2015 г. по делу № 1-153/2015.

(выделено нами. — *Н.П., Е.С.*)⁴⁴¹. Однако в описательной части приговора указано, что лицо, которое было оценено судом как посредник (сын осужденной), выполняло поручение матери, не имея информации о характере взаимоотношений между ней и лицом, от которого оно получало денежные средства для передачи: «В телефонном разговоре пояснила Свидетель № 9, что она по месту своего жительства отсутствует и денежные средства в размере 10 000 рублей, предназначенные для нее в качестве взятки, необходимо передать ее сыну — Свидетель № 2, находящемуся в ее квартире, расположенной по адресу: <адрес>, после чего поставила в известность об этом Свидетель № 2, не осведомляя его о преступном характере своих деяний».

В подобных ситуациях при оценке содеянного следует учитывать, что посредничество во взяточничестве в ч. 1 ст. 291.1 УК РФ определяется как непосредственная передача взятки по поручению взяткодателя или взяткополучателя либо способствование в достижении или реализации соглашения между взяткодателем и взяткополучателем. Из данных положений (как и из доктрины уголовного права, определяющей форму и вид вины в преступлениях с формальным составом⁴⁴²) следует, что вина посредника может быть выражена только в форме прямого умысла. Так, в научной литературе совершенно справедливо указывается, что для физического посредника (передающего предмет взятки) необходимо установление осознания им всех юридически значимых фактических обстоятельств, характеризующих содеянное как взяточничество (интеллектуальный элемент): «посредник должен осознавать, что:

принимаемые им материальные ценности являются взяткой;

принимаемая им взятка предназначена для передачи взяткополучателю;

⁴⁴¹ Приговор Шилкинского районного суда (Забайкальский край) от 13 марта 2019 г. по делу № 1-69/2019 (1-480/2018).

⁴⁴² Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / под ред. А.И. Рарога. М., 2004. С. 40. Еще в рамках подготовки Уголовного уложения 1903 года авторами пояснительной записки к нему указывалось, что прямой умысел может иметь место как в формальных, так и в материальных составах, а косвенный — только в материальных. См.: Таганцев Н.С. Русское уголовное право. Лекции. Часть Общая. В 2 т. Т. 1 / сост. и отв. ред. Н.И. Загородников. М., 1994. С. 229.

поручение на передачу взятки получено от взяткодателя или взяткополучателя»⁴⁴³. Волевой же элемент прямого умысла при физическом посредничестве представляет собой желание передать принятый им предмет взятки от взяткодателя взяткополучателю. Из этого следует, что посредником может быть названо только то лицо, которое понимает незаконный характер передачи денег или иного имущества, действует по поручению одного из участников незаконного соглашения (взяткодателя либо взяткополучателя) и желает этого. При этом размер передаваемой взятки влияет на возможность привлечения к ответственности самого посредника, но не на сам факт установления его роли в схеме взаимодействия между взяткодателем и взяткополучателем. Таким образом, следует констатировать, что если вина в форме прямого умысла 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 быть признан не может.

Что касается вопросов назначения наказания, то основные проблемы у судов возникают с назначением дополнительного наказания в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, а также с учетом смягчающих обстоятельств в порядке ст. 61 УК РФ. Лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью как вид наказания состоит в запрещении занимать должности на государственной службе, в органах местного самоуправления либо заниматься определенной профессиональной или иной деятельностью. То есть содержание данного вида наказания заключается в ограничении трудовых прав лица, права на занятие определенной деятельностью и, как следствие, зачастую приводит к уменьшению размеров заработной платы или иного дохода осужденного, а также нередко воздействует на его социальное положение.

По смыслу уголовного закона лишение права занимать определенные должности состоит в запрещении занимать должности только на государственной службе или в органах местного самоуправления.

⁴⁴³ Моисеенко М.И. *Субъективная сторона посредничества во взяточничестве // Пробелы в российском законодательстве. 2014. № 1. С. 144.*

Запрет занимать должности в государственных и муниципальных учреждениях законом не предусмотрен (ст. 47 УК РФ)⁴⁴⁴. Однако, как показывает изученная практика, суды нарушают данное правило. В частности, назначая вышеназванный вид наказания в качестве дополнительного, суды в приговоре указывают: «с лишением права занимать должности в коммерческих, иных организациях, связанные с осуществлением организационно-распорядительных и административно-хозяйственных полномочий»⁴⁴⁵; «с лишением права занимать должности в системе здравоохранения, связанные с выполнением организационно-распорядительных функций»⁴⁴⁶; «в виде лишения права занимать должность председателя врачебно-экспертной комиссии»⁴⁴⁷; «с лишением права занимать должности, связанные с выполнением организационно-распорядительных и административно-хозяйственных функций в государственных и муниципальных учреждениях, оказывающих медицинские услуги»⁴⁴⁸; «с лишением права занимать должность, связанную с выполнением организационно-распорядительных функций в государственном учреждении»⁴⁴⁹ и т. д. Нарушение соответствующего требования уголовного закона может стать основанием отмены или изменения приговора, что имеет место в практике вышестоящих судов⁴⁵⁰, в связи с чем следует рекомендовать судам при назначении данного вида наказания внимательно подходить к формулированию

⁴⁴⁴ Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 1 (2020) : утв. Президиумом Верховного Суда Российской Федерации 10 июня 2020 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁴⁴⁵ Приговор Октябрьского районного суда г. Мурманска (Мурманская область) от 30 января 2020 г. по делу № 1-6/2020 (1-215/2019).

⁴⁴⁶ Приговор Ленинского районного суда г. Мурманска (Мурманская область) от 28 июля 2015 г. по делу № 1-216/2015.

⁴⁴⁷ Приговор Центрального районного суда г. Сочи (Краснодарский край) от 7 сентября 2010 г. по делу № 1-464/2010.

⁴⁴⁸ Приговор Екатеринбургского гарнизонного военного суда (Свердловская область) от 28 января 2020 г. по делу № 1-1/2020 (1-115/2019).

⁴⁴⁹ Приговор Волжского городского суда (Волгоградская область) от 2 ноября 2015 г. по делу № 1-1156/2015.

⁴⁵⁰ См., напр., кассационное определение Судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Российской Федерации от 29 августа 2019 г. № 46-УД19-24; постановление Президиума Волгоградского областного суда от 28 августа 2013 г. по делу № 44у-172/2013.

запрета и в подобных случаях назначать наказание в виде запрещения заниматься определенной деятельностью.

В части учета смягчающих обстоятельств суд не ограничен перечнем ч. 1 ст. 61 УК РФ (в отличие от перечня отягчающих) и может признать в качестве такового любое обстоятельство, в частности «признание вины, в том числе и частичное, раскаяние в содеянном, наличие несовершеннолетних детей при условии, что виновный принимает участие в их воспитании, материальном содержании и преступление не совершено в отношении их, наличие на иждивении виновного престарелых лиц, его состояние здоровья, наличие инвалидности, государственных и ведомственных наград, участие в боевых действиях по защите Отечества и др.»⁴⁵¹. Необходимо отметить, что суды очень активно пользуются предоставленным уголовным законодательством правом учета различных обстоятельств в качестве смягчающих, в основном следуя указаниям Пленума Верховного Суда Российской Федерации. Однако учет некоторых обстоятельств в качестве смягчающих вызывает обоснованные сомнения по целому ряду причин. Обстоятельства, смягчающие наказание, могут характеризовать как личность, так и само преступление, что позволяет говорить об их меньшей опасности по сравнению с той, которая в среднем предполагается для преступления, предусмотренного Особенной частью УК РФ, и лица, его совершившего. Таким образом, учитывать в качестве смягчающих следует только те обстоятельства, которые свидетельствуют о понижении опасности личности и/или совершенного преступления в данном конкретном случае⁴⁵². При этом, как представляется, указанные обстоятельства не должны, с одной стороны, быть типичными для всех законо-

⁴⁵¹ *О практике назначения судами Российской Федерации уголовного наказания : Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 22 декабря 2015 г. № 58 : текст с изм. и доп. на 18 декабря 2018 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

⁴⁵² *О способности указанных обстоятельств смягчать наказание в силу их существенного влияния на тяжесть преступления и (или) личность виновного указывают многие исследователи. См., напр.: Кругликов Л.Л. Уголовно-правовые средства обеспечения справедливости наказания : учеб. пособие. - Ярославль, 1986. С. 63 ; Козаченко И.Я. Уголовное наказание: понятие, виды, назначение. Екатеринбург, 1994. С. 88 ; Меньшикова А.Г. Обстоятельства, смягчающие наказание // Викимнология. 2020. № 3 (25). С. 50.*

послушных граждан, с другой — не должны смешиваться с иными обстоятельствами, которые учитываются при назначении наказания (ст. 60 УК РФ), например с теми, которые могут позволить выбрать вид и размер наказания с учетом влияния на исправление осужденного и на условия жизни его семьи. В связи с этим представляется, что такое обстоятельство, как отсутствие судимости (непривлечение к ответственности ранее, как к уголовной, так и к административной)⁴⁵³, не должно рассматриваться судом как смягчающее обстоятельство. Непривлечение к ответственности ранее является нормальным, естественным состоянием законопослушного гражданина, не представляет собой особую заслугу данного лица. Кроме того, в числе смягчающих обстоятельств есть указание на совершение преступления впервые (п. «а» ч. 1 ст. 61 УК РФ), которое, однако, признано законодателем способным повлиять на наказание, только если лицо привлекается к ответственности за преступление небольшой или средней тяжести, совершенное вследствие случайного стечения обстоятельств. Полагаем, что учет привлечения к ответственности впервые в иных случаях законодатель счел невозможным в силу недостаточной значимости этого обстоятельства для влияния на назначение наказания. Следует также отметить, что непривлечение к ответственности ранее имеет еще один вариант учета в соответствии с положениями УК РФ — если лицо привлекалось ранее за совершение умышленного преступления, то в его действиях будет установлен рецидив (ст. 18 УК РФ), рассматриваемый в качестве отягчающего наказание обстоятельства (п. «а» ч. 1 ст. 63 УК РФ), и в силу этого будет повышен нижний предел возможного наказания (ч. 2 ст. 68 УК РФ). Соответственно, отсутствие предыдущего осуждения, влекущего рецидив, не влияет на пределы на-

⁴⁵³ Приговор Центрального районного суда г. Барнаула (Алтайский край) от 13 июля 2018 г. по делу № 1-338/2018; приговор Увельского районного суда (Челябинская область) от 10 июля 2018 г. по делу № 1-84/2018; приговор Петровского районного суда (Ставропольский край) от 1 марта 2018 г. по делу № 1-35/2018; приговор Ингодинского районного суда г. Читы (Забайкальский край) от 25 сентября 2017 г. по делу № 1-97/2017; приговор Центрального районного суда г. Читы (Забайкальский край) от 8 сентября 2017 г. по делу № 1-56/2017 (1-556/2016); приговор Ленинского районного суда г. Саранска (Республика Мордовия) от 29 сентября 2016 г. по делу № 1-232/2016.

значаемого наказания, не образуетотягчающее обстоятельство и, следовательно, является юридически нейтральным.

Еще одной проблемой, выявленной в ходе исследования судебных актов, стало решение вопроса о назначении наказания при повторном совершении коррупционных преступлений. В частности, приговором Череповецкого городского суда от 29 декабря 2017 г. Свистунова была осуждена по совокупности преступлений — за получение 5 мелких взяток по ч. 1 ст. 291.2 УК РФ, взятки за совершение незаконных действий по ч. 3 ст. 290 УК РФ, а также за 6 случаев служебного подлога. По приговору суда ей было назначено основное наказание по совокупности преступлений в виде 3 лет и 6 месяцев лишения свободы условно с испытательным сроком 3 года; в качестве дополнительного наказания по ст. 290 УК РФ был назначен штраф в сумме 14 300 рублей. Вопрос о лишении права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, в рамках которой были совершены преступления, судом был решен отрицательно, поскольку «в настоящее время она работает в должности медицинской сестры, в силу своей деятельности она не осуществляет организационно-распорядительных функций и полномочий по принятию решений, имеющих юридическое значение и влекущих определенные юридические последствия в сфере здравоохранения, кроме того, иной профессии она не имеет, поэтому в случае назначения данного наказания может испытать трудности в трудоустройстве, что повлечет за собой ухудшение ее материального положения»⁴⁵⁴. Однако в апреле 2018 года этим же судом в отношении Свистуновой был вынесен новый приговор по ч. 1 ст. 291.2 и ч. 1 ст. 292 УК РФ, которым она была осуждена к ограничению свободы сроком на 6 месяцев. При этом из приговора суда невозможно установить, идет ли речь о вновь совершенном преступлении либо о преступлении, которое было совершено до вынесения первого приговора в декабре 2017 года (данные о дате совершения преступления в приговоре скрыты). Судом в приговоре от 11 апреля 2018 года указано лишь то, что предыдущий приговор подлежит самостоятельному исполнению, однако никаких

⁴⁵⁴ Приговор Череповецкого городского суда (Вологодская область) от 29 декабря 2017 г. по делу № 1-1094/2017.

обоснований этому не дано⁴⁵⁵. Как представляется, если речь идет о вновь совершенном преступлении, то суду следовало поставить и разрешить вопрос об отмене условного осуждения в порядке ч. 4 ст. 74 УК РФ, а также вновь вернуться к рассмотрению вопроса о назначении наказания в виде лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью. Если же приговор от 11 апреля 2018 года был вынесен за совершение преступления, которое имело место до вынесения приговора от 29 декабря 2017 года, то суду следовало при назначении окончательного наказания руководствоваться правилами ч. 5 ст. 69 УК РФ и отразить это в приговоре.

Схожая ситуация имеет место при вынесении приговора Центральным районным судом г. Новосибирска от 11 апреля 2016 года, которым Т. осужден за 4 преступления, предусмотренные ч. 3 ст. 290 УК РФ к лишению свободы сроком 3 года и 6 месяцев условно. При этом в приговоре указано, что Т. имеет судимость за аналогичное преступление (ч. 3 ст. 290 УК РФ), наказание за которое было решено также считать условным⁴⁵⁶. Опять же в силу отсутствия возможности определить время совершения преступлений, за которые вынесен приговор в апреле 2016 года (данные о дате совершения преступления в приговоре скрыты), нельзя однозначно сделать вывод о том, имеет место осуждение за вновь совершенные преступления или те, которые были совершены до вынесения первого приговора. Однако, как представляется, судом должен быть принят во внимание факт совершения идентичных преступлений, разрешен вопрос о необходимости сохранения или отмены условного осуждения по первому приговору в рамках ч. 4 ст. 74 УК РФ либо назначения наказания в порядке ч. 5 ст. 69 УК РФ. Также при принятии решения об условном осуждении в более позднем приговоре судом должно быть учтено количество эпизодов совершенного преступления, свидетельствующее о систематичности совершения лицом преступных действий в рамках профессиональной деятельности,

⁴⁵⁵ Приговор Череповецкого городского суда (Вологодская область) от 11 апреля 2018 г. по делу № 1-276/2018.

⁴⁵⁶ Приговор Центрального районного суда г. Новосибирска (Новосибирская область) от 11 апреля 2016 г. по делу № 1-54/2016 (1-562/2015).

что вряд ли позволяет считать условное осуждение (в том числе без дополнительного наказания, лишаящего лицо возможности продолжать совершать незаконные действия, оставаясь на той же должности) справедливым и эффективным методом реагирования государства на содеянное.

Выводы

Подводя итоги проведенному криминологическому и уголовно-правовому исследованию коррупционных преступлений в сфере профилактической медицины, отметим, что доля преступлений, совершаемых медицинскими работниками при проведении профилактических медицинских мероприятий, составляет чуть больше $\frac{1}{4}$ (52 из 200 исследованных приговоров), основная масса которых квалифицирована как получение взятки (ст. 290 и 292.1 УК РФ). При этом большинство совершаемых в сфере профилактической медицины преступлений носит характер многоэпизодных (2–10 эпизодов с одинаковой схемой получения незаконного вознаграждения и одинаковым характером оказываемых услуг) и сосредоточено в сфере проведения профилактических и иных медицинских осмотров.

Наиболее часто встречающиеся в практике услуги, за которые получалось незаконное вознаграждение медицинскими работниками, связаны с определением профессиональной пригодности при трудоустройстве или в процессе осуществления профессиональной деятельности. Субъектами коррупционных преступлений в указанной сфере выступают, как правило, врачи-специалисты и фельдшеры, в подавляющем большинстве ранее не судимые. Предмет взятки/коммерческого подкупа в основном — денежные средства, как правило, в сумме до 10 000 рублей (по каждому отдельному эпизоду получения незаконного вознаграждения).

Получающие незаконное вознаграждение в виде взятки или коммерческого подкупа медицинские работники действуют как на основании личных договоренностей, так и через посредника, причем одно лицо по разным эпизодам получения незаконного вознаграждения может действовать как лично, так и через посредника, связь с которым является устойчивой — одно и то же лицо выступает

в качестве посредника по всем эпизодам получения незаконного вознаграждения конкретным медицинским работником.

С хронологической точки зрения типичная схема взаимодействия между медицинским работником и передающим незаконное вознаграждение лицом такова: достижение соглашения о передаче вознаграждения (лично или через посредника) — передача предмета взятки/коммерческого подкупа в полном объеме или частично (лично или через посредника) — оказание медицинским работником услуги, за которую было получено незаконное вознаграждение.

В качестве основного наказания за коррупционные преступления в сфере профилактической медицины, как правило, назначают наказания, не связанные с лишением свободы, наиболее распространенным среди которых является штраф. При этом суды обычно считают необходимым назначить дополнительное наказание за коррупционные преступления. Однако 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/не является необходимым.

В части квалификации содеянного судам следует учитывать, что получение незаконного вознаграждения пусть и одновременно, но за совершение действий (бездействие) в пользу разных лиц, требует квалификации по совокупности преступлений, а не в качестве единого продолжаемого преступления.

Представляется целесообразным рекомендовать правоприменителю внимательнее подходить к уголовно-правовой оценке действий медицинских работников, совершающих за незаконное вознаграждение подделку официальных документов с внесением в них недостоверных сведений медицинского характера, и квалифицировать содеянное во всех случаях наличия подделки (при условии признания

подделываемого документа официальным) по совокупности статей, предусматривающих ответственность за взятку (коммерческий подкуп) и подделку документов (ст. 292 или ст. 327 УК РФ).

Необходимо также обратить внимание судов на то, что вменение одному и тому же лицу ст. 292 и ст. 327 УК РФ в зависимости от вида подделываемого документа недопустимо: вменение указанных статей зависит исключительно от характеристик субъекта. Это предполагает вменение ст. 292 УК РФ по всем эпизодам, когда подделанный документ признан официальным, а субъект — должностным лицом.

Судам следует иметь в виду, что посредником во взяточничестве (как и в коммерческом подкупе) может быть признано только лицо, у которого установлена вина в форме прямого умысла на осуществление посреднических действий, т. е. которое понимает незаконный характер передачи денег или иного имущества, действует по поручению одного из участников незаконного соглашения (взяткодателя либо взяткополучателя) и желает этого. Если вина в форме прямого умысла у лица в совершении посредничества во взяточничестве отсутствует, то дачу и получение взятки следует считать совершенными лично (без посредника), так как субъект, ее передавший, не может быть признан посредником в силу отсутствия вины.

При назначении дополнительного наказания судам следует внимательно подходить к формулированию запрета с учетом того, что по смыслу уголовного закона лишение права занимать определенные должности состоит в запрещении занимать должности только на государственной службе или в органах местного самоуправления, а запрет занимать должности в государственных и муниципальных учреждениях законом не предусмотрен (ст. 47 УК РФ).

3.6.2. Об ответственности за причинение вреда при вакцинопрофилактике за рубежом

В соответствии с целью и задачами исследования анализ зарубежного законодательства и судебной практики по вопросам компенсационных мер при наступлении вреда здоровью при проведе-

нии вакцинопрофилактики был проведен по двум направлениям: нормативное регулирование компенсационных выплат публичного характера и гражданско-правовая ответственность при причинении вреда здоровью при вакцинации.

Нужно отметить, что в ходе исследования нами также были выявлены некоторые интересные тенденции уголовной политики в вопросах неосторожного причинения вреда жизни или здоровью при проведении вакцинации⁴⁵⁷. **Последний аспект не входил в задачи исследования, останавливаться на нем подробно мы не будем. Полагаем, что указанная проблематика ввиду ее сложности дискуссионного характера должна быть рассмотрена в рамках отдельного исследования.**

Компенсационные меры публичного характера

Современные системы права зачастую предусматривают специальные нормы, устанавливающие соответствующие компенсационные меры при развитии поствакцинальных осложнений, а также порядок получения компенсации. При этом размер причитающихся потерпевшему выплат со стороны государства, условия, при которых возникает право на получение компенсации, а также субъектный состав лиц, имеющих право на нее претендовать, напрямую зависят от понимания природы государственного обязательства

⁴⁵⁷ Так, в качестве одного из примеров можно привести опыт итальянских властей, которые на пике эпидемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 предприняли попытку частичной декриминализации неосторожного причинения вреда жизни и здоровью граждан медицинскими работниками при проведении вакцинации anti-SARS-CoV-2. Ст. 3 Декрета-закона от 1 апреля 2021 г. № 44 «Срочные меры в целях сдерживания эпидемии COVID-19, в части вакцинации anti-SARS-CoV-2, правосудия и публичных конкурсов», конвертированного с поправками Законом от 28 мая 2021 г. (опубликован в G.U. 31/05/2021, п. 128), предусматривается исключение уголовного наказания в случае, если вред наступил при проведении вакцинации в условиях неблагоприятной эпидемической обстановки и при условии соблюдения медицинскими работниками инструкций к вакцине или методических рекомендаций исполнительного органа власти в сфере здравоохранения. URL: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2021;44-art4> (дата обращения: 03.09.2022).

компенсировать вред, причиненный при проведении профилактики. Так, в частности, возможен подход, в соответствии с которым государственное пособие представляет собой компенсацию, которая призвана покрыть недостаточность в действиях третьих лиц (производителя, медицинского работника). При подобной трактовке можно допустить, что и публичные, и частные механизмы компенсации имеют одну и ту же природу и несут в себе идентичную функцию возмещения причиненного вакцинацией вреда здоровью. Однако доминирующим во многих современных правопорядках является подход, в соответствии с которым государственное пособие и меры компенсации частноправового характера имеют различную природу и основываются на различных принципах. Исходя из того, что иммунопрофилактика зачастую имеет своей целью не только и не столько защиту здоровья отдельного индивидуума, но в большей степени формирование необходимого уровня иммунизации всего населения, т. е. проводится в интересах общественного здоровья, на общество, а значит, на государство накладываются обязательства по компенсации возможного ущерба отдельному индивидууму, оправданного с точки зрения коллективного интереса. Иными словами, государственные выплаты являются производными долга общественной солидарности, представляют собою особую меру общественной поддержки потерпевшего в справедливом возмещении ущерба, причитающемся за простой факт наступления вреда здоровью в результате деятельности, осуществляемой в публичном интересе и приносящей выгоду всему обществу в целом. Исходя из этого, компенсации подлежит поствакцинальный вред вне зависимости от виновности разработчика, производителя или медицинского работника, проводящего медицинское вмешательство. В целях установления оснований получения государственного пособия незначимым является и тот факт, был ли потерпевший надлежащим образом информирован о преимуществах вакцинации и рисках, которым он подвергает свое здоровье, соглашаясь на введение той или иной вакцины, и в целом, проводилась ли вакцинация по желанию потерпевшего, или данное медицинское вмешательство носило для него в той или иной степени принудительный характер.

Нормы, направленные на реализацию долга общественной солидарности в отношении лиц, пострадавших в результате проведения

вакцинации, содержатся во многих современных правопорядках. Например, британский *Vaccine Damage Payment Act* от 22 марта 1979 года⁴⁵⁸, в соответствии с положениями которого лицо, чьему здоровью в результате вакцинации был причинен серьезный вред, может претендовать на получение единовременного пособия в размере 120 000 фунтов стерлингов (*Vaccine Damage Payment*). Компенсацию может получить также родственник пациента в случае наступления летального исхода от вакцинации. Кроме того, лица, получившие компенсационную выплату, могут претендовать и на иные льготы и меры поддержки от государства, такие как материальная помощь, пособия для лиц с низким доходом, налоговые льготы, пенсионный кредит, жилищные пособия, помощь с трудоустройством.

В США в соответствии с Национальным законом о детской вакцинации от 14 ноября 1986 года (*National Childhood Vaccine Injury Act*) с 1988 года запущена национальная программа *Vaccine Injury Compensation Program (VICP)*, которая на сегодняшний день покрывает риски поствакцинальных осложнений от 16 вакцин, включая сезонное вакцинирование от гриппа⁴⁵⁹. При причинении вреда здоровью возможно получение компенсации расходов на лечение, утраченного заработка, морального вреда, судебных издержек. В случае наступления летального исхода единовременная выплата составляет 250 000 долларов США. Порядок получения компенсации предполагает обращение в Федеральный претензионный суд США. Срок исковой давности составляет 3 года с момента, когда стало известно о наличии оснований для обращения в суд. По поданному иску проводится экспертиза медицинскими специалистами Министерства здравоохранения и социальных служб США, затем Министерство юстиции США готовит содержащее медицинские рекомендации и правовой анализ ситуации заключение, которое подается в комиссию специалистов Федерального претензионного суда, часто называемую как «закрытый суд по вопросам вакцинации». Комиссия при

⁴⁵⁸ *Vaccine Damage Payment*. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1979/17/contents> (дата обращения: 03.09.2022).

⁴⁵⁹ Подробная информация о программе, сфере ее действия и порядке получения компенсации размещена на официальном сайте Министерства здравоохранения и социальных служб США. URL: <https://www.hrsa.gov/vaccine-compensation> (дата обращения: 03.09.2022).

необходимости заслушивает доводы сторон в очном заседании и принимает решение о наличии оснований для выплаты компенсации, а также о ее типе и размерах. В случае положительного решения Федеральный суд предписывает Министерству здравоохранения и социальных служб предоставить компенсацию. При этом даже в случае отказа в иске при соблюдении определенных минимальных требований судебные издержки подлежат возмещению.

При рассмотрении петиций о компенсации вреда от вакцинации суд применяет презумпцию наличия причинно-следственной связи между введением вакцины и наступлением вреда жизни или здоровью потерпевшего, обходя таким образом сложности установления причинно-следственной связи в делах подобного рода. Так, по данным, приводимым на сайте Министерства здравоохранения и социальных служб США, почти в 70 % случаев компенсация присуждалась в отсутствие выводов специалистов о наличии причинной связи между вакциной и развившимся заболеванием⁴⁶⁰.

В Швейцарии с 1 января 2016 года действует Федеральный закон о борьбе с инфекционными заболеваниями человека (так называемый Закон об эпидемиях)⁴⁶¹, глава 8 которого регламентирует вопросы компенсации при наступлении вреда здоровью в результате вакцинации. В соответствии с частью первой ст. 64 указанного Закона право на получение пособия возникает только в случае, если вред здоровью наступил в результате проведения профилактики вакциной, являющейся или обязательной, или рекомендованной органами государственной власти. Получение компенсации публичного характера (пособия) в Швейцарии является субсидиарным: данное право может быть реализовано только в случае, если, несмотря на разумные усилия, причиненный вакциной вред здоровью не может быть компенсирован из иных источников. Также швейцарский Закон в ст. 65 предусматривает возможность компенсации морального вреда от вакцинации, но подчиняет ее следующим условиям,

⁴⁶⁰ *Министерство здравоохранения и социальных служб США : офиц. сайт.* URL: <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/vicp/vicp-stats-08-01-22.pdf> (дата обращения: 03.09.2022).

⁴⁶¹ *Federal Act on Controlling Communicable Human Diseases (Epidemics Act, EpidA) of 28 September 2012 (Status as of 1 July 2022).* URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2015/297/en> (дата обращения: 03.09.2022).

в части аналогичным условиям получения пособия от государства за вред от вакцинации, предусмотренным предыдущей статьей: вред должен наступить вследствие вакцинации, являющейся обязательной или рекомендованной органами власти; вред здоровью должен быть достаточно серьезным; сумма компенсации не может превышать 70 000 швейцарских франков. Также и в случае морального вреда законодатель устанавливает субсидиарный характер его компенсации, что означает возможность ее получения лишь в случае, когда моральный вред не может быть компенсирован из иных источников (например, страхование или гражданско-правовая ответственность медицинской организации) либо размер взысканной или полученной компенсации недостаточен для покрытия причиненного нематериального вреда. Заявление на получение публичной компенсации может быть подано до достижения возраста 21 года или в течение 5 лет с момента проведения вакцинации.

В Италии действует Закон от 25 февраля 1992 г. № 210 «Компенсация в пользу лиц, потерпевших необратимый вред по причине обязательной вакцинации, трансфузии и введения гемодериватов»⁴⁶². Закон был принят после признания Конституционным судом Италии закона об обязательных прививках от полиомиелита противоречащим Конституции в той части, в которой указанный нормативный акт не предусматривал государственные меры компенсации лицам, вред здоровью которых был причинен в результате проведения обязательной вакцинации⁴⁶³. Конституционные судьи посчитали, что законодательные положения, устанавливающие обязательный характер медицинского вмешательства, проводимого для защиты общественного здоровья, в целях соответствия их Основному закону государства должны содержать нормы, присваивающие потерпевшему лицу право на получение адекватной компенсации

⁴⁶² Legge 25 febbraio 1992 n. 210 «Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati» (в редакции от 28.03.2022 г.) URL: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1992-25-02;210?vig> (дата обращения: 04.09.2022).

⁴⁶³ S. cost., 22 giugno 1990, n. 307 // Конституционный суд Итальянской Республики : офиц. сайт. URL: <https://www.cortecostituzionale.it> (дата обращения: 04.09.2022).

причиненного вреда от государства. В Закон № 210 неоднократно вносились изменения. Последние поправки, введенные на фоне распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, вступили в силу 29 марта 2022 года. Закон предусматривает право каждого, психофизическому состоянию которого был причинен необратимый вред в результате вакцинации, имеющей обязательный характер в силу закона или по специальному решению уполномоченного органа власти, получить от государства денежную компенсацию причиненного вреда, устанавливает порядок и условия получения компенсации. В соответствии с частью 1 статьи 2 компенсация выплачивается периодическими траншами пожизненно.

Интересно отметить, что итальянский закон о компенсациях, в отличие от, например, своего швейцарского аналога, предусматривает право на получение пособия от государства только в случаях причинения вреда от вакцинации, имеющей обязательный характер. Представляется, что итальянский законодатель руководствовался логикой, в соответствии с которой вакцинация обязательного характера проводится для создания коллективного иммунитета и в целях поддержания общественного здоровья, поэтому, в силу принципа солидарности, лицо, исполнившее в общественном интересе свою обязанность по иммунопрофилактике, подвергнув тем самым риску собственные жизнь и здоровье, должно иметь право на получение от государства и общества адекватной компенсации в случае наступления вреда. И напротив, в ситуации, если вакцинация, повлекшая вред здоровью, не имела обязательного характера, даже если она была рекомендована компетентными органами, следует исходить из того, что данное вмешательство по иммунопрофилактике проведено не в общественных интересах, а в целях поддержания индивидуального здоровья конкретного лица, поэтому при причинении вреда потерпевший должен использовать для получения компенсации иные инструменты, уже не публичного, а гражданско-правового характера.

В 2012 году вопрос соответствия указанных нормативных положений Конституции был поставлен перед Конституционным судом. Фактические обстоятельства дела были следующими: после проведения вакцинации от кори, краснухи и паротита вакциной Морупар у ребенка развились серьезные осложнения. Данная вакцина

не входила в список обязательных, но была включена Министерством здравоохранения в список рекомендованных для применения, а проведение иммунопрофилактики указанным препаратом сопровождалось активной информационной кампанией со стороны компетентных государственных органов в сфере здравоохранения. Интересно отметить, что вскоре после начала применения вакцина была выведена из обращения. Суд первой инстанции поднял вопрос о соответствии Конституции положений, ограничивающих круг субъектов, имеющих право на получение компенсации от государства, лицами, вред здоровью которых был причинен в результате введения вакцины обязательного характера. Следует отметить, что Конституционный суд в своей оценке придал высокое значение тому факту, что органами государственной власти в сфере здравоохранения проводилась активная информационная кампания относительно рассматриваемой вакцины, а также тому, что в целом информирование населения о вакцинации против кори, паротита и краснухи проводится с определенной периодичностью. Конституционные судьи допустили, что действия органов власти, направленные на активную рекомендацию и высокую информационную активность, порождают в обществе климат доверия к настоятельно рекомендуемым авторитетными органами медицинским вмешательствам, которые в таких ситуациях на самом деле требуются не только в целях защиты здоровья отдельного индивидуума, но и в интересах всего общества. Отсюда следует, что в случае развития поствакционных осложнений общество, а значит, и государство, должно взять на себя ответственность за вред, причиненный лицу, которое приняло решение последовать рекомендациям, идущим от этого самого общества в лице компетентных органов власти. Было бы неприемлемым, если бы общество, побуждая граждан к проведению медицинского вмешательства в общественном интересе, не несло обязанности возместить возможный вред, наступивший вследствие выполнения рекомендованного вмешательства⁴⁶⁴. Таким образом, субъектный состав лиц, имеющих право на получение компенсации от государства,

⁴⁶⁴ *C. cost.*, 26 aprile 2012, n. 107 // Конституционный суд Итальянской Республики : офиц. сайт. URL: <https://www.cortecostituzionale.it> (дата обращения: 04.09.2022).

был дополнен лицами, вред здоровью которых был причинен в результате вакцинации, не имеющей обязательного характера, но рекомендованной компетентными органами власти Итальянской Республики.

Надо отметить, что в Италии система компенсаций публичного характера является довольно сложной, в связи с чем представляется интересным описать ее несколько подробнее. Как указывалось выше, основная часть компенсации, предусмотренная Законом от 25 февраля 1992 г. № 210, выплачивается пожизненно в виде периодических платежей (раз в 2 месяца). Объем компенсации складывается из двух компонентов: 1) суммы, равной размеру пенсии военнослужащего, потерпевшего вред здоровью, предусмотренный в таблице А, являющейся приложением к Указу Президента от 30 декабря 1981 г. № 834, и 2) суммы, эквивалентной специальной дополнительной надбавке, выплачиваемой государственным служащим самого низкого уровня. В соответствии с таблицей нарушение здоровья разделяется по тяжести на 8 категорий. Указанная сумма ежегодно индексируется с учетом коэффициента инфляции. Для примера, в 2021 году лицам, здоровью которых был причинен необратимый вред в результате вакцинации, переливания крови или гемодериватов, каждые 2 месяца выплачивались суммы от 1 487,28 до 1 799,97 евро в зависимости от категории⁴⁶⁵. В случае летального исхода наследники погибшего могут по своему выбору получить или единовременное пособие в размере около 77 500 евро, или периодические выплаты на период 15 лет. Указанные выплаты полагаются, как уже указывалось выше, не только в случае осложнений после обязательной вакцинации, но и в случае, когда вред здоровью был причинен в результате вакцинации, не имеющей обязательного характера, но рекомендованной компетентными органами власти Итальянской Республики.

Кроме того, Законом от 25 июля 1997 г. № 238 было дополнительно введено право потерпевшего от обязательной вакцинации на получение ежегодного пособия в размере 30 % от полагающейся

⁴⁶⁵ См. информацию о размерах периодических выплат за период 1995–2021 годы на сайте ЕраС. URL: <https://www.indennizzolegge210.it/fondamenti/fondamenti-giuridici-indennizzo/tabella-importi-indennizzo> (дата обращения: 05.09.2022).

в соответствии с Законом от 25 февраля 1992 г. № 210 компенсации на весь период с момента манифестации причиненного вреда и до момента получения государственной компенсации⁴⁶⁶.

Также Законом от 29 октября 2005 г.⁴⁶⁷ № 229 в случаях причинения вреда здоровью от обязательной вакцинации признается право на «дополнительную компенсацию» или ежемесячное пожизненное пособие, равное шестикратной сумме, полученной пострадавшей стороной, для первых четырех категорий таблицы, пятикратной сумме для категорий между шестой и пятой и четырехкратной сумме для последних двух табличных категорий. При этом самому потерпевшему выплачивается только 50 % указанного пособия, тогда как вторая его половина подлежит выплате осуществляющим за ним уход родственникам. В случае летального исхода можно претендовать на пособие в размере 150 000 евро, которое будет выплачиваться пятью ежегодными платежами по 30 000 евро каждый.

Следует подчеркнуть, что выплаты, предусмотренные Законом от 25 июля 1997 г. № 238, равно как и Законом от 29 октября 2005 г. № 229, полагаются только в случае наступления вреда от вакцинации обязательного характера.

Отдельно следует отметить, что в силу положений Законодательного декрета от 27 января 2022 г. № 4⁴⁶⁸ право на получение государственной компенсации было распространено на случаи поствакцинальных осложнений при вакцинации от новой коронавирусной инфекции COVID-19. Так как в большинстве ситуаций вакцинация от COVID-19 не носит обязательного характера, хотя и является в высочайшей степени рекомендованной компетентными государственными органами,

⁴⁶⁶ Legge 25 luglio 1997 n. 238. URL: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1997-07-25;238> (дата обращения: 04.09.2022).

⁴⁶⁷ Legge 29 ottobre 2005 n. 210 «Disposizioni in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie». URL: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2005-10-29;229> (дата обращения: 06.09.2022).

⁴⁶⁸ Decreto-Legge 27 gennaio 2022 n. 4 «Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonche' per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico. (22G00008)» (ред. om 09.08.2022). URL: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2022;4-art4-com2> (дата обращения: 06.09.2022).

в случае наступления вреда жизни или здоровью можно претендовать на «базовую» компенсацию в соответствии с Законом от 25 февраля 1992 г. № 210, тогда как «компенсация-мост», по Закону от 25 июля 1997 г. № 238, а также «дополнительная компенсация» по Закону от 29 октября 2005 г. № 229 могут быть получены только в ситуациях, когда потерпевший входил в категорию лиц, для которых вакцинация от COVID-19 носит обязательный характер⁴⁶⁹.

Сходные механизмы компенсации публичного характера предусмотрены и в ряде других государств Европейского союза. Во Франции, которая занимает лидирующее место по количеству обязательных вакцин, а также использует наиболее жесткие правовые инструменты побуждения к вакцинации (вплоть до привлечения к уголовной ответственности)⁴⁷⁰, они предусмотрены в статье L3111-9 Кодекса общественного здоровья⁴⁷¹, согласно которой в силу принципа национальной солидарности при наступлении вреда здоровью в результате проведения обязательной вакцинации применяется система no-fault, предполагающая возможность получения компенсации независимо от виновности причинителя вреда.

Нормы о компенсации публичного характера при наступлении вреда жизни или здоровью в результате вакцинации содержатся и в правопорядках за пределами европейского региона. Так, например, право на получение пособия от государства предусмотрено ст. 56 Закона Китайской Народной Республики о вакцинах от 29 июня 2019 года⁴⁷², согласно которой при наступлении вреда здоровью или

⁴⁶⁹ Capizzi E. *Danno da Vaccino Covid, Indennizzi anche senza l'obbligo*. Pensionioggi.it, 03/06/2022. URL: <https://www.pensionioggi.it/notizie/fisco/danno-da-vaccino-covid-indennizzi-anche-senza-l-obbligo> (дата обращения: 06.09.2022).

⁴⁷⁰ Чеснокова Е.А., Акулин И.М. *Правовые модели регулирования вакцинопрофилактики в зарубежных странах: конституционно-правовая обоснованность и поиск баланса между частным и публичным интересом // Закон*. 2020. № 7. С. 35–46.

⁴⁷¹ *Code de la santé publique* (в ред. от 01.09.2022). URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/> (дата обращения: 05.09.2022).

⁴⁷² *People's Republic of China Vaccines Administration Law*. URL: <http://www.npc.gov.cn/englishnpc/c23934/202012/0b1fd779c29e49bd99eb0e65b66aa783.shtml> (дата обращения: 05.09.2022).

летального исхода после проведения вакцинации государственная компенсация выплачивается как в случаях, когда установлена связь между введением вакцины и неблагоприятным последствием, так и в случаях, когда причинная связь не может быть исключена.

Особого интереса заслуживает исследование проблематики кумуляции компенсационных мер публичного и частного характера и в целом их соотношение между собою. В различных правовых порядках указанный вопрос решается по-разному. Например, в Швейцарии используется модель субсидиарного типа, получившая закрепление на уровне федерального закона.

В рамках указанной модели и в соответствии с положениями швейцарского Закона о борьбе с инфекционными заболеваниями человека право на получение государственного пособия может быть реализовано только в случае, если, несмотря на разумные усилия, причиненный вакциной вред здоровью не может быть компенсирован из иных источников. Аналогично в части компенсации морального вреда от вакцинации швейцарский законодатель устанавливает субсидиарный характер его компенсации, что означает возможность ее получения лишь в случае, когда моральный вред не может быть компенсирован из иных источников (например, страхование или гражданско-правовая ответственность медицинской организации) либо размер взысканной или полученной компенсации недостаточен для покрытия причиненного нематериального вреда.

Иная модель избрана Великобританией, где, в отличие от Швейцарии, государство не ставит возможность получения пособия публичного характера в зависимость от того, могут ли быть использованы инструменты гражданско-правовой ответственности: получение компенсации не лишает заинтересованное лицо права обратиться в суд с целью получения возмещения причиненного вреда здоровью и взыскания компенсации морального вреда⁴⁷³.

В Италии, где, как и в Объединенном Королевстве, использование обоих инструментов компенсации не исключается законодателем, судебная практика сформировала два альтернативных подхода к возможности кумуляции государственного возмещения, страховых

⁴⁷³ *Vaccine Damage Payment*. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1979/17/contents> (дата обращения: 07.09.2022).

выплат и компенсации ущерба в рамках гражданско-правового механизма: 1) согласно первому подходу кумуляция исключается ввиду того, что и публичные, и частные механизмы компенсации имеют одну и ту же природу и несут в себе идентичную функцию возмещения причиненного вакцинацией вреда здоровью; 2) в соответствии с альтернативной правовой позицией указанные компенсационные механизмы имеют различную природу, поэтому получение государственного пособия или страховых выплат не лишает права обращения с иском о возмещении вреда здоровью. При этом в правоприменительной практике выявлены правовые позиции, в соответствии с которыми суду следует при установлении размера денежного взыскания вычесть сумму, ранее выплаченную истцу в качестве государственной компенсации (*compensatio lucri cum damno*), данный тезис применим, в частности, в случае, если ответчиком по гражданскому делу является государство в лице уполномоченного органа исполнительной власти⁴⁷⁴.

Компенсация частноправового характера

Как уже указывалось выше, в настоящее время в некоторых зарубежных странах получает распространение подход, согласно которому компенсация поствакцинального вреда здоровью, подлежащая взысканию с правонарушителя в судебном порядке, имеет природу, принципиально отличную от компенсации публичного характера. Государственные меры направлены на компенсацию индивидуального ущерба, претерпеваемого лицом, подвергшимся медицинскому вмешательству не только и не столько в своих интересах, сколько в интересах общественного здоровья и коллективного благополучия. Что же касается компенсации, взыскиваемой с использованием инструментов гражданско-правовой ответственности, природа ее заключается в репарации ущерба, причиненного неправомерным поведением ответчика. Отсюда следует, что и подходы к установлению оснований для получения компенсации также принципиально различаются:

⁴⁷⁴ *Fargione V. Indenizzo e risarcimento per danni da vazzioni obbligatorie o solo raccomandate: un'analisi giurisprudenziale. URL: http://www.dirittoesalute.org/wp-content/uploads/2017/03/04_fargione.pdf (дата обращения: 08.09.2022).*

в отношении государственного пособия наиболее оправданными представляются системы безвиновной ответственности и применение сильных презумпций, тогда как в отношении компенсации частного характера требуется установление состава гражданского правонарушения, что в значительной степени затрудняет задачу потерпевшего. В связи с этим в современных зарубежных правовых порядках прослеживаются определенные тенденции, направленные на усиление процессуальной позиции истца с целью достижения равного баланса сил сторон по делам подобного рода.

По результатам анализа зарубежной правоприменительной (судебной) практики нами было установлено, что в гражданских делах о возмещении вреда здоровью, причиненного вакцинацией, истцы заявляют требования к медицинской организации или медицинским работникам, к производителю/дистрибьютору вакцины, к государству в лице уполномоченного органа исполнительной власти.

Так как одной из наиболее распространенных моделей возмещения вреда, причиненного вакцинацией, является модель, основывающаяся на нормах об ответственности производителя за недостатки товара, целесообразно более подробно остановиться на данном вопросе⁴⁷⁵. Обращаясь к анализу проблематики привлечения к ответственности производителя вакцины, следует сразу отметить, что наиболее сложным по данной категории дел представляется доказывание дефектности вакцины и наличия причинно-следственной связи между вакцинацией и наступлением вреда жизни или здоровью вакцинированного. Указанные сложности в доказывании могут быть сопряжены со множеством различных факторов, таких как недостаточность научной и статистической информации, с одной стороны, а с другой — постоянное развитие медицинской науки, устаревание научных знаний, имевшихся в период

⁴⁷⁵ В случае предъявления исковых требований к производителю вакцины в теории возможны два варианта: 1) требования могут быть основаны на нормах об ответственности производителя за недостатки товара; 2) истец может основывать свои требования на нормах об источнике повышенной опасности. Однако с учетом того, что по результатам анализа зарубежной правоприменительной практики нами не были выявлены примеры применения судами при рассмотрении данной категории споров норм об источнике повышенной опасности, в дальнейшем будут изложены наши выводы об особенностях рассмотрения исков к производителю, основанных на нормах о недостатке товара.

прохождения значимых для спора фактических событий, возможность появления новых статистических данных. Сложности возникают и в установлении ex-post фактов нарушения технологий и регламентов при производстве, особенно в случае дефектности отдельной вакцины или партии вакцины, которая к моменту судебного разбирательства может быть уже израсходована, определенные трудности создает необходимость учитывать индивидуальные особенности организма потерпевшего, наличие у него различных заболеваний и состояний, потенциальная возможность существования множества других причин развития патологического состояния в последующий за иммунопрофилактикой период.

Дополнительные трудности связаны с тем, что в делах подобной категории установление причинно-следственной связи должно проходить в два этапа: на первом этапе, по сути своей абстрактном, требуется выяснить, может ли рассматриваемая вакцина в теории стать причиной развившегося у потерпевшего заболевания, для чего следует обратиться к имеющимся статистическим данным, а также получить заключение от лиц, обладающих специальными знаниями; если потенциальная возможность наличия причинной связи между вакциной и вредом здоровью установлена или не опровергнута, на втором этапе требуется установить наличие причинной связи в данных фактических обстоятельствах, т. е. установить, является ли именно вакцинация, а не какой либо другой фактор причиной развившегося у конкретного пациента заболевания⁴⁷⁶. В доктрине

⁴⁷⁶ См.: *Barcellona G. Il danno da vaccinazione tra responsabilita del produttore e politiche vaccinali*. Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione. 2017;4. URL: http://rtsa.eu/RTSA_4_2017_Barcellona.pdf (дата обращения: 05.09.2022). См. также: *Насибуллина И.А. Причинно-следственная связь: камень преткновения в спорах с производителем и продавцом дефектных товаров // Закон. 2020. № 3. С. 57–68.* В данной статье автор приводит пример из зарубежной правоприменительной практики, когда суд четко обозначает этапность установления причинно-следственной связи. В деле *Loveday v. Renton* истец полагал, что введение вакцины от коклюша повлекло развитие необратимого повреждения мозга потерпевшего (ребенка). Судья разделил вопрос доказывания причинно-следственной связи на две части: может ли вакцина от коклюша быть причиной повреждения мозга, являлась ли она фактической причиной повреждения мозга потерпевшего? В обоснование требований истец представил статистические данные, указывающие на возможность возникновения подобных последствий в редких случаях, включая известные случаи возникновения идентичных последствий введения коклюшной вакцины у детей. На основе представленных доказательств суд пришел к убеждению, что в отдельных случаях рассматриваемая вакцина действительно может привести к повреждениям мозга, однако суд посчитал недоказанным, что именно эта вакцина является причиной повреждения мозга у потерпевшего. В связи с этим в удовлетворении иска было отказано.

подчеркивается, что методология определения истинной причины в условиях потенциального наличия множества факторов, способных спровоцировать наступление верифицированных последствий, предполагает, что исследование необходимо проводить, отталкиваясь от изучения исходного состояния, предшествовавшего рассматриваемым фактическим обстоятельствам. В дальнейшем это даст возможность установить, что именно рассматриваемый факт является наиболее вероятной, если не единственно возможной причиной наступивших последствий. При использовании указанной методологии в суде должны получить свою оценку такие значимые для рассмотрения дела факторы, как состояние здоровья пациента до вакцинации, временной интервал между вакцинацией и манифестацией заболевания, семейный анамнез⁴⁷⁷.

Таким образом, принимая во внимание крайнюю сложность исполнения бремени доказывания наличия или отсутствия недостатков в таком специфичном виде товара, как вакцина, а также наличия или отсутствия причинно-следственной связи между ее введением и развитием заболевания, как правовая доктрина, так и правоприменительная практика находятся в поиске инструментов, позволяющих обеспечить баланс процессуальных позиций истца и ответчика. Применяются презумпции, изменяются стандарты доказывания, совершенствуются теории установления причинно-следственной связи.

Исходя из того, что для стран Европейского союза базовым нормативным актом по рассматриваемой проблематике является Европейская директива об ответственности за качество продукции (1985)⁴⁷⁸, положения которой были имплементированы в национальные законодательства, представляется небезынтересным провести анализ положений указанной Директивы и соответствующей судебной практики. В качестве одного из наиболее проблемных и дискуссионных аспектов применения указанной директивы в судебной практике следует указать положения ее статьи 4, возлагающей на пострадавшего бремя доказывания не только причиненного ему

⁴⁷⁷ *Barcelona G. Op. cit.*

⁴⁷⁸ URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:31985L0374&from=EN> (дата обращения: 08.09.2022).

вреда, но и дефекта продукта, а также причинно-следственной связи между дефектом и повреждением. При этом исходя из анализа данной Директивы можно заключить, что европейский законодатель, возлагая бремя доказывания дефектности товара и наличия причинно-следственной связи между дефектом вакцины и наступившим вредом здоровью на потребителя, не уточняет, какие доказательства позволят считать бремя доказывания исполненным, а наличие дефекта и причинно-следственную связь доказанными. Следует сразу отметить, что правовая позиция суда Европейского союза по вопросу установления ответственности производителя дефектной вакцины в полной мере нашла свое отражение в Решении от 21 июня 2017 года по делу *N.W, L.W & C.W v. Sanofi Pasteur*⁴⁷⁹. В связи с этим представляется целесообразным предварительно провести подробный анализ данного судебного акта, после чего уже можно перейти к рассмотрению национальной правоприменительной практики в контексте влияния на нее позиции, принятой судом Европейского союза.

Фактические обстоятельства дела были следующими: гражданину Франции W. в целях вакцинации от гепатита B 26 декабря 1998 года, а затем 29 января и 8 июля 1999 года были введены три дозы вакцины французского производителя *Sanofi Pasteur*. *Уже в августе 1999 года господин W. почувствовал первые симптомы недомогания, а в ноябре того же года ему был поставлен диагноз рассеянный склероз. Впоследствии его состояние прогрессивно ухудшалось. Согласно заключению судебной экспертизы, к 2001 году W. уже не мог осуществлять трудовую деятельность. Через несколько лет утрата общей трудоспособности составила 90 %, W. не мог себя обслуживать, нуждался в постоянном уходе. 30 ноября 2011 года W. не стало.*

Еще в 2006 году W. и трое членов его семьи обратились в суд с исковым заявлением к Sanofi Pasteur о компенсации причиненного вреда в соответствии с действующими нормами об ответственности производителя дефектного товара, полагая, что именно введение вакцины повлекло у W. развитие тяжелого аутоиммунного заболе-

⁴⁷⁹ URL: <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=192054&doclang=EN> (дата обращения: 06.08.2022).

вания. Истцы указали на то, что первая симптоматика появилась непосредственно после вакцинации, а также на то, что до иммунизации у W. было отличное состояние здоровья и что никто из его родственников не страдал рассеянным склерозом, давая таким образом «серьезные, точные и непротиворечащие» признаки для построения презумпции наличия причинной связи между введением вакцины и развитием заболевания. Решением суда первой инстанции от 4 ноября 2009 года исковые требования были удовлетворены, однако 10 февраля 2011 года апелляционный суд Версаля отменил решение суда первой инстанции, указав на то, что приводимые истцами доводы в своей совокупности в достаточной степени соответствуют критериям серьезности, точности и согласованности для формирования презумпции наличия причинно-следственной связи между введением вакцины и развитием заболевания, но не доказывают дефектность вакцины. 26 сентября 2012 года кассационный суд отменил апелляционное определение и отправил дело на новое рассмотрение. Впоследствии апелляционный суд Парижа отказал истцам в удовлетворении их требований, мотивировав свое решение тем, что, во-первых, в настоящее время отсутствуют научные доказательства наличия причинной связи между применением вакцины от гепатита В и развитием рассеянного склероза, во-вторых, компетентные международные и национальные медицинские органы не подтверждают возможность причинной связи между указанной вакциной и заболеваниями, связанными с нарушением синтеза миелина, и наконец, тем, что, по мнению научного медицинского сообщества, причины рассеянного склероза все еще достоверно не изучены. Кроме того, отвергая один из основных доводов истцовой стороны, суд сослался на данные научной публикации, согласно которой в 95 % случаев заболевания рассеянным склерозом какие-либо данные о наличии указанного заболевания у родственников выявлены не были. Еще одним аргументом против принятия презумпции причинной связи для парижских судей послужили данные научных публикаций, согласно которым между появлением первых симптомов и манифестацией рассеянного склероза обычно проходят годы, тогда как в рассматриваемом деле промежуток между вакцинацией и развитием заболевания был значительно менее продолжителен.

Кассационный суд Франции приостановил производство по делу и поставил перед судом Европейского союза три взаимосвязанных вопроса: препятствуют ли положения ст. 4 Директивы 85/374 формированию судом презумпции наличия причинной связи между введением вакцины и развитием заболевания на основании приведенных в суде серьезных, точных и непротиворечащих косвенных доказательств, но при отсутствии научно доказанных данных; в случае отрицательного ответа на первый вопрос, препятствуют ли положения указанной статьи реализации системы презумпций, предполагающей при установлении определенных признаков считать установленной причинную связь между вакциной и болезнью; в случае же положительного ответа на первый вопрос, следует ли понимать, что бремя доказывания наличия причинной связи будет исполнено истцом только в случае, когда будут представлены научные доказательства наличия причинной связи между дефектом вакцины и заболеванием.

Уже из поставленных вопросов очевидно, что, по мнению французских судей, наиболее критичным вопросом является возможность и необходимость приведения научных доказательств причинности между развитием заболевания и вакциной. И как расценивать ситуацию, когда, согласно имеющимся на момент рассмотрения дела научным данным, возможность возникновения поствакцинального осложнения в виде развития определенного заболевания не подтверждается, но и не исключается? Относительно данного обстоятельства суд Европейского союза отметил, что применение стандарта доказывания, в соответствии с которым исключается возможность любых иных доказательств кроме научно подтвержденных данных, приведет к тому, что во многих случаях исполнение потерпевшей стороной бремени доказывания будет избыточно сложным, а в ситуации, когда наука не подтверждает, но и не отрицает возможность причинной связи, возложение ответственности на производителя будет невозможным, что по сути своей будет противоречить смыслу Директивы. Таким образом, согласно правовой позиции суда Европейского союза, в отсутствие консенсуса со стороны научного сообщества дефект вакцины и наличие причинно-следственной связи считаются доказанными при наличии совокупности серьезных и согласующихся между собою косвенных доказательств. Иными

словами, истцу достаточно представить доказательства, свидетельствующие с высокой долей вероятности о наличии дефекта и причинно-следственной связи между дефектом и вредом здоровью.

Из изложенной здесь правовой позиции явно прослеживается понимание европейскими судьями необходимости защитить процессуально более слабую сторону. Тем не менее в правовой доктрине были высказаны определенные опасения, что данное судебное решение откроет для национальных судов дорогу к принятию решений на основе косвенных доказательств, руководствуясь субъективной оценкой, что вряд ли будет способствовать повышению правовой определенности⁴⁸⁰. Отчасти с данными замечаниями можно согласиться, однако следует отметить, что иная трактовка ст. 4 Директивы европейскими судьями могла бы заложить основы для формирования правоприменительной практики, при которой исполнение потерпевшей стороной бремени доказывания стало бы крайне сложным, если не невыполнимым. Кроме того, неверно будет считать, что в рассматриваемом деле европейские судьи отошли от фундаментальных принципов установления причинно-следственной связи, требующих достижения практически стопроцентной степени уверенности в наличии связи между событием и наступившими последствиями. На самом деле позиция судей в полной мере отражает эволюцию европейской научной правовой мысли, согласно которой в гражданском процессе требования к доказательствам причинности могут быть менее ригидными, чем те, которые действуют в уголовном судопроизводстве. Так, в гражданских делах не требуется установления причины вреда с вероятностью, приближающейся к уверенности. Достаточно доказать, что вероятность наличия причинно-следственной связи между противоправным поведением и причиненным вредом превышает 50 % («более вероятно, чем нет»).

Возвращаясь к анализируемому акту суда Европейского союза, следует заметить, что, как это было отмечено рядом исследователей, даже если при поверхностном его прочтении может сложиться впечатление, что в рассматриваемом деле европейские судьи перешли в своем понимании причинности от строгого видения к эластичности и ненаучности,

⁴⁸⁰ Rizzi M. *A Dangerous Method: Correlations and proof of causation in vaccine related injuries*. *Journal of European Tort Law*. 9(3):289-307. P. 290.

такое заключение будет ошибочным. Напротив, юридическая причинность эволюционировала до уровня, позволяющего достигнуть адекватного взаимодействия с современными научными достижениями. Путь, избранный современным правом, будет вести не к понижению, а к повышению степени научности, а перед правовой наукой и правоприменительной практикой на этом пути будет поставлена задача разработки новых моделей установления юридической истины в условиях все более усложняющихся спорных обстоятельств⁴⁸¹.

Важно подчеркнуть, что правовая позиция суда Европейского союза сформулирована в первую очередь на основе принципа процессуальной автономии стран — членов ЕС, в соответствии с которым каждая национальная система, безусловно, не нарушая принципы эквивалентности и эффективности, сама вырабатывает базовые принципы, на основе которых суды должны оценивать достаточность представленных доказательств и определять стандарт доказывания по подобным делам.

Таким образом, ст. 4 указанной Директивы, возлагая бремя доказывания дефектности товара и наличия причинно-следственной связи между дефектом вакцины и наступившим вредом здоровью на потребителя, но не уточняя, какая теория причинно-следственной связи должна применяться судом и каковы критерии, позволяющие считать наличие дефекта и причинно-следственной связи доказанными, оставляет за национальными законодателями свободу в интерпретации указанной нормы в отдельных правовых порядках. Суд придерживается строгого подхода к доказыванию данных признаков состава правонарушения, тогда как в других юрисдикциях правоприменитель допускает довольно широкие пределы для использования презумпций. Общим остается подход, в соответствии с которым не допускается автоматическое возложение ответственности или объективная ответственность производителя. Остается бремя доказывания наличия дефекта и причинно-следственной связи между дефектом и наступившим вредом⁴⁸².

⁴⁸¹ *Barcellona G. Op. cit.*

⁴⁸² *Masutti A., Favero D. Vaccini: no al risarcimento senza la prova del nesso di causalita. Комментарий к определению Гражданского кассационного суда № 18358 от 25.07.2017. URL: https://www.lislex.com/all/Vaccini_no_al_risarcimento_senza_la_prova_del_nesso_di_causalit.pdf (дата обращения: 09.09.2022).*

Как уже указывалось выше, в гражданско-правовых спорах о компенсации вреда, причиненного вакцинацией, исковые требования могут быть предъявлены также к медицинской организации (медицинскому работнику) и к государству в лице его уполномоченного органа.

В случае, если поствакцинальные осложнения развились в связи с индивидуальными особенностями организма пациента, наличием у него сопутствующей патологии, аллергических реакций на компоненты вакцины, ответственность будет возложена на медицинскую организацию или на медицинский персонал, допустивший дефекты в диагностике и давший неправильную оценку состояния пациента⁴⁸³. Кроме того, исковые требования к медицинской организации могут быть основаны на доводах о некачественном оказании медицинских услуг при вакцинации. При этом в большинстве случаев истцы ссылаются не столько на дефекты медицинской помощи, сколько на нарушение их права на получение доступной, необходимой и достоверной информации о предоставляемой услуге. Пациент должен быть подробно проинформирован как о самом процессе иммунизации, так и об основных ее рисках и преимуществах. Информация должна быть предоставлена в доступной форме, также должны быть даны подробные ответы на все вопросы, которые у пациента возникают. Получение информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя является основополагающим условием для проведения вакцинопрофилактики как в нашем государстве, так и за рубежом. В определенной степени информирование пациента о побочных эффектах и осложнениях предстоящего медицинского вмешательства перераспределяет гражданско-правовые риски возможных неблагоприятных последствий между пациентом и исполнителем услуги, служит, таким образом, защитным инструментом для врача и медицинской организации. Однако стоит отметить, что релевантность информирования и получения согласия от пациента значительно снижается в тех случаях, когда вакцинирование носит обязательный характер. В таких ситуациях важным остается правильное и своевременное выявление наличия медицинских противопоказаний к проведению иммунопрофилактики.

⁴⁸³ *Fargione V. Op. cit.*

Кроме того, именно в вопросах иммунопрофилактики особенно актуальной становится проблема полноты и точности информирования, так как не всегда, с учетом скорости распространения инфекционного заболевания среди населения, его тяжести, необходимости оперативного реагирования системы здравоохранения на вызовы развивающейся эпидемиологической ситуации, государство может обеспечить возможность вакцинации препаратами, о которых имеется достаточное количество информации. Опыт борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19 наглядно иллюстрирует данную ситуацию: для большинства категорий граждан как в России, так и в зарубежных государствах со схожими с Россией правовыми порядками вакцинация от COVID-19 не носит обязательного характера, отсюда следует, что проводится она на основе информированного добровольного согласия, но при этом информированность как таковая по объективным причинам отсутствует, так как в момент проведения вакцинации отсутствуют научные данные как об эффективности вакцины, так и о возможных осложнениях и отдаленных неблагоприятных последствиях.

В данном контексте уже рассмотренная ранее в аспекте своей доказательной значимости проблематика недостаточности научной и статистической информации приобретает уже новое значение: пациент дает согласие, которое по сути своей не является информированным, так как информация о вакцинации и ее отдаленных последствиях объективно отсутствует, в случае же наступления осложнений уже в споре с производителем потерпевшему не удастся доказать наличие причинно-следственной связи между вакциной и развившимся заболеванием именно ввиду отсутствия научной информации о потенциальной возможности причинной связи между конкретной вакциной и развившимся заболеванием. Аналогично и в споре с медицинской организацией доводы истца о нарушении ответчиком его права на полную и достоверную информацию о вакцине не могут быть приняты в случае, если медицинским работником была предоставлена имевшаяся на момент проведения иммунопрофилактики информация о медицинском вмешательстве и его последствиях. И небезосновательно в правовой доктрине ставится вопрос, можно ли считать подписание бланка информированного добровольного согласия на вакцинацию эквивалентом дачи

информированного согласия или же подпись на бланке является простым заявлением о согласии вакцинироваться, релевантность которого не имеет точной правовой оценки⁴⁸⁴.

Представляется, что в процессе переосмысления раскрываемой здесь проблематики свою оценку должно получить и то обстоятельство, что самим фактом манифестации поствакцинальных осложнений от введения еще недостаточно изученного препарата пациент вносит свой вклад в медицинскую науку и практику, принося свое индивидуальное здоровье в жертву коллективному.

Ответчиком по делам о компенсации вреда, причиненного вакцинацией, может выступать не только производитель вакцины или лицо, непосредственно производящее вакцинацию (медицинский работник, медицинская организация). Исковые требования могут быть предъявлены и к государству. В таком случае они могут основываться на том, что государство в лице уполномоченного органа исполнительной власти ненадлежаще исполнило свои обязанности при принятии решения о допуске вакцины в коммерческий оборот или на последующих этапах существования вакцины ненадлежаще исполнило обязанности при осуществлении контрольно-надзорных мероприятий. В отличие от рассмотренной выше обязанности компенсации публичного характера, проистекающей из долга социальной солидарности и справедливости по отношению к потерпевшему, здесь речь идет о гражданском правонарушении, состав которого должен быть установлен. Соответственно, в суде должны быть установлены дефект, причинно-следственная связь, а также виновность ответчика⁴⁸⁵.

Выводы

Сравнительно-правовой анализ моделей компенсации поствакцинального вреда, применяемых в зарубежных странах, показал, что в рассматриваемых юрисдикциях, как и в Российской Федерации,

⁴⁸⁴ Coppola I. *La vaccinazione contro il COVID-19 tra diritto di scelta e responsabilità sociale // 2021, Il CASO.it.* URL: <https://blog.ilcaso.it/libreriaFile/1377.pdf> (дата обращения: 09.09.2022).

⁴⁸⁵ Fargione V. *Op. cit.*

применяются компенсационные меры: 1) публичного характера (единовременные выплаты и периодически выплачиваемые денежные компенсации); 2) частного характера (возмещение вреда здоровью и взыскание компенсации морального вреда). Однако имеются некоторые существенные различия в регулировании и применении указанных моделей в Российской Федерации и за рубежом.

Выявлено, что в различных юрисдикциях существуют различные подходы к пониманию природы публичной компенсации. Так, в частности, встречается подход, согласно которому государственное пособие представляет собою компенсацию, которая призвана покрыть недостаточность в действиях третьих лиц (производителя, медицинского работника). Однако в последние годы все большее распространение получает теория, в соответствии с которой государственные выплаты являются производными долга общественной солидарности, иными словами, представляют собой особую меру общественной поддержки потерпевшего в справедливом возмещении ущерба, причитающимся за простой факт наступления вреда здоровью в результате деятельности, осуществляемой в публичном интересе и приносящей выгоду всему обществу в целом.

Установлено, что в законодательстве ряда государств публичные компенсационные меры предусмотрены в случае, если вакцина является обязательной или рекомендованной органами государственной власти, тогда как в других государствах право на получение государственного пособия нормативно закреплено только при осложнениях при вакцинации обязательного характера. Однако подобный ограничительный подход законодателя является довольно спорным с точки зрения соблюдения прав граждан ввиду того, что вакцинация, когда она не является обязательной, но активно рекомендуется компетентными государственными органами, имеет цели, аналогичные целям обязательной вакцинацией: проведение иммунопрофилактики у максимально возможного числа лиц с целью достижения достаточно высокого уровня иммунизации населения, т. е. с целью сохранения общественного здоровья.

Выявлены основные модели нормативно-правового регулирования публичных компенсационных мер: 1) модель субсидиарного типа (право на получение возмещения имеется только в случае, если причиненный вакциной вред здоровью не может быть компенсиро-

ван производителем вакцины, медицинской организацией или страховой организацией); 2) модель, при которой законодатель не ставит возможность получения государственного пособия в зависимость от того, могут ли быть использованы инструменты гражданско-правовой ответственности.

Относительно второй из указанных моделей выявлены два альтернативных подхода к возможности кумуляции государственного возмещения, страховых выплат и компенсации ущерба в рамках гражданско-правового механизма: 1) согласно первому подходу кумуляция исключается ввиду того, что и публичные, и частные механизмы компенсации имеют одну и ту же природу и несут в себе идентичную функцию возмещения причиненного вакцинацией вреда здоровью; 2) в соответствии с альтернативной правовой позицией указанные компенсационные механизмы имеют различную природу, поэтому получение государственного пособия или страховых выплат не лишает права обращения с иском заявлением о возмещении вреда здоровью. При этом в правоприменительной практике выявлены правовые позиции, в соответствии с которыми суду следует при установлении размера денежного взыскания вычесть сумму, ранее выплаченную истцу в качестве государственной компенсации (*compensatio lucri cum damno*), данный тезис применим, в частности, в случае, если ответчиком по гражданскому делу является государство в лице уполномоченного органа исполнительной власти.

По результатам анализа правоприменительной (судебной) практики было установлено, что в гражданских делах о возмещении вреда здоровью, причиненного вакцинацией, истцы могут заявить требования к медицинской организациям/медицинским работникам, к производителю/дистрибьютору вакцины и государству в лице уполномоченного органа исполнительной власти:

1) исковые требования к государству могут быть заявлены на основании того, что государство в лице уполномоченного органа исполнительной власти ненадлежаще исполнило свои обязанности при принятии решения о допуске вакцины в коммерческий оборот, а также при осуществлении контрольно-надзорных мероприятий на последующих этапах существования вакцины;

2) исковые требования к медицинской организации основываются на доводах о некачественном оказании медицинских услуг

при вакцинации. При этом в ряде случаев истцы ссылаются не столько на дефекты медицинской помощи, сколько на нарушение их права на получение доступной, необходимой и достоверной информации о предоставляемой услуге;

3) исковые требования могут быть предъявлены также к производителю вакцины. В этом случае истец может основывать свои требования на нормах об источнике повышенной опасности, однако на практике наиболее часто требования о компенсации основываются на нормах об ответственности производителя за недостатки товара.

Исходя из того, что базовым нормативным актом по рассматриваемой проблематике для стран Европейского союза является Европейская директива об ответственности за качество продукции (1985), положения которой были имплементированы в национальные законодательства, был проведен анализ положений указанной Директивы и соответствующей судебной практики. Сделан вывод, что ст. 4 указанной Директивы, возлагая бремя доказывания дефектности товара и наличия причинно-следственной связи между дефектом вакцины и наступившим вредом здоровью на потребителя, но не уточняя, какая теория причинно-следственной связи должна применяться судом и каковы критерии, позволяющие считать наличие дефекта и причинно-следственную связь доказанными, оставляет за национальными законодателями свободу в интерпретации указанной нормы: в отдельных правовых системах суд придерживается строгого подхода к доказыванию данных признаков состава правонарушения, тогда как в других юрисдикциях правоприменитель допускает довольно широкие пределы для использования презумпций.

Выявлено, что, согласно правовой позиции суда Европейского союза, в отсутствие консенсуса со стороны научного сообщества дефект вакцины и причинно-следственная связь считаются доказанными при наличии совокупности серьезных и согласующихся между собой косвенных доказательств. Иными словами, истцу достаточно представить доказательства, свидетельствующие с высокой долей вероятности о наличии дефекта и причинно-следственной связи между дефектом и вредом здоровью.

В целом на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что применение гражданско-правовых механизмов

взыскания компенсации поствакцинального вреда сопряжено для истца со значительными трудностями ввиду особой сложности, а зачастую и невозможности представить в суде достаточные доказательства дефекта вакцины и наличия причинно-следственной связи между вакцинацией и развитием у вакцинированного заболевания. Таким образом, гражданско-правовой механизм привлечения к ответственности за причинение вреда здоровью при вакцинации не может дать гражданам адекватную гарантию защиты их прав в судебном порядке. С другой стороны, тенденции законоотворчества и судебной практики, направленные на усиление процессуальной позиции истца, несут в себе риск вызвать защитную реакцию со стороны производителя и медицинского сообщества, замедлив таким образом развитие медицинской науки, совершенствование фармацевтических технологий и усилив проявления так называемой «оборонительной медицины», что в конечном счете будет препятствовать достижению поставленных перед государством задач по борьбе с инфекционными заболеваниями и негативно скажется на здоровье населения.

Представляется, что наиболее оправданным является совершенствование публичных механизмов возмещения вреда потерпевшим в результате вакцинации, позволяющих выплачивать компенсацию независимо от вины причинителя вреда и во всех тех случаях, когда наличие причинно-следственной связи не может быть исключено с вероятностью 100 %.





4.1. Понятие и классификация криминологических рисков в сфере профилактической медицины

Отдельный пласт проблем, возникающих в связи с реализацией программ профилактической медицины, образуют криминологические риски и предупреждение правонарушений, совершаемых в связи с проведением мероприятий профилактической медицины. Начать анализировать криминологические риски и их классификацию нужно с уточнения понятия криминологической безопасности в сфере профилактической медицины.

Здравоохранение в буквальном понимании этого слова означает деятельность государства, органов здравоохранения и специалистов по охране здоровья человека. Эта социальная цель требует решения комплекса задач посредством системы, включающей профессиональную подготовку врачей, создание системы органов и организаций для предоставления медицинской помощи, а также деятельность правоохранительных органов, направленную на защиту здоровья населения. Безопасность в сфере здравоохранения предполагает в идеале такую деятельность этой системы, в которой риски причинения вреда человеку самой системой сведены к минимуму или вовсе отсутствуют.

Понятие безопасности в сфере здравоохранения в Российской Федерации основано на общем понятии национальной безопасности. Существует несколько нормативных правовых актов, касающихся

национальной безопасности и содержащих юридические принципы и нормы, регулирующие общественные отношения по ее обеспечению⁴⁸⁶. Следует отметить, что в них речь идет о национальной безопасности в широком смысле и безопасности в отдельных сферах жизнедеятельности (например, государственная, общественная, информационная, экологическая, экономическая, транспортная, энергетическая, безопасность здоровья населения). В процессе жизнедеятельности может появиться необходимость в защите безопасности в какой-то еще отдельной сфере, что потребует специального правового регулирования.

Пандемия коронавируса COVID-19 показала недостаточную готовность современного общества прогнозировать реальные угрозы, их последствия и эффективно реагировать на них в целях защиты здоровья населения. Появился и соответствующий общественный интерес иметь действенную политику в сфере профилактической медицины.

Определение национальной безопасности несколько осложняется неоднозначной трактовкой безопасности, о чем свидетельствуют научные источники⁴⁸⁷.

Слово «безопасность» образовано по правилу добавления приставки «без» к слову «опасность», что буквально означает отсутствие в какой-либо сфере реальных источников опасности и ее проявлений. Как юридическое понятие в российском законодательстве понятие

⁴⁸⁶ *О безопасности : Федеральный закон от 28 декабря 2010 г. №/390-ФЗ : текст с изм. и доп. на 9 нояб. 2020 г. ; О стратегическом планировании в Российской Федерации : Федеральный закон 28 июня 2014 г. №/172-ФЗ : текст с изм. и доп. на 31 июля 2020 г. ; Стратегия национальной безопасности Российской Федерации : утв. Указом Президента Российской Федерации от 2 июля 2021 г. № 400 ; Концепция общественной безопасности : утв. Президентом Российской Федерации 14 ноября 2013 г. №/Пр2685. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

⁴⁸⁷ *Кардашова И.Б. Изменения российского законодательства о национальной безопасности // Вестник Российской правовой академии. 2017. № 2. С. 37–41 ; Сагиндыкова/А.Н., Ховралев А.Л. Конституционно-правовая стабильность общества и государства РФ: состояние, проблемы, перспективы. Екатеринбург, 2003 ; Возжеников/А.В., Прохоржев А.А. Безопасность России: современное понимание, обеспечение. М., 1998 ; /Белов/П.Г. Методологические основы национальной безопасности России. СПб., 2004.*

«безопасность» впервые было закреплено в Законе Российской Федерации от 5 марта 1992 г. №/2446-1 «О безопасности» (утратил силу) и трактовалось как «состояние защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз». В Федеральном законе от 28 декабря 2010 г. №/390-ФЗ (в ред. от 09.11.2020) «О безопасности» представлены основные принципы обеспечения безопасности, установлены полномочия субъектов обеспечения национальной безопасности и правовой статус Совета Безопасности Российской Федерации. В Федеральном законе «О безопасности» произошло уравнивание общего понимания безопасности с национальной безопасностью. В правовых актах о безопасности прослеживается тенденция включать в понятие национальной безопасности разные виды национальной безопасности в их системе, построенной по конкретным критериям. Такими критериями выступают объекты безопасности (личность, общество, государство), характер угроз (внутренние, внешние и т. д.) и сферы жизнедеятельности.

Определение конкретного вида национальной безопасности раскрывается в отдельных правовых актах⁴⁸⁸. Подчеркнем, что в российском законодательстве категория «национальная безопасность» определяется в зависимости от сферы жизнедеятельности, что нужно признать допустимым и полезным.

Как отмечают отечественные и зарубежные ученые, безопасность входит в предмет криминологии⁴⁸⁹. Исследование категории «безопасность» в криминологии включает определение факторов, причиняющих или способных причинить вред личности, обществу,

⁴⁸⁸ Концепция общественной безопасности : утв. Президентом Российской Федерации 14 ноября 2013 г. №/Пр2685 ; Доктрина информационной безопасности Российской Федерации : утв. Указом Президента Российской Федерации от 5 декабря 2016 г. №/646 ; Военная доктрина Российской Федерации : утв. Указом Президента Российской Федерации от 25 декабря 2014 г. №/Пр2976. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁴⁸⁹ Пешаков В.А. Криминологическая безопасность и ее обеспечение в сфере взаимовлияния организованной преступности и преступности несовершеннолетних : дис. ... д-ра юрид. наук. М., 1998 ; Конев Д.А. Криминологическая безопасность и ее обеспечение в сфере цифровых технологий : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2022 ; Froestad J., C. Shearing, M. Van der Merwe *Criminology: Re-Imagining Security and Risk // Security: Dialogue across Disciplines* / ed. P. Bourbeau. Cambridge, 2016. P. 177–195.

государству. Изучение безопасности предполагает выявление угрозы, источника этой угрозы и объекта, который находится под защитой или остается без нее. В реальной действительности нельзя представить конкретную ситуацию, когда бы существовала криминологическая безопасность с нулевым значением — ведь в обществе постоянно возникают угрозы криминального характера. Даже библейский Рай нес в себе угрозу грехопадения Адама и Евы. Таким образом, криминологические угрозы были в прошлом, существуют сейчас и останутся в будущем, т. е. этот вопрос перманентно актуален.

Проблема криминологической безопасности системы здравоохранения стала предметом исследований не так давно⁴⁹⁰. Появилось несколько векторов ее исследования, которые рассматривают безопасность медицины под углом зрения правовых и неправовых наук. Так, в качестве предмета исследования стали изучать ятрогенные преступления, поскольку в настоящее время сложно говорить о том, что современное медицинское право и его правовые механизмы изучены и надлежащим образом урегулированы⁴⁹¹. Можно с уверенностью сказать, что этот вектор исследования сегодня закладывает основы специального направления криминологии (отрасли) — ятрогенной криминологии.

Зарубежные ученые эту проблему стали обсуждать во второй половине XX века в аспекте социокультурной гегемонии медицины в современном обществе, используя понятие «медикализация»⁴⁹².

⁴⁹⁰ Клеймёнов М.П. *Понятие и предмет медицинской криминологии* // Сибирский криминологический журнал. 2006. № 1. С. 13—19.

⁴⁹¹ Замалева С.В. *Ятрогенные преступления: понятие, система и вопросы криминализации* : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2016 ; Чаплыгина В.Н. *Терминологический подход к понятиям «врачебная ошибка» и «ятрогения» при расследовании ятрогенных преступлений* // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики : сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола, 3 марта 2017 г. / Северо-Западный филиал Российского государственного университета правосудия ; под общ. ред. Е.Н. Рахмановой. СПб., 2017. С. 211—215.

⁴⁹² Михель Д.В. *Медикализация как социальный феномен* // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2011. № 4. С. 256—263 ; Ilich I. *Medicalization and primary care*. Journal of the Royal College of General Practitioners. 1982;32:487-504 ; Zola I. *Medicine as an Institute of Social Control*. Sociological Review. New Series. 1972;20(4):487-504.

Под ней в общих чертах понимается установление жесткого контроля за населением с помощью медицинских манипуляций, который осуществляется публичными и частными структурами.

Но вернемся к криминологическому измерению. Вот как определяют криминологическую безопасность системы здравоохранения М.П. Клеймёнов и Е.К. Сенокосова: это состояние защищенности системы организации медицинской помощи (ОМП), в том числе пациентов и медицинских работников, от внешних и внутренних угроз, источниками которых выступают явления, в той или иной степени связанные с преступностью в сфере медицины, общественно опасными посягательствами медицинских работников и пациентов на отношения, складывающиеся в системе ОМП, криминальной медицинской деятельностью, а также с интересами криминалитета к медицинской сфере как источнику получения сверхприбылей⁴⁹³. На сегодняшний день нельзя признать проблему криминологической безопасности в сфере медицины достаточно исследованной.

К предмету нашего исследования относится криминологическая безопасность в сфере профилактической медицины с позиции потребителей профилактических медицинских услуг, т. е. криминологическая безопасность в отношении комплекса мероприятий по вакцинации, медицинским осмотрам (включая диспансеризацию), направленных на защиту и (или) укрепление здоровья человека от естественных и искусственных возбудителей заболевания, оказываемых субъектами, осуществляющими медицинскую деятельность (ст. 2 Закона об основах охраны здоровья граждан). Выбор этого комплекса услуг обусловлен их значимостью для жизнеобеспечения населения страны, так как все люди болеют, потребляют лекарства и нуждаются в квалифицированной медицинской помощи.

Обратимся к характеристике угроз (или рисков), которые влияют на состояние криминологической безопасности системы профилактической медицины. К ним относятся: 1) собственно преступность в системе профилактической медицины во всех ее проявлениях;

⁴⁹³ Клеймёнов М.П., Сенокосова Е.К. Угрозы криминологической безопасности системы оказания медицинской помощи и их классификация // *Всероссийский криминологический журнал*. 2017. Т. 11, № 4. С. 696–705.

2) совокупность факторов, способствующих криминализации медицинской сферы и создающих опасность жизни, здоровью пациентов; 3) совокупность факторов, нарушающих функционирование системы обеспечения мероприятий профилактической медицины, а также нормальную деятельность медицинских работников.

Разнообразие угроз (или рисков), которые влияют на состояние криминологической безопасности системы профилактической медицины, отражается в следующих классификациях. В зависимости от объективных и субъективных оснований угрозы (или риски) криминологической безопасности подразделяются на две группы. Первая группа включает угрозы (риски) обусловленные объективными причинами криминализации сферы профилактической медицины. К ней относятся:

- 1) ятрогенные последствия медицинской деятельности;
- 2) коррупция в сфере здравоохранения;
- 3) слабый публичный контроль за осуществлением медицинских практик;

- 4) отказ рассматривать медицинскую помощь как проявление социальной политики государства и коммерциализация ее путем расширения платности и разнообразия медицинских услуг;

- 5) медиализация;

- 6) отсутствие четко работающего правового механизма возложения ответственности за некачественное предоставление медицинских услуг. Например, в простом составе ст. 235 УК РФ не конкретизируется общественно опасное последствие — причинение вреда, в силу чего расширяется возможность правоприменительной криминализации, так как можно привлечь к уголовной ответственности по этой статье и за причинение легкого, средней тяжести, тяжкого вреда здоровью, а можно только в случае причинения тяжкого вреда здоровью;

- 7) высокий потенциал возникновения коррупционных отношений и повышенная их латентность;

- 8) высокий уровень доходности, стимулирующий проникновение в профилактическую деятельность организованной преступности.

Вторая группа рисков (угроз) обусловлена субъективными причинами криминализации сферы профилактической медицины. К ней относятся:

- 1) нивелирование нравственной основы медицинской деятельности в этой сфере;

2) формирование у медицинского работника профессиональной установки оказания медицинской помощи как обычной платной услуги и понижение чувства профессиональной ответственности за ее качество;

3) формирование у населения (потенциальных и реальных пациентов) установки бесполезности, некачественности медицинской профилактической помощи;

4) распространение в общественном сознании страха скорее не избавиться, а заразиться болезнью (истории известны случаи, когда для преодоления таких страхов монарх первым делал прививку, чтобы дать пример подданным последовать его примеру).

Если за основу взять риски совершения преступлений (ятрогенных и коррупционных), то классификация будет состоять из ятрогенных и коррупционных рисков⁴⁹⁴. В последующем мы будем опираться на эту классификацию.

4.2. Предупреждение криминологических рисков в сфере профилактической медицины

Следует подчеркнуть, что предупреждение криминологических рисков представляет собой систему, которая включает объекты предупреждения, т. е. риски профилактической медицины, субъектов профилактической медицины (органы здравоохранения, законодательные и управленческие органы, общественные формирования (комиссии и др.), правоохранительные органы, самих граждан-пациентов и общественное мнение) и, наконец, меры профилактики.

Если органы здравоохранения как субъекты профилактики традиционно проводят профилактические мероприятия, по которым складывается впечатление об эффективности профилактической медицины, то роль остальных субъектов менее заметна. Отсюда организацию профилактической медицины считают делом государственным, отношение к ней носит патерналистский характер. В этом кроется причина пассивности населения и общества в лице его общественных организаций

⁴⁹⁴ Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Криминологическая безопасность в сфере профилактической медицины: риски и их предупреждение // *Всероссийский криминологический журнал*. 2020. Т. 14, № 5. С. 647–659.

и, по сути, формируется снижение заинтересованности их в результатах профилактической медицины, которые прежде всего нужны людям, а не функционерам от медицины. Однако профилактический потенциал отдельного гражданина-пациента и общественного мнения практически не используется. Дело сведено сегодня к реагированию на факты общественно опасного характера (правонарушения, проявление коррупции), к работе с жалобами пациентов на некачественную профилактическую помощь, т. е. к реагированию на уже случившиеся последствия, но не на то, как их не допустить. То есть речь идет о предупреждении рецидива правонарушений в этой сфере, но не о недопущении самого явления. Сложившаяся практика профилактики правонарушений в сфере профилактической медицины свидетельствует об этом, поэтому нижеперечисленные меры предупреждения отражают, прежде всего, критикуемую в нашей монографии практику. Для получения долговременно эффективных результатов профилактики этих правонарушений нужен выход за пределы сложившейся практики, без чего результаты предупреждения останутся такими, какие есть. Но для этого человеку нужно почувствовать собственную ценность, а общественному мнению резко реагировать на проявление его беззаботности в отношении самого себя. Лозунг будущего состоит в том, что человек нужен человеку и только ему (не партии, государству, ни даже Родине), и общественное мнение должно укоренять такое отношение и тем самым укреплять и общество. Это то, что часто называют борьбой за здоровый образ жизни, сведенный на практике к борьбе с негативными привычками (типа: «пьянству — бой»). В части изменения прежнего лозунга, он нуждается в обновлении: «от здорового человека — к здоровому образу жизни», а это поле деятельности системы идеологических органов пропаганды и агитации.

Выше было указано, что главным направлением предупреждения правонарушений в сфере профилактической медицины является противодействие криминологическим рискам в сфере профилактической медицины — ятрогенным и коррупционным.

Предупреждение ятрогенных рисков

Традиционно одним из рисков медицинской деятельности называют ятрогенез — способность медицинской деятельности порождать

заболевания или даже смерть. В контексте разговора о том, какие угрозы порождает профилактическая медицина, следует сформулировать ятрогенез более широко — это не только способность порождать заболевания, но и непредотвращение заболевания в случаях, когда это было возможно и на медицинских работниках лежала обязанность по предотвращению заболевания, а также когда не минимизированы последствия, связанные с ухудшением здоровья. Специфика профилактической медицины состоит в том, что она работает на предотвращение заболеваний и на минимизацию возможных последствий заболеваний. Отсюда следует и необходимость расширения предмета исследования. Ятрогенные риски и преступления не раз становились предметом научных исследований⁴⁹⁵.

Что касается профилактической медицины, то здесь все ятрогенные риски можно разделить на две группы:

- 1) риски, связанные с вакцинацией,
- 2) риски, связанные с профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией⁴⁹⁶.

Ятрогенные риски, связанные с вакцинацией населения, состоят, прежде всего, в возможности причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате вакцинации. Вопиющий случай произошел в 2014 году в Сирии, когда от прививок против кори, которые делались при поддержке ООН, из-за некачественной вакцины умерли около 100 детей⁴⁹⁷.

Наступление ятрогенных последствий для жизни и здоровья вакцинируемого может быть связано с некачественной вакциной, которая была произведена с нарушением технологий либо испортилась

⁴⁹⁵ /Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения) : дис. ... канд. юрид. наук. Н. Новгород, 2007 ;/Соловьев А.П. Предупреждение преступлений в сфере здравоохранения : дис. ... канд. юрид. наук. М., 2007 ;/Замалева С.В. Указ. соч. ; Сенокосова Е.К. Преступная некомпетентность и недобросовестность в медицине / под ред. М.П. Клейменова. М., 2019 ; /Conrad P. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*. 1975;23(1):12-21.

⁴⁹⁶ Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Криминологическая безопасность ... С. 647—659.

⁴⁹⁷ URL: <https://tass.ru/mezhdunarodnaya-panorama/1449691> (дата обращения: 23.05.2020).

в силу нарушения правил хранения и транспортировки, истечения срока годности. Это может быть связано с наличием противопоказаний у вакцинируемого, которыми пренебрегли. Это может быть и нарушение методики вакцинирования. Отдельно стоит сказать о рисках научных ошибок, когда на стадии разработки вакцины были допущены промахи, приведшие к использованию небезопасной вакцины. И наконец, это могут быть поствакцинальные осложнения, не обусловленные нарушением правовых норм.

Именно риски неблагоприятных последствий отпугивают население и заставляют отказываться от вакцинации себя и своих детей. Так, по данным проведенного опроса, негативно относятся к вакцинации 22,1 % респондентов, 25,4 % респондентов ответили, что к одним прививкам относятся положительно, к другим — негативно, безоговорочно положительно относятся к вакцинации 46,7 % респондентов. Из тех, кто негативно относится к вакцинации, в качестве причин отрицательного отношения к прививкам 22,8 % (10,8 % от всех респондентов) указали, что от прививок больше вреда, чем пользы, у 15,3 % респондентов (7,2 % от всех опрошенных) имел место личный негативный опыт вакцинации, 19,0 % (9,0 % от всех респондентов) ответили, что был негативный опыт вакцинации у родственников, 9,4 % респондентов (4,5 % от всех опрошенных) ответили, что был отрицательный опыт вакцинации детей. При этом 38,3 % опрошенных ответили, что сталкивались со случаями, когда после вакцинации себя или близких наступали негативные последствия (кратковременное расстройство здоровья, длительное расстройство здоровья, хроническое заболевание, инвалидность и др.). Полученные ответы показывают, что опасения насчет прививок объясняются, прежде всего, их репутацией, реальными впечатлениями о неблагоприятных последствиях вакцинации.

Теоретически уголовная ответственность за вред, причиненный вакцинацией, если она осуществлялась с нарушениями действующих правил (в зависимости от того, какие правила были нарушены), может наступить по ст. 109, 118, 122, 123, 235, 238, 238.1, 293 УК РФ. Как правило, наступление ответственности увязывается с причинением тяжкого вреда здоровью человека или смерти. При изучении приговоров не удалось обнаружить уголовных дел о причинении вреда жизни или здоровью пациента в результате нарушения правил проведения вакцинации.

Согласно «официальной статистике», которую в открытом доступе обнаружить не удалось, но на которую ссылаются представители медицины, случаи наступления тяжкого вреда здоровью или смерти от прививок в Российской Федерации крайне редки⁴⁹⁸.

Ранее в монографии была приведена таблица ВОЗ о частоте развития серьезных побочных проявлений после иммунизации (ПППИ), связанных с вакциной (табл. 4).

По данным социологического опроса, из 1 600 опрошенных с наступлением после прививок смерти среди близких сталкивались 20 респондентов, с наступлением инвалидности — 34. Большинство негативных последствий прививок, на которые жалуется население, официально медицинское сообщество относит к норме (реакция организма) либо считает, что это не последствия именно вакцинации, называя причиной иные обстоятельства. В то же время приемлемого статистического учета негативных последствий, возникающих после вакцинации, к сожалению, обнаружить не удалось.

Государство признает риски вакцинации. В статье 18 Закона об иммунопрофилактике прямо говорится о праве граждан на социальную поддержку в случае поствакцинальных осложнений, перечень которых утвержден Правительством Российской Федерации⁴⁹⁹. Данные риски во многом обуславливают то, что для проведения вакцинации требуется согласие пациента.

Проведенный опрос показал, что население не готово мириться со многими негативными последствиями, которые медицинское сообщество официально сегодня относит к «норме». Оценки рисков

⁴⁹⁸ *Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации : утв. М-вом здравоохранения Российской Федерации 12 апреля 2019 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

⁴⁹⁹ *Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий : Постановление Правительства Российской Федерации от 2 августа 1999 г. № 885. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

вакцинации медсообществом и населением сегодня существенно расходятся.

Является показательным самый распространенный ответ респондентов (27,8 % негативно относящихся к вакцинации или 13,1 % от числа всех опрошенных) о причинах негативного отношения к вакцинации — «врачи недостаточно информируют о пользе и возможных рисках вакцин». Имеет место серьезный кризис доверия пациентов медицинскому сообществу.

Насколько криминальны ятрогенные риски вакцинации, оценить сложно. Для начала необходимо получить реальную статистику по всем негативным последствиям вакцинации.

С этой целью требуется на систематической основе осуществлять национальный мониторинг безопасности вакцинации, включающий в себя изучение официальных данных, опросы населения, сопоставление сведений, полученных из разных источников, и т. д. (по аналогии с мониторингом эффективности противодействия коррупции). Причем мониторинг должен осуществляться организацией не аффилированной с Минздравом России, лучше, чтобы это делали крупные научные центры (вузы), имеющие в своем составе соответствующие подразделения. Для начала можно запустить пилотный проект.

Идея национального мониторинга безопасности вакцинации не направлена на замену мониторинга ПППИ, осуществляемого Минздравом России и направленного на реализацию доктрины ВОЗ контроля безопасности вакцинации, предполагающей систему слежения за безопасностью вакцин в условиях их практического применения, выявление и расследование ПППИ с установлением причин их развития, способствование совершенствованию мер профилактики, доступность населению информации о рисках вакцинации в целях повышения положительного восприятия иммунизации обществом.

Национальный мониторинг предполагает независимость от Минздрава России, использование более широкого круга источников изучения, общественный контроль на базе, в частности, цифровых технологий.

Еще одна мера, которая способна снизить риски вакцинации и положительно настроить отношение населения к ней, — это открытие

официальной статистики вакцинации, стандартов безопасности вакцин, того, какие исследования проводились, кем и когда, в какой период, сколько добровольцев участвовало, какие наблюдались последствия, ближайшие и отдаленные. Следует создать действенный механизм контроля за вакцинацией с привлечением цифровых технологий и всего населения.

Ятрогенные риски, связанные с профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией, можно разделить на две группы:

1) риски, которые порождаются самим медицинским осмотром (например, риски при выполнении инвазивных медицинских вмешательств, риски заражения пациентов при несоблюдении санитарно-эпидемиологических правил и др.);

2) диагностические риски: а) необнаружение заболевания, которое должно и могло быть обнаружено, повлекшее вред здоровью или смерть пациента; б) обнаружение заболевания, которого на самом деле нет, приведшее к дальнейшему неоправданному медицинскому вмешательству и как следствие — неблагоприятным последствием для пациента.

Риски, которые порождаются самим медицинским осмотром. Иногда в качестве обязательных в программы профилактических осмотров включаются инвазивные методы обследования пациента, создающие опасность причинения вреда здоровью или жизни. Так, согласно приказу Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н «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» работники, занятые на работах в особых географических регионах с местами

проведения работ, транспортная доступность которых от медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь в экстренной форме, превышает 60 минут, должны в обязательном порядке на профилактических медосмотрах проходить эзофагогастродуоденоскопия («глотать лампочку»). Эта процедура небезопасная. Например, 27 декабря 2018 года Московский районный суд Санкт-Петербурга признал врача эндоскописта Ш., проводившую ФГДС, виновной в неосторожном причинении смерти пациенту в силу ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей при проведении ФГДС (постановление по делу № 1-65/18). Включение подобных методов обследования в число обязательных (для всех) с угрозой недопущения к работам в случае отказа от них вызывает обоснованные вопросы и отрицательные рецензии на подобные инициативы Минздрава России.

Социологический опрос показал, что 15,8 % респондентов выступают против обязательного включения в профилактические медицинские осмотры вмешательств, сопряженных с риском для здоровья и жизни пациента, 15,0 % допускают включение в число обязательных таких видов медицинских вмешательств, большинство — 61,4 % считают, что такие вмешательства можно включать только на усмотрение самого осматриваемого, отказ от них не должен быть сопряжен с негативными последствиями для осматриваемого. Данные опроса показывают, что «квалифицированное большинство» выступают против навязывания населению в обязательном порядке прохождения рискованных медицинских обследований. В то же время большинство за то, чтобы на такие исследования было право пациента, но без санкций за отказ от них.

Появление в обязательной программе медосмотра подобных обследований во многом объясняется медиализацией, одно из проявлений которого — навязывание населению медицинских услуг. С позиций интересантов медиализации, идеальный вариант сбыть услугу (особенно непопулярную у населения) — это включение ее в обязательную программу осмотра под угрозой санкции, конечно же, с объяснением заботой о здоровье осматриваемого. Медиализация — тема отдельного разговора, причем не только в рамках кримино-

логии и медицины⁵⁰⁰. Здесь мы коснулись одного из негативных ее проявлений — ятрогенного криминологического риска.

В связи с вышеизложенным, в плане обеспечения криминологической безопасности, да и в плане соблюдения конституционных прав человека, представляется необходимым отказаться от обязательности высоко рискованных медицинских обследований. Очевидно, что под угрозой санкции заставлять население проходить подобные обследования нельзя.

Еще одна ятрогенная угроза при медицинском осмотре — риск получить заболевание в связи с нарушением санитарно-эпидемиологических правил или неспособностью медицинской организации обеспечить безопасное прохождение медосмотра. Особо остро этот вопрос стоит в период пандемии, в условиях которой пришлось отказаться от диспансеризации населения и профилактических медицинских осмотров. Не секрет, что многие инфекционные заболевания приобретаются в медицинских организациях. Купировать подобные риски возможно путем организационных решений, усиления контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологических правил, в том числе и со стороны осматриваемых, которые должны быть информированы о требованиях безопасности.

Диагностические риски. Диагностические ятрогенные риски связаны, прежде всего, с неустановлением заболевания, которое должно и могло быть установлено в процессе медосмотра. 26 % респондентов дали положительный ответ на вопрос о том, была ли в их жизни ситуация, когда по результатам прохождения медицинского осмотра не было выявлено заболевание, которое имело место и

⁵⁰⁰ Балебанова Т.А. Современное состояние коррупции в здравоохранении России и меры ее предупреждения: криминологическое исследование : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2013 ; Гареева И.А, Степанова А.П. Медицинализация современного общества: социально-психологические аспекты // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2018. Т. XV, Вып. 4. С. 55–59 ; Михель Д.В. Указ. соч. ; Фуко М. Рождение клиники. М., 1998 ; / Lock M. Medicalization and the Naturalization of Social Control // Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures / ed. C.R. Ember, M. Ember. New York: Kluwer, 2004. P. 116–125 ; Szasz T. The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays. Syracuse : Syracuse Univ. Press, 2007./

должно было быть выявлено, если бы врач сделал все как надо (среди работников здравоохранения 24 % ответили положительно на данный вопрос). При этом 22,5 % опрошенных (360 из 1 600) в качестве претензии к медосмотру, который они проходили за последние два года, назвали его формальность.

Анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих проведение медосмотров, диспансеризации, показывает, что в них отсутствует перечень медицинских манипуляций, которые должен сделать врач и по которым можно судить, выполнены ли все действия, направленные на выявление заболеваний. Практически каждый сталкивался с ситуацией, когда осмотр у врача, например хирурга, ограничивался вопросом о жалобах и чисто визуальным осмотром. Тогда как в пособиях для обучающихся указываются еще и другие действия (пальпация, перкуссия, аускультация). Методики осмотров врачами-специалистами, как правило, не имеют нормативно-правового воплощения. Это означает, что пациент практически не может убедиться, что пройденный им медосмотр соответствует предъявляемым требованиям. Отсюда увеличение ятрогенных рисков. Представляется, что приказы Минздрава России должны четко закреплять перечень медицинских манипуляций, из которых состоит осмотр. Кроме того, в открытом доступе должны быть размещены документы, по которым пациент может проверить полноту и качество проведенного осмотра.

Риски, связанные с избыточной диагностикой, — тема отдельного разговора. В последнее время многие граждане Российской Федерации по телефону получали и продолжают получать приглашение от определенных структур пройти бесплатные профилактические медицинские обследования. Типично в таких случаях все заканчивается «разводом» пациента на деньги. У обследуемого находят заболевания, требующие уникального дорогостоящего лечения или профилактики, и затем «выкачивают» из пациента деньги. Хорошо, если в этом случае так называемый пациент остается только без денег. При худшем раскладе он еще остается и без здоровья. Назначаемое лечение, как правило, не связано с действительным диагнозом и, безусловно, создает ятрогенные риски. Основная нагрузка предупреждения осуществления подобной медицинской деятельности должна лежать на контролирующих и надзирающих органах.

Что же касается избыточной диагностики, когда нет злого умысла на «развод» клиента на деньги, то здесь предупреждение ятрогенных рисков может быть связано с совершенствованием медицинских технологий. Эти риски носят, как правило, некриминальный характер, обусловлены уровнем развития медицины. В то же время включение в обязательные программы медосмотров обследований, которые дают высокий процент ложноположительных результатов, требует согласия пациента, не обремененного санкцией за отказ от такого обследования. Как показывает сопоставление действующих приказов Минздрава о профилактических мероприятиях с проектами этих приказов, с отзывами на такие приказы и их проекты, а также с рядом экспертных суждений, процесс медикализации сопряжен с явно чрезмерной заботой о здоровье пациента, когда такая забота хорошо оплачивается и когда от такой заботы пациент без негативных для себя правовых последствий не может избавиться.

Предупреждение коррупционных рисков

Коррупционные риски являются главной угрозой криминологической безопасности в сфере профилактической медицины. Согласно данным опроса населения, проведенного ВЦИОМ в 2017 году, самой коррумпированной сферой в стране, по мнению 27 % опрошенных, являлась медицина. Далее следовали ГИБДД (23 %) и ЖКХ (22 %) ⁵⁰¹. Коррупция в сфере здравоохранения не раз становилась предметом исследований ⁵⁰². В то же время нет исследований, посвященных особенностям коррупции в сфере профилактической медицины. Специфика коррупционных проявлений в профилактической

⁵⁰¹ URL: <https://vademec.ru/news/2017/07/03/rossiyane-schitayut-meditsinuatou-korruptirovannou-sferou/> (дата обращения: 25.06.2020).

⁵⁰² Балебанова Т.А. Указ. соч. ; Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А. *Коррупция в сфере медицинских услуг в России*. М., 2012 ; /Полюкаров А.В. *Виды коррупционных преступлений в сфере здравоохранения // Административное и муниципальное право*. 2016. № 5. С. 467–473 ; /Сабанин Ю.В., Кузнецова Е.И. *Коррупция в здравоохранении: причины и пути предупреждения // Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2011. Т. 7, № 16 (109). С. 43–48.

медицине связана с приписками, торговлей документами, подтверждающими прохождение медицинского осмотра.

На вопрос о коррумпированности сферы профилактических медицинских осмотров респонденты дали следующие ответы: 11,2 % ответили, что эта сфера сильно коррумпирована, 25,5 % сказали, что коррумпирована, но не сильно, 16,7 % оценили уровень коррупции как небольшой, 19,0 % считают, что сфера медицинских осмотров вообще не коррумпирована, 27,6 % опрошенных затруднились с ответом. Интересно, что коррумпированность сферы медосмотров как высокую оценивают 27,6 % руководителей и 23 % индивидуальных предпринимателей.

Мониторинг применения ст. 292 и 327 УК РФ (статьи об обороте поддельных документов), проведенный апреле—мае 2020 года, показал, что порядка 15 % приговоров⁵⁰³ по ним выносятся за преступления, предметом которых выступают медицинские документы.

Предупреждение приписок при вакцинации и диспансеризации населения. Уровень приписок при вакцинации населения от гриппа можно продемонстрировать путем сравнения данных официальной статистики и данных социологического опроса. Так, по данным проведенного опроса, в сезоне 2019—2020 года прививку от гриппа сделали только 21,1 % опрошенных, 0,4 % затруднились ответить, 78,6 % сказали, что прививку не делали. В то же время по официальным данным, уровень вакцинации от гриппа в указанном сезоне — свыше 50 %. Например, в Санкт-Петербурге — 54 %⁵⁰⁴, в Москве — 59,2 %⁵⁰⁵. Официальная статистика в 2,5 раза превышает уровень фактической вакцинации.

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

⁵⁰³ Изучались приговоры, размещенные на сайте *sudact.ru*, вынесенные судами в 2019 году.

⁵⁰⁴ URL: <http://zdrav.spb.ru/ru/news/1004/> (дата обращения: 23.05.2020).

⁵⁰⁵ URL: <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-dekabrya-i-khode-privivochnoj-kampanii-protiv-grippa> (дата обращения: 23.05.2020).

официальной статистики, охват прививками детей составляет свыше 95 %⁵⁰⁶.

Вакцинация населения от COVID-19 шла и идет совсем не теми темпами, которые планировал Минздрав России. По-видимому, ожидания строились на официальных цифрах вакцинации против гриппа. К осени 2021 года планировалось привить не менее 60 % населения. Однако реальные темпы прививочной кампании не позволяли надеяться на данную цифру.

Приписки при диспансеризации явление настолько широко распространенное, что медработники написали Президенту России обращение с просьбой прекратить уголовно преследовать врачей за приписки, на которые они вынуждены идти из-за невыполнимых задач диспансеризации и давления руководства⁵⁰⁷.

В ходе опроса выяснялась вовлеченность населения в торговлю фиктивными справками о прохождении медицинских осмотров. 7,1 % респондентов ответили, что они прибегали к услугам организаций, которые предлагают купить фиктивную справку о прохождении медосмотра. Насколько легко приобретение такой справки, можно убедиться, сделав запрос в интернет-поисковике.

Главная причина приписок при вакцинации и диспансеризации — сложившаяся система оценки деятельности медучреждений, при которой выполнение плана вакцинации и диспансеризации является одним из основных показателей, стремясь повысить который врачи идут на подлоги.

Механизмом предупреждения приписок при вакцинации и диспансеризации могло бы стать их прохождение только по заявкам из личного кабинета граждан в системе «Госуслуги» с последующими уведомлением о прохождении вакцинации и диспансеризации и передачей результатов. Также целесообразно в каждом предыдущем сезоне проводить опросы населения относительно потребностей в сезонной вакцинации. Например, в сезоне

⁵⁰⁶ См.: *Здравоохранение в России. 2019 : стат. сб. / Росстат. М., 2019. URL: <https://resursor.ru/statisticheskij-sbornik-zdravooxranenie-v-rossii-2019-polnaya-versiya/zdorovye-naseleniya-deti/#1585690924441-db6d95ad-c875> (дата обращения: 07.06.2021).*

⁵⁰⁷ URL: <https://doctorpiter.ru/articles/19991/> (дата обращения: 25.06.2020).

2020–2021 года прививку от гриппа, согласно данным опроса, предоставленным проектом «Здоровье. Mail.ru», планировали сделать 23 % россиян⁵⁰⁸.

Предупреждение незаконного оборота медицинских заключений. Механизм предупреждения рисков подлога и продажи справок о прохождении медосмотра должен учитывать ряд обстоятельств.

Многие граждане готовы не проходить медосмотр и платить за подтверждение его прохождения. И основная причина здесь не в том, что люди страдают заболеваниями, которые будут выявлены при медосмотре, и это грозит потерей работы. Опрос, проводившийся 3,5 года назад среди так называемого декретированного контингента (работники общепита, продавцы продуктов питания, парикмахеры), показал, что основная причина отказа от медосмотра и покупки справок для допуска к работе — «унизительные» принудительные процедуры, которые надо проходить при медосмотре, большие временные затраты. Интервью с отдельными интересантами показывает, что плата за справки без прохождения медосмотра сегодня — это система. Одни делают вид, что осматривают, вторые — что проходят медосмотр, третьи (руководители, представители медорганизаций, регулятора) знают об этом, и их это устраивает. Установление масштаба явления требует дополнительных исследований. В то же время стоит отметить, что массовое непрохождение медосмотров практически не влияет на эпидобстановку. И еще стоит отметить, что если бы все, кому положено, проходили медосмотры так, как положено, то еще неизвестно, способна ли выдержать такие нагрузки система здравоохранения, хватит ли у нее мощности. Как показала пандемия, скорее всего, планы по медосмотрам заведомо невыполнимые.

Для того чтобы привлечь «уклоняющихся» от медосмотра лиц к его прохождению, требуется исключить из его программы опасные для здоровья и жизни вмешательства, исключить «унизительные» процедуры (речь идет об обследованиях, предполагающих обнажение закрытых зон тела человека), установить временные лимиты на прохождение медосмотра и т. д. Другими словами, надо

⁵⁰⁸ URL: <https://tass.ru/obschestvo/8766349> (дата обращения: 25.06.2020).

сделать медосмотр удобным, не унижающим человеческое достоинство.

Опросы руководителей отдельных организаций, чьи работники проходят обязательные медосмотры за счет работодателей, показывают, что еще одной причиной приобретения справок без прохождения медосмотра является нежелание работодателей мириться с большими материальными затратами на медосмотры и отсутствием работника на рабочем месте длительное время. Это подтверждает и анализ отзывов на проекты Минздрава России, в которых часто говорится об избыточности программ медосмотров, о необходимости исключения тех вмешательств, которые входят в программу диспансеризации населения. Данный конфликт интересов можно сгладить за счет исключения из программы медосмотра избыточных, не связанных с достижением цели безопасности выполнения работ медицинских вмешательств, а также за счет установления жесткого лимита по времени, которое отводится медорганизации для проведения медосмотра работников.

Совершенствование антикоррупционной экспертизы нормативно-правовых актов в сфере профилактической медицины

Проведенная антикоррупционная экспертиза ряда нормативно-правовых актов, регулирующих отношения в сфере профилактической медицины, показала, что они создают существенные предпосылки для коррупции при прохождении профилактических медицинских осмотров и, как следствие, понижение безопасности здоровья населения. К такому же выводу приводят анализ результатов обсуждения проектов данных нормативно-правовых актов на правительственном сайте, а также результаты опроса медицинских работников и студентов медицинских вузов. Анализ всей совокупности полученных в ходе исследования результатов дает основания заключить, что действующая модель организации профилактических медицинских осмотров — во многом результат лоббизма со стороны медицинских организаций, получающих доход

от профилактической медицины, в том числе и лоббизма коррупционного⁵⁰⁹.

Одним из коррупционных факторов является собственно законодательство, когда его конструкции содержат положения, способствующие или, более того, генерирующие коррупционные проявления. Согласно современной криминологической науке, в реальной действительности закон является не всегда благом. Он может действовать прогрессивному развитию общества, если правильно отражает противоречия, складывающиеся в общественных отношениях, и в своих нормах предлагает оптимальный вариант их регулирования, который снимает 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 закона⁵¹⁰.

Основным средством противодействия появлению в нормативно-правовой базе таких положений является антикоррупционная экспертиза нормативно-правовых актов и их проектов⁵¹¹.

⁵⁰⁹ О лоббизме см.: Малько А.В. Лоббизм и право // *Правоведение*. 1995. № 2. С. 18–28; Суббочев 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; Вырва П.А. Криминологические аспекты коррупционного лоббизма в правотворческой деятельности : дис. ... канд. юрид. наук. Красноярск, 2019.

⁵¹⁰ Шестаков Д.А. Введение в криминологию закона. 2-е изд., испр. и доп. СПб., 2015.

⁵¹¹ См.: Мелешко А.О. Административно-правовое регулирование антикоррупционной экспертизы нормативно-правовых актов : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2015; /Воронина Ю.И. Антикоррупционная экспертиза законодательных актов (их проектов) в Российской Федерации: конституционно-правовое исследование : автореф. дис. ... канд. юрид. 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 : дис. ... канд. юрид. наук. М., 2017; /Кудашкин А.В. Антикоррупционная экспертиза: теория и практика : науч.-практ. пособие. М., 2012; /Ланцевич Ю.М. Организационно-правовые основы деятельности правоохранительных органов по проведению антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и их проектов : дис. ... канд. юрид. наук. М., 2012; /Кабанов А.П., Магизов Р.В. Антикоррупционная экспертиза нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов : учеб.-метод. пособие. Набережные Челны, 2019.

Проведение данной экспертизы в Российской Федерации регулируется прежде всего Федеральным законом от 17 июля 2009 г. № 172-ФЗ (в ред. от 11.10.2018) «Об антикоррупционной экспертизе нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов» (далее — 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.

Основными принципами организации антикоррупционной экспертизы являются: 1) обязательность проведения антикоррупционной экспертизы проектов нормативных правовых актов; 2) оценка нормативного правового акта или его проекта во взаимосвязи с другими нормативными правовыми актами; 3) обоснованность, объективность и проверяемость результатов антикоррупционной экспертизы; 4) компетентность лиц, проводящих антикоррупционную экспертизу; 5) сотрудничество органов исполнительной власти, иных государственных органов и организаций, органов местного самоуправления, а также их должностных лиц с институтами гражданского общества при проведении антикоррупционной экспертизы.

Антикоррупционная экспертиза проектов нормативно-правовых актов реально должна стать обязательной. Вместе с тем открытый доступ к ее результатам (заключениям, которые даются различными субъектами), их опубликование не предусмотрены. Данное обстоятельство существенно затрудняет реализацию пятого принципа антикоррупционной экспертизы о взаимодействии власти и гражданского общества. Сегодня трудно говорить о транспарентности результатов антикоррупционной экспертизы. Поэтому возникает потребность обеспечить их доступность, присущую отраслевому законодательству и правоприменительной практике.

В развитие Закона об антикоррупционной экспертизе было принято постановление Правительства Российской Федерации от 26 февраля 2010 г. № 96 «Об антикоррупционной экспертизе нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов», которым утверждены Правила проведения антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов и Методика проведения антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов. Данная Методика применяется прокуратурой Российской Федерации, органами власти, организациями и их должностными лицами, независимыми экспертами в целях выявления в нормативно-правовых актах и их проектах коррупциогенных факторов и их последующего устранения.

В соответствии с данной Методикой в рамках исследования криминологических проблем профилактической медицины была проведена экспертиза основного подзаконного акта, регламентирующего профилактические медицинские осмотры работников, — приказ Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н (в ред. от 01.02.2022) «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» (далее — Приказ).

Антикоррупционная экспертиза данного Приказа позволила сделать следующие выводы.

1. Приказ недостаточно определенно устанавливает категории работников (лиц, поступающих на работу), в отношении которых установлена обязанность проходить предварительный и (или) периодический профилактический медицинский осмотр. Напомним, что недостаточная определенность нормативно-правовых актов нередко выступает коррупциогенным фактором. Имеет место нестыковка п. 1 и п. 20 Приказа, что позволяет по-разному определять круг лиц, обязанных проходить медицинские осмотры. Данная «нестыковка» положений Приказа вызвала обеспокоенность участников отношений,

поскольку могла самым кардинальным образом повлиять на определение круга лиц, обязанных проходить медицинские осмотры.

Понимая серьезность возникшей проблемы, двумя министерствами оперативно были даны специальные разъяснения (Письмо Минтруда России от 10 марта 2021 г. № 15-2/ООГ-654, Письмо Минздрава России от 4 марта 2021 г. № 28-4/3016355-2108), что в итоге купировало коррупционные риски, связанные применением недостаточно определенных положений Приказа.

2. Приказ содержит нормы права, нарушающие права работников при проведении обязательных предварительных и периодических осмотров. Нарушение прав участников отношений создает для них дополнительные обременения и в связи с этим относится к коррупциогенному фактору.

Из федерального законодательства, а также из п. 6 Приказа следует, что обязанности по организации проведения предварительных и периодических осмотров работников возлагаются на работодателя, в том числе в части финансирования. Между работодателем и медицинской организацией заключается договор об оказании услуг, работодатель выдает работнику направление в медицинскую организацию, с которой заключен договор. Иной процедуры прохождения осмотра Приказ не предусматривает. Таким образом, наблюдается ограничение права гражданина на выбор врача и медицинской организации, предусмотренного ст. 21 Закона об основах охраны здоровья граждан.

Обязанность работодателя по организации проведения осмотра может быть исполнена иными путями, без нарушения указанного права. Так, представляется разумной выдача направления на медицинский осмотр, с которым работник вправе обратиться в любую медицинскую организацию, соответствующую требованиям. Возможна также организация возмещения затрат работнику при предоставлении платежных документов. При этом не должно ограничиваться право работника обратиться в организацию, с которой работодатель заключил договор.

На практике требование направлять работников на медосмотр на основе договора с медорганизацией нередко игнорируется. И это как раз связано с тем, что работники проходят медосмотр в медорганизациях по своему выбору и затем предоставляют работодателю соответствующие документы.

В то же время интервью с руководителями организаций показали, что при заключении и исполнении договоров о медосмотрах работников реализуются коррупционные схемы. Известны случаи, когда значительная часть сотрудников проходила медосмотр только «по документам» (бывает, что стоимость медосмотра меньше себестоимости затрат на медосмотр).

Пунктами 12, 31 Приказа предусматривается перечень одинаковых для предварительного и периодического осмотра медицинских обследований (общий перечень). Также Приказ содержит перечень обследований, которые должны проводиться в зависимости от наличия конкретных вредных и (или) опасных факторов, а также выполняемых видов работ (специальные перечни). Приказ предусматривает обязательное прохождение обследований как из общего перечня, так и из специального. Согласно пп. 14, 32 Приказа осмотр для работника считается завершенным в случае прохождения всех общих обследований, а также обследований, предусмотренных приложением для каждой группы работников. Если осмотр не завершен, то работник не получит соответствующего документа и будет как минимум не допущен к работе.

Такой порядок обязательных медицинских осмотров не соответствует целям Приказа. Согласно п. 2 Приказа обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе. Согласно п. 3 Приказа обязательные периодические медицинские осмотры 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, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ. Медицинские осмотры, таким образом, связаны с трудовой функцией.

Однако большинство общих обследований не связаны с рабочей функцией (сложно объяснить необходимость обследования у гинеколога и маммолога, например, работнику детского учреждения).

Более того, согласно приказу Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» практически все обследования из общего списка предусмотрены в рамках проведения диспансеризации. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья. Она проводится за государственный счет, является добровольной, отказ от нее не влечет негативных последствий для осматриваемого.

Таким образом, налицо противоречие:

на работодателя возлагается обязанность финансировать по своей сути профилактические мероприятия для каждого сотрудника, которые уже финансирует государство. Кроме этого, широкий перечень мероприятий неизбежно влечет увеличение времени, необходимого на медосмотр, рост издержек для работодателя;

на работника возлагается обязанность пройти медобследования, от которых он вправе отказаться (прохождение диспансеризации — дело исключительно добровольное).

Избыточность обследований при профилактических медосмотрах, как показывают пилотные опросы участников отношений, является главным коррупциогенным фактором. Лица, которые обязаны проходить медосмотр, платят деньги, а осмотр не проходят (причем иногда оплачивается и прохождение осмотра по бумагам и отдельно его фактическое непрохождение)⁵¹². Медицинские организации деньги получают, а осмотры не проводят, но при этом за них отчитываются. Представители Минздрава России в принципе об этом знают, но статистика их устраивает, и она ничего не меняют. Более того, наблюдаются целенаправленные системные действия по расширению программ обязательных медосмотров, особенно когда это финансируется не из средств бюджета, а за счет граждан и работодателей.

При обсуждении проектов приказов о медосмотрах разработчикам постоянно указывается на избыточность многих обследований,

⁵¹² Раньше упоминалось, что к услугам организаций, выдающих справки без медосмотра, прибегало более 7 % населения.

их чрезмерную затратность, отсутствие связи с трудовой функцией. Так, Минэкономразвития России, дав отрицательную оценку регулирующего воздействия в своем заключении на проект Приказа (<http://regulation.gov.ru>, ID проекта: 02/08/09-20/00108142), указало, что в нем «выявлены положения, вводящие избыточные обязанности, запреты и ограничения для физических и юридических лиц в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности или способствующие их введению, а также положения, приводящие к возникновению необоснованных расходов физических и юридических лиц в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности, а также бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации». В ответах разработчика идут отписки либо имеет место квалифицированное молчание.

Минэкономразвития России сделало еще одно важное замечание: «Учитывая значительное число участников отношений, интересы которых будут затронуты предлагаемым регулированием, обращаем внимание эна необходимость всестороннего анализа возможно-го объема финансовых затрат, за также анализа наличия необходимых ресурсов для возможности соответствия проектируемому регулированию». При этом было обращено внимание, что среднегодовая численность работников за 2019 год, подпадающих под действие Приказа, составила свыше 55 млн человек. Проектом предусматривалось обязательное прохождение всеми лицами осмотра у врача-невролога, что не предусматривалось Приказом Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2014 г. № 302н⁵¹³.

Согласно информации в сети «Интернет», средняя стоимость консультации у врача-невролога составляет эоколо 1 500 рублей. Таким образом, ежегодные расходы субъектов предпринимательской

⁵¹³ *Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда : Приказ М-ва здравоохранения и соц. развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н : текст с изм. и доп. на 18 мая 2020 г. (Утратил силу). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».*

деятельности составят дополнительно по сравнению с предыдущим приказом около 82,57 млрд рублей.

Кроме того, разработчик предложил увеличить периодичность медицинских осмотров и обязать работодателей также направлять на консультации к врачам-специалистам и проводить лабораторные и функциональные исследования.

Разработчиком не представлено обоснование необходимости прохождения периодических медицинских осмотров именно в центрах профессиональной патологии, а не в любой медицинской организации, имеющей соответствующую лицензию. Разработчиком не представлено расчетов относительно приблизительной стоимости одного такого осмотра, а также количества таких организаций и их достаточности.

Ни до, ни после этого Минздрав России не представил обоснование способности медорганизаций в Российской Федерации обеспечить реализацию положений Приказа. Данное обстоятельство позволяет сделать предположение, что если все, кто обязан, будут проходить медосмотры так, как это должно быть, то неизвестно, выдержит ли такие нагрузки система здравоохранения. Как показала пандемия, скорей всего, планы по медосмотрам заведомо невыполнимые. А это означает, что изначально проектируется ситуация, которая не может быть разрешена законным образом. Будет иметь место фальсификация результатов профилактических осмотров и неизбежно реализовываться коррупционный механизм.

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

Медицинские организации, надо об этом прямо сказать, заинтересованы в увеличении платных услуг. И в связи с этим с их стороны поступают предложения и лоббируется максимальное увеличение программ платных медицинских осмотров. Навязывание медицинских услуг населению — одна из издержек так называемого явления медиализации.

Самый показательный пример стремления медорганизаций заработать за счет населения — попытка Минздрава России включить

в программу медицинского осмотра, который проходят кандидаты на получение или продление водительских прав, в обязательном порядке дорогостоящего химико-токсикологического исследования (приказ Минздрава России от 10 сентября 2019 г. № 731н «О внесении изменений в порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2015 г. № 344н» — утратил силу). После острой реакции населения и Президента Российской Федерации Минздрав России был вынужден внести коррективы.

Введение данной нормы предоставляло медицинским структурам, которые будут проводить подобные исследования, возможность дополнительного заработка. В то же время обоснования эффективности такого исследования (КПД) не было. На проект Приказа от 10 сентября 2019 г. № 731н поступили отрицательные отзывы, тем не менее он был подписан.

Однако вернемся к профилактическим осмотрам, предусмотренным ТК РФ. Купирование коррупционных рисков требует кардинального изменения системы правового регулирования обязательных профилактических осмотров.

Все обследования требуется разделить на обязательные (которые связаны с трудовой функцией) и рекомендательные (не связанные с трудовой функцией). Необходимо минимизировать обязательную программу и перевести в рекомендательную часть медосмотра те обследования, которые не выявляют заболевания, создающие различного вида угрозы для окружающих.

Для профилактики вышеперечисленных факторов требуется совершенствование антикоррупционной экспертизы нормативно-правовых актов о медосмотрах и их проектов. При ее проведении для проверки обоснованности формирования обязательной программы медосмотра имеет смысл привлекать специалистов, в нашем случае медиков⁵¹⁴.

⁵¹⁴ Филоненко Т.В. *Антикоррупционная политика России. Роль органов прокуратуры в ее формировании и реализации* : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Владивосток, 2021. С. 13.

В целях исключения злоупотреблений со стороны медсообщества требуется поставить формирование обязательной программы медосмотра под общественный контроль, что будет заполнением в известной мере пробелов в российском антикоррупционном законодательстве⁵¹⁵. Общественный контроль, основанный на данных социологических исследований, во многом способен снизить риски неприятия участниками отношений предлагаемых моделей регулирования медицинских осмотров.

3. Еще один вывод состоит в том, что Приказ содержит положения, предусматривающие широкие дискреционные полномочия, что также относится к коррупциогенному 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 «учитываются» не предполагает обязанность принять результаты ранее проведенного осмотра. Формулировка допускает толкование «принять к сведению», что в свою очередь позволяет обязать работника повторно проходить обследования.

Как показал опрос работодателей, зачастую медосмотр осуществляется полностью, результаты ранее проведенных обследований не учитываются. Медицинской организации выгодно проводить свои осмотры за счет работодателя.

В целях исключения необоснованного повтора обследований (которые в некоторых случаях могут оказываться болезненными или даже вредными) следует заменить «право» на «обязанность».

4. Не регламентирован объем обязанностей врачей-специалистов.

Пункт 6 Приказа устанавливает, что медицинская организация обязана качественно осуществить проведение предварительных и периодических осмотров работников. В то же время в самом

⁵¹⁵ /Шевурдяев С.Н. Концептуальные пробелы в системе российского антикоррупционного законодательства // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2020. № 1. С. 121–132.

Приказе отсутствуют характеристики, по которым можно судить о качестве осмотра. Минздравом России предпринята попытка установить критерии качества медицинской помощи в приказе от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Однако он не подходит для оценки качества медицинских осмотров.

Изучение нормативно-правовой базы показывает, что зачастую осмотр врачом-специалистом нормативно не урегулирован. Нет предписаний о том, что в себя включает осмотр, проводимый каждым врачом, какие манипуляции он должен выполнить для выявления профессиональных заболеваний и противопоказаний. В сложившейся ситуации отсутствуют строгие правовые возможности «спросить» с медицинской организации, которая вовремя не выявила профессиональное заболевание или противопоказание.

Отсутствие конкретизации прав и обязанностей врача-специалиста является коррупциогенным фактором, поскольку создается неопределенность в правах заинтересованных в прохождении медосмотра граждан и организаций. Отсюда и возникает возможность формального проведения медосмотра. Данные опроса свидетельствуют о том, что у значительной части населения есть основания сомневаться в результативности медосмотра и появляется желание от него откупиться.

Еще одним обстоятельством, порождающим известные обременения для работников и работодателей, является отсутствие временных лимитов на медосмотр.

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

В отзыве на данное предложение представитель Минздрава России ответил, что медосмотры и диспансеризация преследуют разные цели и их нельзя соединить⁵¹⁶. Однако эта позиция не помешала

⁵¹⁶ URL: https://regulation.gov.ru/Entities/Npa_Text (дата обращения: 10.02.2022).

Минздраву России внести изменения в Приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н (утратил силу), которые позволяли учитывать результаты обследований, пройденных при диспансеризации. Оказывается, разные цели здесь совершенно ни при чем.

Проблема заключается, во-первых, в деньгах — медорганизации потеряют серьезный доход от платных медосмотров (стоимость осмотра только у невролога, по расчетам Миэкономразвития России, составила свыше 82 млрд рублей), во-вторых, в нежелании системы здравоохранения ориентироваться на клиента. Анализ Приказа Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н показывает, что для работников и работодателей устанавливаются избыточные требования, которые порождают коррупционные риски, вызывают недовольство участников отношений.

От реализации предлагаемой модели интеграции всех медосмотров в один, безусловно, выиграют граждане и работодатели (и по времени, и в затратах), в целом здравоохранение, поскольку это высвобождает серьезные мощности, и государство (уменьшатся издержки). В проигрыше будут представители медсообщества, которые получают за счет избыточных медобследований материальные выгоды. В ходе проведенного социологического опроса идея замены всех медосмотров для работающих граждан одним в рамках диспансеризации поддержало большинство респондентов — 64,6 %. Поддержали эту идею и работники здравоохранения (62 % опрошенных).

Выводы

С целью повышения безопасности здоровья населения посредством предупреждения криминологических рисков в сфере профилактической медицины предлагается:

1. Проводить вакцинацию и диспансеризацию населения по заявкам из личных кабинетов в системе «Госуслуги». Формировать программу диспансеризации с учетом потребностей конкретного человека, чтобы на основании прохождения диспансеризации пациент из своего личного кабинета мог направлять заинтересованным организациям сведения о врачебном допуске к работам посредством информационно-телекоммуникационного оборудования (это должно сократить приписки).

2. Разделить медицинские вмешательства, включенные в обязательный медосмотр, на обязательные и рекомендательные. При этом медицинские вмешательства, причиняющие боль, опасные для здоровья или жизни, а также вмешательства, связанные с доступом к закрытым частям тела человека, требуется сделать рекомендательными, не влекущими негативных правовых последствий для осматриваемого за отказ от них (тем самым будет исключен один из факторов торговли медицинскими заключениями).

3. Для снижения ятрогенных угроз при медицинских осмотрах необходимо отказаться от обязательности высокорискованных для здоровья и жизни медицинских обследований; в приказах Минздрава России закрепить перечень медицинских манипуляций, из которых состоит осмотр, и по выполнению которых можно будет судить о полноте осмотра.

4. Установить временной лимит на прохождение медосмотра.

5. С целью купирования ятрогенных рисков вакцинации предлагается на систематической основе осуществлять национальный мониторинг безопасности вакцинации, включающий в себя изучение официальных данных, опросы населения, сопоставление сведений, полученных из разных источников, и др.

6. Надо чтобы приказы Минздрава России и их проекты проходили правовую, криминологическую и антикоррупционную экспертизу на предмет порождения правовых и криминологических рисков. Такую экспертизу целесообразно поручать вузам или научным организациям, имеющим соответствующих специалистов и не аффилированным с Минздравом России, ее результаты должны публиковаться.

7. Включить профилактическую медицину специальным разделом в мониторинг эффективности противодействия коррупции.





Глава 5.

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ МЕХАНИЗМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Перед исследованием ставилась цель разработки социально-правового механизма организации мероприятий профилактической медицины, который:

обеспечит участие населения в профилактических медицинских мероприятиях при соблюдении конституционных прав граждан;

даст возможность гражданам контролировать объем и качество профилактических медицинских мероприятий;

предоставит гарантии адекватной компенсации вреда, причиненного при проведении профилактических мероприятий;

минимизирует коррупционные проявления;

будет предусматривать ответственность за дефекты оказания профилактической медицинской помощи.

Следует отметить, что требования, предъявляемые к социально-правовому механизму организации мероприятий профилактической медицины, не являются независимыми. Исследование показало, что, например, минимизация коррупционных проявлений во многом зависит от того, обеспечивает ли механизм соблюдение конституционных прав граждан или нет. Или обеспечение участия граждан в мероприятиях профилактической медицины в известной степени связано с возможностью контроля гражданами объема и качества мероприятий профилактической медицины. В то же время зависимость разных требований друг от друга относительна. Поэтому перечисленные требования, с одной стороны, рассматриваются отдельно, а с другой — учитывается их взаимосвязь.

Также имеет смысл выстраивать правовой механизм организации профилактических медицинских мероприятий в зависимости от их вида: отдельно для медицинских осмотров и отдельно для иммунизации населения.

Перспективный социально-правовой механизм организации профилактических медицинских осмотров

1. Первое требование (обеспечение участия населения в профилактических медицинских мероприятиях при соблюдении конституционных прав граждан) включает в себя два компонента: 1) максимально возможный охват населения мероприятиями профилактической медицины; 2) соблюдение прав граждан.

1.1. Ранее было показано: риски нарушения конституционных прав граждан возникают в связи с принудительностью (обязательностью) мероприятий профилактической медицины, поскольку она предполагает ограничение прав граждан. Отсюда первый вывод — следует, по возможности, исключать принудительность мероприятий профилактической медицины, когда отказ от них сопряжен для граждан с ограничением их прав. При профилактических медицинских осмотрах следует шире применять принцип добровольности, на основе которого строится диспансеризация населения.

1.2. Обязательность профилактического медицинского осмотра может быть предусмотрена только при соблюдении установленных Конституцией Российской Федерации требований. Обязательность медосмотра оправдана в случае, когда при его помощи устанавливаются заболевания, наличие которых создает риски для здоровья окружающих, а в некоторых случаях и для самих осматриваемых. Медицинские обследования, которые создают высокие риски ложных (ложноотрицательных или ложноположительных) результатов целесообразно исключить из числа обязательных.

1.3. Само по себе медицинское вмешательство при медосмотре может создавать известные риски (причинения вреда здоровью, различных злоупотреблений). В силу этого обязательными могут быть только такие вмешательства, которые исключают риски причинения вреда, унижения достоинства человека. По причине высоких рисков причинения вреда здоровью из числа обязательных следует исключить эндоскопические обследования. Требуется минимизиро-

вать обязательность травмирующих обследований. В связи с высоким риском восприятия принуждения к обнажению закрытых частей тела как унижающего достоинство человека целесообразно отказать от обязательности медицинских обследований, предполагающих полное обнажение пациента.

1.4. Одним из требований ограничения права человека является формальная определенность формулирования соответствующих норм. В силу этого положения, обязывающие граждан проходить обязательные медицинские обследования, устанавливающие объем прав и обязанностей врачей и пациентов на таких обследованиях, должны быть максимально конкретизированы. Кроме того, человек, который будет подвергаться медосмотру, должен быть предварительно осведомлен о медицинских манипуляциях и их возможных последствиях. Действующие приказы, регламентирующие проведение медицинских осмотров, только называют врачей-специалистов, осмотр которыми является обязательным, и отдельные виды медицинских обследований (анализы крови, мочи и т. д.). Содержание самих осмотров врачами-специалистами не регламентировано. Отсюда возникает проблема доведения до граждан сведений о содержании медосмотра.

Сегодняшнее информированное добровольное согласие, получаемое перед медосмотром, в том виде, в котором оно предусмотрено и реализуется, проблему осведомленности граждан не решает. По сути, от граждан получают частично информированное согласие на медосмотр.

Поэтому есть смысл разработать специальные дополнения к приказам, в которых будет подробно и доступным для граждан языком предусмотрено, каковы порядок прохождения медосмотра, объем конкретного медицинского вмешательства, что при этом требуется от пациента, каковы права медицинских работников.

2. Согласно второму требованию, предъявляемому к правовому механизму организации профилактического медицинского мероприятия, у осматриваемого должна быть возможность контроля объема и качества медосмотра. Это требование возможно реализовать только при нормативной регламентации медосмотра (о чем шла речь выше) в виде дополнения к приказам Минздрава России. Информированное добровольное согласие на медосмотр должно включать

в себя предоставление человеку возможности ознакомления с этими дополнениями к приказам. По итогам медосмотра пациент будет иметь возможность сравнить пройденный им медосмотр с тем, как он должен проводиться в соответствии с регламентом. Сегодня у осматриваемого такая возможность есть только отчасти.

3. Следующее требование — минимизация коррупционных проявлений. Исследование показало, что при проведении профилактических медицинских осмотров коррупция проявляется в приписках числа лиц, прошедших диспансеризацию, в торговле медицинскими заключениями, выдаваемыми по результатам прохождения обязательных медицинских осмотров. Также был сделан вывод о том, что есть основания считать, что при формировании программ обязательных медицинских осмотров имеет место особая форма коррупционного лоббизма. Для различных проявлений коррупции при организации профилактических медицинских осмотров существуют свои средства минимизации этих проявлений.

3.1. Приписки при диспансеризации обусловлены стремлением медицинских организаций освоить выделенные средства и, соответственно, заработать. Заинтересованность в приписках, таким образом, есть у представителей медицинского сообщества и нет у пациентов. Последние, как правило, и не знают о том, что в их медицинских документах делаются записи о прохождении диспансеризации.

Представляется, что приписки можно существенным образом уменьшить, если диспансеризацию проводить по заявкам граждан, направляемым из личных кабинетов системы «Государственные услуги», и, соответственно, считать ее пройденной только при наличии такой заявки. Доступ в личный кабинет есть только у его владельца. В связи с этим проведение диспансеризации только на бумаге, без прохождения человеком реального медицинского осмотра, будет проблематичным.

Система проведения диспансеризации только по заявкам из личного кабинета позволит решить и логистические проблемы (выбор организации для прохождения медосмотра, а может быть, и выбор конкретного врача, упорядочивание потока пациентов, учет осматриваемых и др.)

Общее правило прохождения диспансеризации по заявке из личного кабинета можно дополнить возможностью прохождения

диспансеризации без заявки, но при последующем подтверждении осматриваемым прохождением диспансеризации из личного кабинета на сайте «Государственные услуги».

3.2. Противодействие торговле медицинскими заключениями, которые нужны для допуска к работам, поступления в учебное заведение и т. п., осуществлять сложнее. Дело в том, что в сделке по продаже документов есть заинтересованность двух сторон. Лицо, которое продает такой документ, получает материальное вознаграждение, а покупатель получает возможность избежать обязательного медицинского обследования. Причем покупателями, как свидетельствует изучение ситуации, могут быть как сами осматриваемые (граждане), так и работодатели (организации, которые принимают граждан на работу). В такой ситуации необходимо воздействовать на причины, заставляющие людей (осматриваемых, работодателей) платить за непрохождение обязательного медосмотра.

3.2.1. Самый простой способ избавиться от торговли медицинскими заключениями — уйти от обязательности медицинского осмотра. Показательным является пример организации медицинского осмотра несовершеннолетних. В соответствии с ранее действовавшим приказом Минздрава России для поступления в учебное заведения требовалось в полном объеме пройти медосмотр. И надо сказать, что когда медосмотр был обязательным, были уголовные дела о выдаче медицинских документов о прохождении такого медосмотра за вознаграждение. Как только медосмотр стал добровольным — исчезла и потребность платить за такие документы. И как результат — отсутствие уголовных дел о получении незаконного вознаграждения.

Отказ от обязательных медосмотров по соображениям обеспечения безопасности при выполнении работ вряд ли возможен. В то же время, как показало исследование, возможно существенное сокращение программы обязательного медицинского осмотра без ущерба для достижения его цели. И такой шаг, очевидно, будет способствовать сокращению коррупционных издержек (и, кстати, не только коррупционных).

3.2.2. Исследование показало, что ключевым криминогенным фактором при торговле медицинскими заключениями о состоянии здоровья является законодательство (точнее, подзаконные акты Минздрава России), создающее коррупционные предпосылки.

Антикоррупционная экспертиза основного приказа Минздрава России, регламентирующего прохождение обязательных медицинских осмотров для допуска к работам, показала, что он не лишен коррупциогенных предписаний (подробно об этом шла речь в разделе, посвященном криминологическим рискам).

В связи с этим следует улучшить качество антикоррупционной экспертизы и сделать более значимым ее юридическое значение. В открытом доступе нет результатов антикоррупционной экспертизы приказов Минздрава России, которая проводилась на этапе их принятия. В то же время уже анализ обсуждения проектов соответствующих приказов с очевидностью показывает коррупциогенность ряда их положений.

Целесообразно, чтобы антикоррупционную экспертизу проводили ведущие научные центры, имеющие специалистов в области противодействия коррупции, а также специалистов в области профилактической медицины и медицинского права. Также имеет смысл заключения антикоррупционной экспертизы размещать в открытом доступе, как это сделано в отношении обсуждения проектов нормативно-правовых актов. Для этого необходимо внести изменения в нормативно-правовую базу.

3.2.3. В целях изучения реализации коррупционных рисков и их купирования в будущем имеет смысл включить профилактическую медицину специальным разделом в мониторинг эффективности противодействия коррупции.

3.2.4. Общей мерой предупреждения коррупционных рисков при обязательных медицинских осмотрах могла бы стать специальная экспертиза предлагаемых подходов к организации обязательных медицинских осмотров. Перед ней будет стоять задача проверки связи отдельных видов медицинского вмешательства с достижением конкретных целей, которые преследует медосмотр, а также установление приемлемости для участников отношений предлагаемых медицинских вмешательств. Данную экспертизу целесообразно проводить на стадии разработки проекта нормативно-правового акта с тем, чтобы не включать в него положения, которые будут порождать отторжение со стороны участников отношений.

3.2.5. Как и в случае с диспансеризацией, для исключения прохождения медосмотра только по бумагам, без ведома осматриваемого,

целесообразно, чтобы прохождение обязательного медосмотра подтверждалось из личного кабинета. Это может быть сделано в виде заявки на медосмотр, а может быть и в виде последующего подтверждения, если заявки не было.

3.2.6. Исследование показало, что одно из обстоятельств, из-за которого люди предпочитают платить за медосмотр а его не проходить, — большие временные затраты на медосмотр. В связи с этим целесообразно установить временные лимиты осуществления медицинской организацией, предоставляющей услугу, обязательного медицинского осмотра. С этой целью требуется внесение корректив в приказы Минздрава России.

3.3. Еще одним коррупционным проявлением при организации профилактических медицинских мероприятий является коррупционный лоббизм, когда в подзаконных актах фактически легализуются коррупционные схемы, позволяющие удовлетворять финансовые интересы отдельных участников отношений (в нашем случае медицинских организаций). В главе монографии, посвященной криминологическим рискам, отмечено, что одним из самых неприемлемых результатов этого лоббизма является ситуация, при которой нормативно предусматриваются заведомо неисполнимые положения.

Инструментом предупреждения коррупционного лоббизма в сфере профилактических медицинских мероприятий может стать специальная экспертиза проектов нормативно-правовых актов, о которой отчасти уже шла речь выше. Целью экспертизы будут являться проверка медицинской обоснованности включения в программу профилактического медицинского мероприятия медицинских обследований (по каждому предлагаемому виду), проверка приемлемости для участников отношений предлагаемого порядка проведения профилактических медицинских мероприятий, а также проверка возможности системы здравоохранения реализовать данный порядок.

Проверка медицинской обоснованности включения в программу профилактического медицинского мероприятия медицинских обследований требует установить связь между проводимыми обследованиями и целью мероприятия профилактической медицины. Проведение такой проверки потребует выработки соответствующих критериев.

Проверка приемлемости порядка проведения обязательных мероприятий профилактической медицины предполагает проведение социологического исследования на предмет согласия участников отношений с включением в мероприятие профилактической медицины соответствующих медицинских вмешательств. Если по результатам проверки будет установлено, что значительная часть участников не согласна с включением в число обязательных пусть даже и обоснованного медицинского вмешательства, целесообразно такое вмешательство сделать рекомендательным, исключив его из числа обязательных.

И наконец, проверка способности системы здравоохранения реализовать мероприятия профилактической медицины предполагает оценку мощностей медицинских организаций на предмет возможности провести мероприятия профилактической медицины в соответствии с нормативно-правовой базой, качественно, не ущемляя права участников отношений и не создавая дополнительных проблем в системе здравоохранения.

Совокупность трех видов проверок проектов нормативно-правовых актов в сфере профилактической медицины не только обеспечит купирование рисков коррупционного лоббизма, но и во многом позволит решить иные проблемы профилактической медицины (социальные, правовые, медицинские).

4. Следующее требование к механизму организации мероприятий профилактической медицины — предоставление гарантии адекватной компенсации вреда, причиненного при профилактических медицинских мероприятиях. Следует сказать, что применительно к профилактическим медицинским осмотрам этот вопрос не столь актуален, как в случае с вакцинацией населения. Зарегистрированных случаев причинения вреда при профилактических медицинских осмотрах не установлено. Согласно законодательству, данная разновидность причинения вреда не выделяется из общей массы, следовательно, компенсация вреда будет осуществляться на общих основаниях. Такой порядок полностью оправдан в случае, если медосмотр является добровольным и риски, по идее, берут на себя пациент и медицинская организация, которая проводит медосмотр.

Если же осмотр является обязательным, а это значит, что непрохождение медосмотра сопряжено с ограничением прав человека,

а сам медосмотр осуществляется для достижения специальной общественно полезной цели (как правило, это безопасность населения, производства), целесообразно предусмотреть дополнительные гарантии со стороны государства в виде компенсации вреда. Такой механизм сегодня предусмотрен в отношении вакцинации населения (о его соответствии требованиям времени речь пойдет ниже).

5. Еще одно требование к профилактическим медицинским осмотрам — установление ответственности за ненадлежащее проведение профилактического медицинского осмотра. За причинение вреда пациенту ненадлежащими действиями при медицинском осмотре ответственность (гражданско-правовая, административная, уголовная) наступает на общих основаниях. Нет смысла менять пределы ответственности для случаев причинения вреда при проведении профилактических медицинских осмотров по сравнению с общим подходом.

В то же время заслуживают внимания, в плане возможности предусмотреть за них ответственность, случаи некачественного медицинского осмотра, который не причинил вреда здоровью пациента. Речь идет об осмотрах, когда медицинская организация, отдельный врач выполняют не все, что должны сделать на медосмотре. С этой целью, во-первых, следует конкретизировать обязанности медицинской организации, отдельного врача при проведении медосмотра (об этом уже шла речь выше, когда обсуждалась проблема соблюдения конституционных прав граждан при медосмотре), во-вторых, конкретизировать санкции (гражданско-правовые) в случае невыполнения этих обязанностей.

Перспективный социально-правовой механизм организации вакцинации населения

1. Первое требование (обеспечение участие населения в вакцинации при соблюдении конституционных прав граждан) включает в себя два компонента: 1) максимально возможный охват населения мероприятиями профилактической медицины; 2) соблюдение прав граждан.

1.1. Как и в случае с профилактическими медицинскими осмотрами, риски нарушения конституционных прав граждан возникают

в связи с принудительностью (обязательностью) иммунизации, поскольку она предполагает ограничение прав граждан. Отсюда первый вывод — следует по возможности исключать принудительность вакцинации, когда отказ от нее сопряжен для граждан с ограничением прав.

1.2. Обязательность вакцинации может быть предусмотрена только при соблюдении установленных Конституцией Российской Федерации требований. В главе монографии, посвященной конституционно-правовой обоснованности принуждения к вакцинации, был сделан вывод, согласно которому сегодня не созданы условия, при которых принуждение к большинству прививок получит конституционно-правовое основание. Отсутствуют внятные «методики» оценки соотношения рисков, дающих основание заключить, что принуждение к вакцинации отвечает требованию соразмерности. Причем это относится к оценке как медицинских рисков, связанных с возможными негативными последствиями прививок, в некоторых случаях со способностью предотвратить распространение инфекционных заболеваний (речь идет о новых заболеваниях, например коронавирусной инфекции), так и рисков социальных, которые порождаются принуждением к вакцинации (покупка документов об иммунизации значительной частью населения; протестные выступления со стороны антипрививочников; проблемы с трудоустройством в случае отказа от прививки; проблемы, возникающие у работодателя при подборе вакцинированных кадров, и др.).

В связи с этим принуждение к вакцинации (даже в минимальных формах, таких, например, как недопуск к отдельным видам работ) должно рассматриваться как крайняя мера, когда медицинские и социальные риски принуждения к вакцинации ничтожны, а сами прививки имеют высокую эффективность (практически исключают распространение заболевания).

В случае с принуждением к вакцинации против коронавирусной инфекции обнаружилась еще одна немаловажная деталь. Высокий уровень отказа от прививок имел место среди групп населения, возможности принуждения которых к вакцинации весьма ограничены (студенты, пенсионеры). Поэтому делать ставку на принуждение к вакцинации следует с большой осторожностью.

Ситуация с распространением коронавирусной инфекции показала, что действующий правовой механизм подлежит серьезной

корректировке. И в первую очередь требуется выработать внятные критерии оценки возможных рисков на основе доступной для анализа достоверной информации.

В связи с этим требуется решить ряд задач. Во-первых, наладить получение на систематической основе достоверной информации об уровне вакцинации и связанных с ней медицинских рисках. Лучше всего это делать посредством регистрации прививок в личных кабинетах пациентов в национальной системе «Государственные услуги». Пациенты могли бы делать заявки на вакцинацию в личных кабинетах и (или) подтверждать там же факт прививки. Это позволит узнать реальную картину об уровне вакцинации населения. Как отмечалось в предыдущих главах монографии, сегодня имеет место серьезное расхождение между данными официальной статистики, предоставляемыми Минздравом России, и данными социологических опросов. Также целесообразно предусмотреть в личных кабинетах пациентов возможность сообщать о неблагоприятных последствиях, наступивших после прививки. Это в известной степени позволит в дальнейшем оценить уровень рисков неблагоприятных последствий вакцинации.

Кроме того, целесообразно ежегодно проводить всероссийский социологический опрос населения, по результатам которого также можно будет судить о реальном уровне вакцинации населения и ее медицинских рисках.

Оценка социальных рисков принуждения к вакцинации предполагает изучение отношения населения к самой вакцинации, к принуждению к ней, а также выяснение того, как будут вести себя люди, если принуждать к вакцинации их и их детей.

После сбора информация о реальных рисках потребуются их оценка на предмет соразмерности принуждения к вакцинации тем последствиям, какие могут наступить в случае реализации рисков (третье условие конституционно-правовой обоснованности принуждения к вакцинации), а для этого потребуются разработка специальной методики. Сегодня не удалось обнаружить такую методику. В ситуации с пандемией коронавирусной инфекции меры по ограничению прав населения в целях принуждения к вакцинации принимались что называется «с колес». Создавалось впечатление, что иногда имеет место хаотичное их применение, что не могло не восприниматься как необоснованное ограничение прав.

1.3. Поскольку любая вакцинация создает риски причинения вреда здоровью, целесообразно установить допустимый уровень таких рисков при принуждении к вакцинации и получить на это согласие населения.

1.4. Еще одним требованием соблюдения прав вакцинируемых является получение от них информированного добровольного согласия. Это предполагает, что человек при принятии решения о вакцинации должен иметь возможность оценить риски прививки. Поэтому ему должны предоставить информацию, какова вероятность наступления для его здоровья негативных последствий (по многим прививкам, входящим в национальный календарь, есть специальные данные ВОЗ о рисках наступления неблагоприятных последствий — с соответствующей таблицей читатель мог ознакомиться в главе монографии, посвященной конституционно-правовой обоснованности вакцинации). Также следует проинформировать человека о рисках, возникающих в случае отказа от прививки. И только после этого необходимо брать письменное подтверждение согласия на вакцинацию. Данный порядок должен быть закреплён нормативно.

2. Согласно второму требованию, предъявляемому к правовому механизму организации иммунизации, у вакцинируемого должна быть возможность контроля качества вакцинации. Это требование возможно реализовать только при нормативной регламентации вакцинации. Информированное добровольное согласие на вакцинацию должно включать в себя предоставление возможности человеку ознакомления с правовой регламентацией прививки. Вакцинируемый после прививки будет иметь возможность сравнить пройденную им вакцинацию с тем, как она должна проводиться в соответствии с регламентом.

3. Следующее актуальное требование к вакцинации населения — минимизация коррупционных проявлений. Исследование показало, что при проведении вакцинации коррупция проявляется в приписках числа людей, сделавших прививку, в торговле медицинскими документами, выдаваемыми по результатам вакцинации.

3.1. Приписки при вакцинации обусловлены стремлением медицинских организаций освоить выделенные средства и, соответственно, заработать. Они имеют место в большей степени, когда речь идет о вакцинации детей по национальному календарю, а также

в отношении сезонной вакцинации против гриппа. Заинтересованность в таких приписках есть у представителей медицинского сообщества и практически нет у пациентов.

Так же, как и в случае с диспансеризацией, приписки можно существенным образом уменьшить, если вакцинацию проводить по заявкам граждан, направляемым из личных кабинетов системы «Государственные услуги», и считать, что прививка сделана, при наличии заявки и/или подтверждения вакцинации из личного кабинета. Такой порядок вакцинации существенным образом осложнит вакцинацию только по отчетам.

Система проведения вакцинации только по заявкам из личного кабинета позволит решить и логистические проблемы. Она уже в известной мере апробирована в условиях пандемии коронавирусной инфекции.

3.2. Противодействие торговле медицинскими заключениями о прохождении вакцинации, которые нужны для того, чтобы избежать ограничения в правах, осуществлять значительно сложнее, поскольку в сделке по продаже документов есть заинтересованность двух сторон. Лицо, которое продает такой документ, получает материальное вознаграждение, а покупатель получает возможность избежать вакцинации. При таких обстоятельствах надо воздействовать на причины, заставляющие людей платить за статус вакцинированного лица без прививки.

3.2.1. Самый простой способ избавиться от торговли медицинскими заключениями — уйти от обязательности вакцинации. Сегодня в большинстве случаев отказ от вакцинации не влечет никаких негативных правовых последствий для лица. В силу этого и не требуется покупать документ о вакцинации. При исследовании судебной практики не было выявлено случаев продажи документов о вакцинации детей по национальному календарю, когда прививка или ее отсутствие практически не порождают правовых последствий. В то же время известны многочисленные случаи покупки документов о вакцинации против коронавирусной инфекции, которые были нужны, в частности, для допуска к работам, для свободного перемещения по отдельным территориям.

Переход на полностью добровольный режим вакцинации сегодня на повестке дня не стоит. Даже антипрививочники не ставят

вопрос об абсолютно добровольном вакцинировании населения. Там, где риски быть инфицированным без прививки (отдельные территории, отдельные виды работ) высоки, по-видимому, отказ от предоставления доступа к работам, территориям обоснованно сохранится.

3.2.2. В ходе проведенного социологического исследования удалось выяснить, что основная причина отказа населения делать прививки — это опасение относительно небезопасности вакцинации. Хотя в отношении прививок против коронавирусной инфекции специального исследования не проводилось⁵¹⁷, тем не менее можно с известной долей уверенности утверждать, что отказ от прививки и покупка сертификата вакцинации здесь в большинстве своем связаны были именно с этим обстоятельством. Причина отказа от прививки совпадает с причиной покупки сертификата вакцинации.

Это означает, что противодействие коррупции, связанной с торговлей документами о прохождении вакцинации, во многом будет связано с повышением уровня доверия населения безопасности и эффективности прививок. Завоевать доверие в сложившейся ситуации, когда существует явный дефицит достоверной информации, имеет место сокрытие реальных цифр об уровне и последствиях вакцинации, — задача непростая. Тем не менее решать ее необходимо, если система здравоохранения не видит другого, более эффективного средства профилактики инфекционных заболеваний. И, по-видимому, здесь не обойтись без открытости информации о безопасности вакцин, начиная с их разработки, испытаний и заканчивая их производством и применением, информации о поствакцинальных последствиях.

Кроме того, следует «договариваться» с населением о допустимом уровне риска применения вакцин. Например, далеко не всех устроит уровень безопасности вакцины АКДС (информация о нем предана огласке ВОЗ), когда в 6 % случаев может наблюдаться серьезное побочное поствакцинальное проявление в виде персистирующего крика ребенка.

Завоевание доверия населения потребует длительного времени. Ведь недоверие складывалось годами.

3.2.3. Еще одно возможное коррупционное проявление при вакцинации — это покупка медицинского отвода от прививки. Основная

⁵¹⁷ Было проведено несколько интервью.

причина этого та же, что и в случае покупки документа о вакцинации, — опасение небезопасности прививки.

В случае с медотводами возникает еще одна немаловажная деталь. Перечень медицинских показаний для отвода от прививки не всегда конкретен, меняется по мере того, как появляется новая информация о последствиях прививок. И кроме того интересантам зачастую не предоставляется информация о результатах применения вакцин к лицам, страдающим теми или иными заболеваниями. У них нет возможности оценить безопасность прививки применительно к конкретной ситуации, что тоже не работает на повышение уровня доверия прививкам.

В связи с этим следует сделать доступной информацию не только об общем уровне безопасности вакцин, но и по дифференцирующим признакам (это, кстати, могут быть не только отдельные заболевания, но и другие характеристики, например пол, возраст).

4. Следующее требование к механизму организации вакцинации — предоставление гарантии адекватной компенсации вреда, причиненного при профилактических медицинских мероприятиях. Вакцинация населения проводится не только в интересах конкретного человека, но и в интересах здоровья населения. Поэтому если человеку причиняется вред здоровью или смерть, то государство должно обеспечить достойный размер компенсации. Ведь человек страдает в том числе и ради достижения общественно полезной цели (здоровье населения).

Напомним, согласно Закону об иммунопрофилактике при возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей⁵¹⁸. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, члены его семьи имеют право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей. Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение

⁵¹⁸ Перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной в

ежемесячной денежной компенсации которая подлежит индексации (по состоянию на 01.01.2022 она составляет около 1 500 рублей).

Социологический опрос подтвердил гипотезу о недостаточности предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации размера компенсации вреда, причиненного вакцинацией.

Размер компенсации, по-видимому, должен определяться величиной, сопоставимой с величиной компенсации лицам, пострадавшим ради достижения общественно полезных целей от иных причин или в силу чрезвычайных обстоятельств. Целесообразно предусмотреть в одном федеральном законе все выплаты компенсационного плана лицам, пострадавшим от различных причин (стихийных бедствий, вакцинации, террористических актов, техногенных катастроф, клинических испытаний и т. д.).

5. И наконец, еще одно требование к вакцинации населения — установление ответственности за ее ненадлежащее проведение. Анализ законодательства показал, что сегодня нет необходимости менять подход к установлению ответственности за нарушения, допускаемые при вакцинации населения. Тех норм, которые предусмотрены сегодня, вполне достаточно. Критерием дифференциации ответственности служит общественная опасность.

Так, если нарушение норм, регламентирующих проведение вакцинации, привело к наступлению тяжких последствий (тяжкого вреда здоровью, смерти), последует уголовная ответственность, которая предусмотрена и общими нормами об охране жизни и здоровья (ст. 109, 118 УК РФ), и специальными установлениями об охране здоровья населения (ст. 236, 238.1 УК РФ).





Заключение

Подводя итоги проведенному первому масштабному исследованию в Российской Федерации социальных, правовых и криминологических проблем профилактической медицины, следует отметить:

1. Исследование планировалось еще в допандемийные времена, заявка на него в РФФИ подавалась в сентябре 2019 года, когда научные гипотезы обуславливались иной социальной, правовой реальностью в сравнении с сегодняшним днем, когда мир и Россия получили «живой опыт общения» с массовым инфекционным заболеванием (2020–2021 годы).

2. По мере того как менялась социальная и правовая действительность, в план исследования вносились определенные коррективы. Однако ряд проблем, возникших в результате пандемии или обнаженных ею, все-таки остались за пределами исследования. Это связано прежде всего с тем, что сама обстановка (социальное напряжение) не располагала к получению объективных данных, которые требовались для исследования, и, соответственно, не располагала к тому, чтобы впоследствии сделать объективные научно обоснованные выводы. Речь идет о наиболее острых и чувствительных вопросах применительно к складывающейся ситуации.

3. Делая оговорки, требуется констатировать, что большинство поставленных задач были в ходе исследования решены. Также была достигнута заявленная цель — предложить перспективный социально-правовой механизм организации мероприятий профилактической медицины, который смог бы решить имеющиеся социальные, правовые и криминологические проблемы.

4. Результаты проведенного исследования, а также новая реальность обозначили новые проблемы, которые предстоит разрешить в ходе дальнейших исследований.



СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Абдрахманова Г.И., Вишнеvский К.О., Гохберг Л.М. Индикаторы цифровой экономики, 2019 : стат. сб. М. : НИУ ВШЭ, 2019.
2. Агапитов А.Е. К вопросу об идеологии, содержании и целеполагании первичной медицинской профилактики // Менеджер здравоохранения. 2010. № 2. С. 24–29.
3. Агапитов А.Е., Пивень Д.Е. Первичная медицинская профилактика в структуре профилактической медицины // Менеджер здравоохранения. 2010. № 6. С. 26–33.
4. Акулин И.М. Всеобщая диспансеризация работников радиоэлектронной отрасли : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1982.
5. Акулин И.М. Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1996.
6. Акулин И.М., Белоколодова Т.И. Основные организационно-правовые принципы профилактической медицины за рубежом // Медицина и право в XXI веке : сборник трудов XXIII ежегодной научно-практической конференции. СПб., 2021. С. 82–100.
7. Акулин И.М., Белоколодова Т.И. Прогресс медицины и право // Медицина и право в XXI веке : сборник трудов XII ежегодной научно-практической конференции, 25–26 декабря 2020 г. (Дополнительные материалы). СПб. : Нордмедиздат – Санкт-Петербург, 2021. 112 с.
8. Акулин И.М., Жигулева Л.Ю. Развитие медицинского страхования в РФ. На перепутье. Что дальше? // Медицина и право в XXI веке : материалы X ежегодной научно-практической конференции / под ред. И.М. Акулина. СПб. : Нордмедиздат – Санкт-Петербург, 2018. С. 68–83.
9. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Пресняков Р.А., Медяник М.И., Гурьянова Н.Е. Итоги первого рабочего совещания представителей стран–участников Содружества Независимых Государств по подготовке модельного закона по общественному здравоохранению // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 4. С. 94–102.
10. Акулин И.М., Чеснокова Е.А., Сопрун Л.А. Исторический анализ развития правового регулирования профилактического принципа

в организации охраны здоровья населения России // Медицина и право в XXI веке : материалы XII ежегодной научно-практической конференции с международным участием: круглый стол «Правовые и криминологические проблемы профилактической медицины». СПб., 2020. С. 74–112.

11. Антонова Н.Л. Социология здоровья как перспективная отрасль социологической науки // Образование и наука. 2004. № 3 (27). С. 113–119.

12. Астров П.И. Русская фабричная медицина. Критика законопроекта комиссии Государственной Думы по рабочему вопросу. М. : Городская типография, 1911. 15 с.

13. Базанов Н.В. Плановые перспективы диспансеризации городского населения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1965. 256 с.

14. Балебанова Т.А. Современное состояние коррупции в здравоохранении России и меры ее предупреждения: криминологическое исследование : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2013. 31 с.

15. Балло А.М., Балло А.А. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред. СПб., 2001. 374 с.

16. Баранов А.А., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С., Федосеев М.В. Правовые и этические основы информированного согласия на вакцинацию в России: необходимость изменения подхода // Педиатрическая фармакология. 2016. № 13 (2). С. 116–130.

17. Белов П.Г./Методологические основы национальной безопасности России. М., 2004. 269 с.

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

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

20. Березовская Р.А. Отношение к здоровью // Здоровая личность / под ред. Г.С. Никифорова. СПб. : Речь, 2013. С. 214–244.

21. Бовина И.В. Социальная психология здоровья и болезни. М. : Аспект Пресс, 2008.

22. Боголепова Л.С. Роль повторных осмотров и текущей амбулаторной посещаемости в системе диспансеризации // Еженедельник Мосздравотдела. 1926. № 34-35. С. 478–482.

23. Божченко А.П. Ятрогения: содержание понятия в медицине и юриспруденции // Медицинское право. 2016. № 5. С. 8–12.

24. Борисов А.М., Хащина Э.Э. Нормативное определение официального документа как проблема юридической формы правоотношений // Право: история и современность. 2019. № 2. С. 7–20.

25. Боткин С.П. Письма из Болгарии. СПб., 1893.

26. Бредихина Н.В. Роль институтов семьи, образования и здравоохранения в формировании здорового образа жизни населения // Вестник

Южно-Уральского государственного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. 2009. № 32. С. 84–87.

27. 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, эпидемиологии и иммунобиологии. 2017. № 2. С. 98–103.

28. Брико Н.И., Фельдблюм И.В. Иммунопрофилактика инфекционных болезней в России: состояние и перспективы совершенствования // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2017. № 2 (93). С. 4–9.

29. Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Криминологическая безопасность в сфере профилактической медицины: риски и их предупреждение // Всероссийский криминологический журнал. 2020. Т. 14, № 5. С. 647–659.

30. Бурлаков В.Н., Щепельков В.Ф., Дивеева Н.И. Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере профилактической медицины как фактор безопасности здоровья населения // Всероссийский криминологический журнал. 2021. Т. 15, № 5. С. 533–542.

31. Варыгин А.Н., Червонных Е.В. Преступления, совершаемые в сфере здравоохранения, и их предупреждение. М., 2013. 200 с.

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

33. Веселов Ю.В. Доверие в цифровом обществе // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2020. Т. 13, вып. 2. С.129–143.

34. Власов Г.Д. COVID-19: вакцинация и право. (Обзор) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература : ИАЖ. Сер. 4: Государство и право. 2022. № 1. С. 48–61.

35. Власова И.А., Агапитов А.Е., Губин Г.И., Губин Д.Г. Законодательная основа развития профилактической медицины. (Лекция 1) // Сибирский медицинский журнал. 2005. № 5. С. 94–97.

36. Власова И.А., Агапитов А.Е., Губин Г.И., Губин Д.Г. Профилактическая медицина: предмет и содержание. (Лекция 2) // Сибирский медицинский журнал. 2005. № 6. С. 94–98.

37. Внукова В.А., Мадыгина О.А., Бурдина М.В. К вопросу об обязательности вакцинации и ответственности за отказ от прививок. Анализ постановления Европейского суда по правам человека // Российский судья. 2021. № 8. С. 54–58.

38. Возжеников/А.В., Прохожев/А.А./Безопасность России: современное понимание, обеспечение. М., 1998.

39. Воронина Ю.И. Антикрупционная экспертиза законодательных актов (их проектов) в Российской Федерации: конституционно-правовое исследование : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Тюмень, 2016. 30 с.

40. Вырва П.А. Криминологические аспекты коррупционного лоббизма в правотворческой деятельности : дис. ... канд. юрид. наук. Красноярск, 2019. 254 с.

41. Галина Н.П. Отношение к иммунопрофилактике врачей различных специальностей // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018. № 17 (3). С. 74–79.

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

43. Гатальская Г.В., Журавлева А.Е. Развитие осознанного отношения к здоровью в юности // Психологический журнал. 2008. № 2. С. 52–59.

44. Герасименко Н.Ф. 4П-медицина — новое направление развития здравоохранения // Здравоохранение России. Федеральныи справочник. 2012. Т. 13. С. 93–96.

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

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

47. Гиноман А. Как идет диспансеризация // Ежедневник Мосздравотдела. 1926. № 5. С. 254–256.

48. Горшенков А.Г., Горшенков Г.Г., Горшенков Г.Н. Информационная преступность: криминологическая безопасность личности, угрозы и меры ее защиты // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2003. № 1. С. 13–16.

49. Григорьев М.С., Гриб В.В., Вахнина Н.А. Коррупция в сфере медицинских услуг в России. М., 2012. 157 с.

50. Губерт В.О. Оспа и оспопрививание. Исторический очерк до XIX столетия. СПб. : Тип. П.П. Сойкина, 1896.

51. Гуревич С.А. Здравоохранение на новом этапе / Мосздравотдел. М., 1929. 44 с.

52. Гуревич С.А. Поменьше врачей, побольше сестер // Ежедневник Мосздравотдела. 1926. № 23. С. 348–350.

53. Дедов Д., Джагарян А., Кузнецов Д., Касиев Д., Архипов Д., Ковтуненко Н., Аппак М., Мырсина А. Обязательная вакцинация: правомерность и правовые риски // Закон. 2021. № 7. С. 17–31.

54. Дедов Д.И., Гаджиев Х.И. Комментарий к Постановлению Большой палаты Европейского суда по правам человека по делу «Вавричка и другие против Чешской Республики» // Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения. 2021. № 4. С. 127–138.

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

56. Денисов Э.И., Прокопенко А.В., Степанян И.В., Чесалин П.В. Правовые и методические основы управления профессиональными рисками / Медицина труда и промышленная экология. 2011. № 12. С. 6—11.

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

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

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

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

61. Ермакова С.Э. Модернизация здравоохранения: процессно-ориентированная система управления. Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. 340 с.

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

63. Жукова В.Н., Лутай Ю.А., Килесса В.В., Костюкова Е.А., Шкадова М.Г., Максимова Е.В. Медицинские профилактические осмотры: современное состояние проблемы // Крымский терапевтический журнал. 2019. № 4. С. 53—58.

64. Журавлева И.В. Актуальные проблемы социальной политики в сфере здоровья // Социология медицины. 2017. № 1. С. 4—9.

65. Журавлева И.В. Здоровье молодежи: возможно ли его улучшить? // Россия реформирующаяся. 2017. № 15. С. 419—436.

66. Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Здоровье и благополучие россиян в европейском контексте // Социология медицины. 2018. № 1. С. 35—42.

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

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

69. Замалеева С.В. Ятрогенные преступления: понятие, система и вопросы криминализации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2016. 26 с.

70. Здравоохранение / Б.В. Петровский, О.А. Александров, В.А. Алексеев [и др.] // БМЭ. Изд. 3-е. М., 1978. Т. 28. С. 337–428.
71. Здравоохранение в России. 2019 : стат. сб. / Росстат. М., 2019. 170 с.
72. Иванов Р.Ф. Бенджамин Франклин. М. : Молодая Гвардия, 1972.
73. Кабанов А.П., Магизов Р.Р. Антикоррупционная экспертиза нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов : учеб.-метод. пособие по направлению подготовки 40.04.01 Юриспруденция (квалификация (степень) «магистр»). Набережные Челны, 2019. 46 с.
74. Кардашова И.Б. Изменения российского законодательства о национальной безопасности // Вестник Российской правовой академии. 2017. № 2. С. 37–41.
75. Кац Я.Ю. Профболезненность и лечебная помощь // Еженедельник Мосздравотдела. 1924. № 4. С. 43–46.
76. Киево-Печерский патерик. Киев, 1870. 88 с.
77. Кильдиярова Р.Р. Диспансеризация здоровых детей // Вопросы современной педиатрии. 2018. Т. 17, № 3. С. 254–258.
78. Ким А.В. Правовая и антикоррупционная экспертиза нормативных правовых актов и их проектов в территориальных органах Министерства юстиции Российской Федерации: административно-правовое исследование : дис. ... канд. юрид. наук. М., 2017. 263 с.
79. Киселева Л.С. Социальные детерминанты здоровья россиян // Регионология. 2016. № 1. С. 133–142.
80. Клеймёнов М.П. Понятие и предмет медицинской криминологии // Сибирский криминологический журнал. 2006. № 1. С. 13–19.
81. Клеймёнов М.П., Сенокосова Е.К. Угрозы криминологической безопасности системы оказания медицинской помощи и их классификация // Всероссийский криминологический журнал. 2017. Т. 11, № 4. С. 696–705.
82. Клюковкин 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. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemny-dispanserizatsii-bolnyh-v-sovremennoy-territorialnoy-poliklinike> (дата обращения: 13.06.2022).
83. Ковалева А.А. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. XI, № 2. С. 179–191.
84. Козаченко И.Я. Уголовное наказание: понятие, виды, назначение. Екатеринбург, 1994. 108 с.
85. Колосова Н.М. Лоббизм и коррупция // Журнал российского права. 2014. № 2. С. 54–55;

86. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Ю.В. Грачева, А.Г. Есаков, Э. Н. Жевлаков [и др.] ; отв. ред. А.И. Рарог. Изд. 2-е, перераб. и доп. М., 2004. 639 с.

87. Конев Д.А. Криминологическая безопасность и ее обеспечение в сфере цифровых технологий : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2022. 23 с.

88. Костяев С.С. Межправительственное лобби, бюджетные баталии и реформа здравоохранения в США // США—Канада: экономика, политика, культура. М., 2014. № 12. С. 37—52.

89. Краев Д.Ю. Основные признаки продолжаемого преступления // Законность. 2021. № 4. С. 44—52.

90. Кругликов Л.Л. Уголовно-правовые средства обеспечения справедливости наказания : учеб. пособие. Ярославль, 1986. 70 с.

91. Кудашкин А.В. Антикоррупционная экспертиза: теория и практика : науч.-практ. пособие. М. : Норма : ИНФРА-М, 2012. 366 с.

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

93. Ланцевич Ю.М. Организационно-правовые основы деятельности правоохранительных органов по проведению антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и их проектов : дис. ... канд. юрид. наук. М., 2012. /

94. Левит М.М. Земская медицина // БМЭ. Изд. 3-е. М., 1978. Т. 1. С. 437—441.

95. Ленин В.И. Полн. собр. соч. Т. 38. 359 с.

96. Любавина М. О некоторых проблемах квалификации преступлений коррупционного характера // Уголовное право. 2013. № 5. С. 89—91.

97. Малько А.В. Лоббизм и право // Правоведение. 1995. № 2. С. 18—28;

98. Мац А.Н., Чепрасова Е.В. Антипрививочный скепсис как социально-психологический феномен // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2014. № 5. С. 111—114.

99. Международная конференция «Эффективное здравоохранение: социально ориентированный бизнес — будущее промышленной медицины», 23 апреля 2014 г. В рамках «Эффективного здравоохранения» обсудили сетевое взаимодействие // РАНХиГС. 2014. 24 марта. URL: <https://www.ranepa.ru/sobytiya/novosti/3315-setevoe-vzaimodeistvie> (дата обращения: 12.07.2016).

100. Мелешко А.О. Административно-правовое регулирование антикоррупционной экспертизы нормативно-правовых актов : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2015./

101. Меньшикова А.Г. Обстоятельства, смягчающие наказание // Виктимология. 2020. № 3 (25). С. 48—52.

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

103. Михель Д.В. Медиализация как социальный феномен // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2011. № 4. С. 256–263.

104. Моисеенко М.И. Субъективная сторона посредничества во взяточничестве // Пробелы в российском законодательстве. 2014. № 1. С. 143–147.

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

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

107. Назаров В.С., Авксентьев Н.А., Сисигина Н.Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии. М. : Дело, 2019.

108. Насибуллина И.А. Причинно-следственная связь: камень преткновения в спорах с производителем и продавцом дефектных товаров // Закон. 2020. № 3. С. 57–68.

109. Натаров А.А., Дудоров Т.Д. Ответственность за совершение медицинских правонарушений: основания и виды // Евразийская адвокатура. 2019. № 2 (39). С. 65–70.

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

111. Нечаев С.В. Правовое регулирование медицинской помощи по международному и российскому праву: комплексный анализ : дис. ... канд. юрид. наук. Ярославль, 2020. 226 с.

112. Никитина И.О. Преступления в сфере здравоохранения (законодательство, юридический анализ, квалификация, причины и меры предупреждения) : дис. ... канд. юрид. наук. Н. Новгород, 2007. 270 с.

113. Никитский С. К вопросу о последующем диспансерном наблюдении // Еженедельник Мосздравотдела. 1925. № 2. С. 1109–1117.

114. Никольский Д.П. Обзор деятельности губернских съездов земских врачей в России. СПб., 1888–1892. Вып. I–III.

115. Нилов В.М. Социология здоровья: проблемы статуса и регионального развития // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. 2008. № 1. С. 71–74.

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

117. Обух В.К. К выполнению наказа // Еженедельник Мосздравотдела. 1923. № 43. С. 1–8.

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

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

120. Основы медицинской профилактики : метод. пособие / сост. Н.Ю. Крючкова, Е.А. Филиппова, О.В. Ружина. 2-е изд., перераб. и доп. Омск : БУ ДПО ОО ЦПК РЗ, 2017. 28 с.

121. Оффит П. Смертельно опасный выбор. Чем борьба с прививками грозит нам всем / пер. с англ. А. Бродоцкой. М. : АСТ : Corpus, 2017. 368 с.

122. Паутова Н.И., Паутов И.С. Гендерные особенности самооценки здоровья и его восприятия как социокультурной ценности (по данным 21-й волны RLMS-HSE) // Женщина в российском обществе. 2015. № 2 (75). С. 60—75.

123. Пивень Д.В., Агапитов А.Е., Купцевич А.С. Об актуальных вопросах формирования службы профилактической медицины // Менеджер здравоохранения. 2007. № 6. С. 25—29.

124. Плешаков В. А. Криминологическая безопасность и ее обеспечение в сфере взаимодействия организованной преступности и преступности несовершеннолетних : дис. ... д-ра юрид. наук. М., 1998. 323 с.

125. Полукаров А.В. Виды коррупционных преступлений в сфере здравоохранения // Административное и муниципальное право. 2016. № 5. С. 467—473.

126. Полунина Н.В., Пивоваров Ю.П., Милушкина О.Ю. Профилактическая медицина — основа здоровья населения // Вестник РГМУ. 2018. № 5. С. 5—13.

127. Полуэктова Н.М., Смирнова А.Н. Человек как субъект здоровья // Человек. 2016. № 1. С. 5—16.

128. Поляков И.В., Акулин И.М. О некоторых вопросах организации и охраны здоровья работающих // Здравоохранение Российской Федерации. 1991. № 10. С. 5.

129. Помнина С.Н. Некоторые вопросы определения предмета служебного подлога // Вестник Мордовского университета. 2014. № 4. С. 60—66.

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

131. Портер М., Тайсберг Э. Переосмысление системы здравоохранения. Киев : Изд-во Алексея Капусты, 2007. 620 с.

132. Пряхина Н.И., Суслина Е.В. О правовой квалификации ненадлежащего исполнения обязанностей медицинскими работниками при проведении профилактических медицинских мероприятий // Криминалистика. 2020. № 3. С. 8—16.

133. Пряхина Н.И., Суслина Е.В. Применение норм об ответственности за коррупционные преступления в сфере профилактической медицины (криминологический и уголовно-правовой аспекты) // Мониторинг правоприменения 2020–2021 : труды экспертов СПбГУ. СПб. : Изд-во С.-Петербург. гос. ун-та, 2022. С. 175–205.

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

135. Путило Н.В. Нормативные правовые основы иммунопрофилактики в государствах – участниках СНГ // Ремедиум. 2021. Т. 25, № 4. С. 30–38.

136. Ревнова М.О., Волков Д.Я., Сахно Л.В., Колтунцева И.В., Баирова С.В., Мишкина Т.В., Бульчева В.И., Полищук Т.В., Волков А.Я., Гайдук И.М. К вопросу усовершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения // Вопросы современной педиатрии. 2017. Т. 16, № 3. С. 249–253.

137. 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.

138. Ривман Д.В. Виктимология. СПб., 2000. 331 с.

139. Романов А.И., Кеворков В.В. Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации : монография. М. : Дело, 2016. 394 с.

140. Рябченко О.Н. Документы как ресурсный элемент порядка управления (уголовно-правовые аспекты) // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2010. Вып. 1. С. 64–70.

141. Сабанин Ю.В., Кузнецова Е.И. Коррупция в здравоохранении: причины и пути предупреждения // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2011. Т. 7, № 16 (109). С. 43–48.

142. Савенко И.А. Проблемы правовой интерпретации официального документа как предмета преступления // Общество и право. 2012. № 5 (42). С. 131–135.

143. Сагиндыкова/А.Н., Ховралев А.Л. Конституционно-правовая стабильность общества и государства РФ: состояние, проблемы, перспективы. Екатеринбург : Урал. юрид. ин-т МВД России, 2003. 143 с.

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

145. Святловский В.В. Эд. Дженнер. Его жизнь и научная деятельность. СПб. : Тип. Ю.Н. Эрлих, 1891.

146. Сенаторова О.В., Кузнецов В.А., Труфанов А.С. Отношение к здоровью и профилактике заболеваний как показатель общественного здоровья // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. Т. 18, № 1. С. 156–160.

147. Сенокосова Е.К. Преступная некомпетентность и недобросовестность в медицине / под ред. М.П. Клеймёнова. М., 2019. 208 с.

148. Сенокосова Е.К. Профессиональная некомпетентность и недобросовестность при оказании медицинской помощи: криминологические и уголовно-правовые аспекты : дис. ... канд. юрид. наук. Омск, 2018. 234 с.

149. Сквирская Г.П. Формирование модели профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и применение организационных технологий профилактики // Главный врач. 2014. № 12. С. 3—8.

150. Словарь русского языка. В 4 т. Т. 3 / РАН, Ин-т лингвист. исследований ; под ред. А. П. Евгеньевой. 4-е изд., стер. М. : Рус. яз. : Полиграфресурсы, 1999. 750 с.

151. Собольников В.В., Нагаев С.А. Проблемы миграционной безопасности России и совершенствование миграционной политики // Российская юстиция. 2009. № 11. С. 34—36.

152. Соловьев А.П. Предупреждение преступлений в сфере здравоохранения : дис. ... канд. юрид. наук. М., 2007. 192 с.

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

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

155. Стяжкина С.А. Официальный документ как предмет служебного подлога: понятие, признаки, виды // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2014. Вып. 2. С. 185—189.

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

157. Сюткин М.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в регионах России // Проблемы современной экономики. 2011. № 4. С. 314—316.

158. Таганцев Н. С. Русское уголовное право. Лекции. Часть Общая. В 2 т. Т. 1 / сост. и отв. ред. Н.И. Загородников. М., 1994. 380 с.

159. 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.

160. Филоненко Т.В. Антикоррупционная политика России. Роль органов прокуратуры в ее формировании и реализации : автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Владивосток, 2021. 30 с.

161. Фоскуле А. Принцип соразмерности // Сравнительное конституционное обозрение. 2015. № 1. С. 159—163.

162. Фуко М. Рождение клиники. М. : Смысл, 1998. 310 с.

163. Хакимова Р.Ф., Васильева А.А., Хакимова М.Р. Приверженность отдельных групп населения вакцинопрофилактике детей // Аллергология и иммунология в педиатрии. 2019. № 4 (59). С. 21–26.
164. Харит С.М., Брико Н.И. Актуальные проблемы вакцинопрофилактики и способы их решений: опыт экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2014. № 3. С. 32–35.
165. Хлопин Г., Эрисман Ф. Медицина и народное здравоохранение в России // Энциклопедический словарь. Л.: Лениздат, 1991. С. 214–217.
166. Чаплыгина В.Н. Терминологический подход к понятиям «врачебная ошибка» и «ятрогения» при расследовании ятрогенных преступлений // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики : сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола, 3 марта 2017 г. / Северо-Западный филиал Российского государственного университета правосудия ; под общ. ред. Е.Н. Рахмановой. СПб.: Петрополис, 2017. С. 211–215.
167. Черепанова Т.С. Конституционно-правовые основы обязательной вакцинации в России // Конституционное и муниципальное право. 2022. № 4. С. 47–49.
168. Чесноков О.В. Официальный документ как предмет служебного подлога // Общество и право. 2009. № 2 (24). С. 121–125.
169. Чеснокова Е.А., Акулин И.М. Правовые модели регулирования вакцинопрофилактики в зарубежных странах: конституционно-правовая обоснованность и поиск баланса между частным и публичным интересом // Закон. 2020. № 7. С. 35–46.
170. Шамсияров Н.Н. Проблемы и перспективы медицинских осмотров работников, занятых во вредных условиях труда: финансово-экономический аспект // Вестник Казанского технологического университета. 2011. № 18. С. 284–291.
171. Шамшева О.В. Эволюция национального календаря профилактических прививок. Результаты и перспективы // Детские инфекции. 2022. Т. 21, № 1. С. 5–15.
172. Шевердяев С.Н. Концептуальные пробелы в системе российского антикоррупционного законодательства // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2020. № 1 (132). С. 121–132.
173. Шевченко Ю.Л., Бойцов С.А. Роль Н.И. Пирогова в организации профилактического направления в медицине // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2020. Т. 15, № 3. Ч. 1. С. 105–108.
174. Шейман И.М. Тернистый путь от системы Семашко к новой модели здравоохранения // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2013. № 91 (1-6). С. 31–33.

175. Шейман И.М., Шишкин С.В., Шевский В.И., Сажина С.В., Понкратова О.Ф. Диспансеризация населения: ожидания и реальность // Мир России. 2021. Т. 30, № 4. С. 6–29.

176. Шер С.А. История осповивания в Императорском Московском воспитательном доме // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 4. С. 58–61.

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

178. Щепельков В.Ф. Когда медицинское вмешательство, а когда сексуальное преступление // Медицинское право. 2017. № 5. С. 50–54.

179. Щепельков В.Ф. Позиции Пленума Верховного Суда Российской Федерации относительно квалификации служебного подлога // Криминалисть. 2015. № 2 (17). С. 3–9.

180. Щепельков В.Ф. Правовые проблемы профилактических медицинских осмотров // Медицина и право в XXI веке : материалы X ежегодной международной научно-практической конференции / под ред. И.М. Акулина. СПб. : Нордмедиздат – Санкт-Петербург, 2018. С. 128–140.

181. Щепельков В.Ф. Сложные вопросы квалификации служебных преступлений в сфере профилактической медицины // Закон. 2022. № 4. С. 67–76.

182. Щепельков В.Ф., Бурлаков В.Н. Предупреждение коррупционных рисков в сфере профилактической медицины // Национальная (Всероссийская) конференция по естественным и гуманитарным наукам «Наука СПбГУ – 2020», Санкт-Петербург, 24 декабря 2020 г. : материалы. СПб., 2021. С. 1199–1200.

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

184. Щепельков В.Ф., Оленников С.М. К вопросу о социальной обоснованности и конституционно-правовой оправданности принудительной вакцинации населения // Криминалисть. 2020. № 3 (32). С. 28–36.

185. Щепельков В.Ф., Суслина Е.В. Официальный документ как предмет подделки // Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. 2017. № 4 (50). С. 18–21.

186. Щепельков В.Ф., Суслина Е.В., Векленко В.В. Применение норм Уголовного кодекса Российской Федерации о мошенничестве: состояние и перспективы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Право. 2020. Т. 11, № 2. С. 368–382.

187. Яковлев М.Ю., Амбражук И.И., Лутфуллин М.Ф. Этапы развития медицинской профилактики в отечественном здравоохранении // Здравоохранение Чувашии. 2020. № 2. С. 29–40.

188. Ястребов О.А. Обязательная вакцинация: социальное благо или нарушение индивидуальных прав // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Юридические науки. 2022. № 26 (1). С. 210–235.

189. Яшина М.Н., Власова А.А. Антипрививочный скепсис у родителей // Социальные аспекты здоровья населения : электронный научный журнал. 2020. № 66 (1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1137/30/lang,ru/> (дата обращения: 10.05.2022).

190. Akulin I.M., Zhiguleva L.Yu. Development of medical insurance in the Russian Federation. At the crossroads. What's next? Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine. 2019;14(2):147-157.

191. Amram D. Responsabilita genitoriali e vaccini. Rivista italiana di medicina legale e del diritto nel campo sanitario. 2018;1:279-288.

192. Anderson H.J., Hudson J., Eubanks P. Outpatient Care: A National Revolution. Hospitals. 1990;64(16):28-35.

193. Barcellona G. Il danno da vaccinazione tra responsabilita del produttore e politiche vaccinali. Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione. 2017;4. URL: http://rtsa.eu/RTSA_4_2017_Barcellona.pdf (дата обращения: 05.09.2022).

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

195. Beerheide R. Gemeinsamer Bundesausschuss: Ringen um die Gestaltungsmacht. Deutsches Drzteblatt. 2017;114:A58-A60.

196. 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.

197. Bertolino C. Vaccinazioni obbligatorie nei confronti di minori quale «misura necessaria in una societa democratica». Pronuncia della Corte europea sul caso della Repubblica ceca. Riflessi possibili sulla campagna vaccinale contro il Covid-19? Diritti Comparati. Comparare I diritti fondamentali in Europa. 2021. URL: <https://www.diritticomparati.it/vaccinazioni-obbligatorie-nei-confronti-di-minori-quale-misura-necessaria-in-una-societa-democratica-pronuncia-della-corte-europea-sul-caso-della-repubblica-ceca-riflessi-possibili-sulla/?print-posts=pdf> (дата обращения: 27.09.2022).

198. Calandrillo S.P. Vanishing Vaccinations: Why Are So Many Americans Opting Out of Vaccinating Their Children? J.L. REFORM 353 (2004). URL: <https://repository.law.umich.edu/mjlr/vol37/iss2/3> (дата обращения: 30.09.2022).

199. Capizzi E. Danno da Vaccino Covid, Indennizzi anche senza l'obbligo. Pensionioggi.it. 03/06/2022. URL: <https://www.pensionioggi.it/notizie/fisco/danno-da-vaccino-covid-indennizzi-anche-senza-l-obbligo> (дата обращения: 06.09.2022).

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

201. Coppola I. La vaccinazione contro il COVID-19 tra diritto di scelta e responsabilità sociale // 2021, Il CASO.it URL: <https://blog.ilcaso.it/libreriaFile/1377.pdf> (data обращения: 09.09.2022).

202. COVID-19 and mandatory vaccination. Ethical considerations: Policy brief. 30 May 2022 // World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1> (data обращения: 15.06.2022).

203. De La Maisonneuve C. & Martins J.O. Public Spending on Health and Long-term Care. (2013).

204. Fargione V. Indennizzo e risarcimento per danni da vaccinazioni obbligatorie o solo raccomandate: un'analisi giurisprudenziale. URL: http://www.dirittoesalute.org/wp-content/uploads/2017/03/04_fargione.pdf (data обращения: 08.09.2022).

205. Froestad J., C. Shearing, M. Van der Merwe *Criminology: Re-Imagining Security and Risk* // *Security: Dialogue across Disciplines* / ed. P. Bourbeau. Cambridge, 2016. P. 177–195.

206. Galama 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. URL: [https://doi.org/10.1108/S1049-2585\(2013\)0000021013](https://doi.org/10.1108/S1049-2585(2013)0000021013) (data обращения: 17.08.2016).

207. Glaser E., Davis S., Flomo C., Sliney A. & Tiah M.W. The Harvard-LSHTM panel on the global response to Ebola report. *The Lancet* 387, 848 (2016).

208. 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.

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

210. Gotti G. La necessita in una societa democratica degli obblighi vaccinali per i minori (nota a margine della sentenza della Corte EDU Vavshnika e altri c. Repubblica Ceca, 8 aprile 2021). *Osservatorio costituzionale*. 2021;4:356-373.

211. Gullotta T.P. Bloom M. *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. New York : Springer, 2014. 2136 p.

212. Haverkate M., D'Ancona F., Giambi C., Johansen K., Lopalco P.L., Cozza, V. and Appelgren E. Mandatory and Recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: Results of the VENICE 2010 Survey on the Ways of Implementing National Vaccination Programmes. *Euro Surveill*. 2012;17(22). URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20183> (data обращения: 17.09.2022).

213. 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> (дата обращения: 17.08.2016).

214. Illich I. Medicalization and primary care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1982;32:463-470.

215. Jones D. S., Podolsky S.H. & Greene J.A. The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine. *The N Engl J Med*. 2012;366:2333-2338.

216. Kickbusch I., Gleicher D., World Health Organization & Regional Office for Europe. Smart governance for health and well-being: the evidence [Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия: факты», на англ. яз.]. (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014).

217. 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.

218. Lo Giacco M. Il rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie per motivi di coscienza. Spunti di comparazione. Stato, Chiese e pluralism confessionale. *Rivista telematica*. 2020;7:41-65. URL:https://www.statoechiese.it/images/uploads/articoli_pdf/Lo_Giacco.M_Il_rifiuto.pdf?pdf=il-rifiuto-delle-vaccinazioni-obbligatorie-per-motivi-di-coscienza-spunti (дата обращения: 30.09.2022).

219. Lock M. Medicalization and the Naturalization of Social Control // 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.

220. 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 p. URL: <http://www.dwp.gov.uk/docs/lofstedt-report.pdf> (дата обращения: 06.04.2012).

221. Maschewsky-Schneider U., Goecke M., Hцдscher U., Kolip P., Kuhn A., Sewцster D., Zeeb H. Selection of a new health target for Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013;56(9): 1329-1334. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1805-3> (дата обращения: 25.09.2022).

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

223. Modlin J.F., Halsey N.A., Thoms M.L., Meschievitz C.K. Patriarca P.A., the Baltimore Area Polio Vaccine Study Group. Humoral and Mucosal Immunity in Infants Induced by Three Sequential Inactivated Poliovirus

Vaccine-Live Attenuated Oral Poliovirus Vaccine Immunization Schedules. *Journal of Infectious Diseases*. 1997;175:228-234.

224. Novac A. The Religious and Philosophical Exemptions to State-Compelled Vaccination: Constitutional and Other Challenges. *University of Pennsylvania Journal of International Law*. 2005;7:1101-1117.

225. Polio vaccines: WHO position paper, January 2014. (неопр.). *Wkly Epidemiol Rec*. 2014;89(9):73-92.

226. Pravettoni G., & Gorini A. A P5 cancer medicine approach: Why personalized medicine cannot ignore psychology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17(4):594-596. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01709.x> (дата обращения: 10.08.2012).

227. Razzak M.I., Imran M., Xu G. Big Data Analytics for Preventive Medicine. *Neural Computing & Applications*. 2020;32:4417-445. URL: <https://doi.org/10.1007/s00521-019-04095-y> (дата обращения: 21.10.2020).

228. Rijkers-de Boer C.J.M., Heijnsman 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. URL: <https://doi.org/10.1093/heapro/dax033>.

229. Rizzi M. A Dangerous Method: Correlations and proof of causation in vaccine related injuries. *Journal of European Tort Law*. 9(3):289-307.

230. Robert Koch Institute. Health in Germany. Federal health reporting. Joint service by RKI and Destatis. RKI, Berlin; 2015.71. Thelen M., Scheidt-Nave C., Schaeffer D., Blisher S., Nitsche-Neumann L., SaЯ A.C., Herweck R. National health target «healthy ageing». *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012;55(8):991-997. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1517-0> (дата обращения: 25.09.2022).

231. Rubin D., Kasimow S. The Problem of Vaccination Noncompliance: Public Health Goals and the Limitations of Tort Law. *L. Rev. First Impressions*. 2009;114. URL: http://repository.law.umich.edu/mlr_fi/vol107/iss1/7 (дата обращения: 30.09.2022).

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

233. Selgelid, M., Battin, M. and Smith, C. *Ethics and Infectious Disease*. Oxford, 2006. 416 p.

234. Strickland C. Preventive medicine, soviet-style. URL: <https://www.nytimes.com/1990/06/17/nyregion/preventive-medicine-soviet-style.html> (дата обращения: 17.01.2014).

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

236. Tomasi M. Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà. *Diritto pubblico comparato ed europeo*. 2017;2:455.

237. Virology, Epidemiology, Pathogenesis and Control of COVID-19 Yuefei Jin, Haiyan Yang, Wangquan Ji, Weidong Wu, Shuaiyin Chen, Weiguo Zhang, Guangcai Duan *Viruses*. 2020 Apr.; 12(4): 372. Published online 2020 Mar 27.

238. Wigham S., Ternent L., Bryant A., Robalino Sh., Sniehotta F.F. and Adams. J. Parental Financial Incentives for Increasing Preschool Vaccination Uptake: Systematic Review. *Pediatrics*. 2014;132(4):1117-1128.

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

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

241. Zola I. Medicine as an Institute of Social Control. *Sociological Review*. New Series. 1972;20(4):487-504.



СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Акулин И.М. — заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права Санкт-Петербургского государственного университета, доктор медицинских наук — гл. 3 (3.1, 3.5.1); гл. 5 (совместно с Щепельковым В.Ф.).

Бурлаков В.Н. — профессор кафедры уголовного права Санкт-Петербургского государственного университета, доктор юридических наук — гл. 4 (совместно с Щепельковым В.Ф.).

Дивеева Н.И. — профессор кафедры трудового и социального права Санкт-Петербургского государственного университета, доктор юридических наук — гл. 3 (3.3).

Оленников С.М. — заведующий кафедрой уголовного права Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат юридических наук — гл. 3 (3.4) (совместно с Щепельковым В.Ф.).

Пряхина Н.И. — доцент кафедры уголовного права Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат юридических наук — гл. 1; гл. 3 (3.2, 3.6.1) (совместно с Суслиной Е.В.).

Савин С.Д. — заведующий кафедрой социологии политических и социальных процессов Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат социологических наук — гл. 2 (совместно со Смирновой А.Н.).

Смирнова А.Н. — доцент кафедры теории и практики социальной работы Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат социологических наук — гл. 2 (совместно с С.Д. Савиным);

Суслина Е.В. — доцент кафедры уголовного права Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат юридических наук — гл. 1; гл. 3 (3.2, 3.6.1) (совместно с Пряхиной Н.И.).

Чеснокова Е.А. — доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского права Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат медицинских наук — гл. 3 (3.5.2, 3.6.2).

Щепельков В. Ф. — профессор кафедры уголовного права Санкт-Петербургского государственного университета, доктор юридических наук — введение, гл. 3 (3.4) (совместно с Оленниковым С.М.); гл. 4 (совместно с Бурлаковым В.Н.); гл. 5 (совместно с Акулиным И.М.), заключение.



ДАННЫЕ ВСЕРОССИЙСКОГО ОПРОСА
ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ
«ОТНОШЕНИЕ РОССИЯН К ЗДОРОВЬЮ
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ
МЕДИЦИНСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ»

Опрос проведен Центром социологических и Интернет-исследований СПбГУ в апреле—мае 2020 года. Квотная выборка составила 1 600 человек, жителей всех регионов России.

Цель исследования: выявить особенности восприятия населением профилактических медицинских мероприятий, таких как вакцинация, профилактические осмотры по направлению работодателя и диспансеризация.

Социальные и демографические характеристики выборки

*Таблица 1.
Распределение
респондентов по полу*

Пол	N	%
Мужчины	734	44,2
Женщины	926	55,8

*Таблица 2.
Распределение респондентов
по возрасту*

Возраст	N	%
18–25 лет	255	15,4
26–35 лет	322	19,4
36–45 лет	273	16,4
46–55 лет	324	19,5
56–65 лет	234	14,1
66 лет и старше	252	15,2

*Таблица 3.
Распределение респондентов по уровню образования*

Уровень образования	N	%
Высшее	704	42,4
Среднее профессиональное (техникум, колледж)	517	31,1
Среднее полное (средняя школа)	188	11,3
Начальное профессиональное (профессиональное училище, лицей)	109	6,6
Неполное высшее (3 курса ВУЗа)	73	4,4
Начальное, неполное среднее	53	3,2
Ученая степень	16	1,0

*Таблица 4.
Распределение респондентов по типу занятости*

Основное занятие в настоящий момент	N	%
Учащийся, студент	69	4,2
Работаю на государственном предприятии, в бюджетной сфере	434	26,1
Работаю на негосударственном предприятии, в коммерческом секторе	582	35,1
Временно не работаю, безработный	98	5,9
Занят(а) домашним хозяйством, нахожусь в декретном/по уходу за ребенком отпуске	98	5,9
Пенсионер (в том числе по инвалидности), неработающий	379	22,8

Таблица 5.
Распределение респондентов по уровню дохода

Доход на одного члена семьи	N	%
Ниже прожиточного минимума	390	23,5
Соответствует прожиточному минимуму	324	19,5
Немного выше прожиточного минимума	423	25,5
Более чем в 2 раза выше прожиточного минимума	207	12,5
Более чем в 3 раза выше прожиточного минимума	123	7,4
Более чем в 5 раз выше прожиточного минимума	45	2,7
Более чем в 10 раз выше прожиточного	11	0,7
Отказ отвечать	137	8,3

Таблица 6.
Распределение респондентов по типу населенного пункта проживания

Тип населенного пункта	N	%
Региональный центр	692	41,7
Другой город	447	26,9
Поселок городского типа	125	7,5
Село, деревня, поселок сельского типа	396	23,9

Таблица 7.
Распределение выборки по федеральным округам

Федеральный округ	N	%
Центральный	458	27,6
Приволжский	343	20,7
Сибирский	219	13,2
Северо-Западный	164	9,9
Южный	161	9,7
Уральский	147	8,9
Северо-Кавказский	97	5,8
Дальневосточный	71	4,3

**Оценка респондентами своего здоровья
и установки на его поддержание**

*Таблица 8.
Самооценка здоровья (%)*

Как Вы оцениваете Ваше здоровье?	ВСЕГО		Женщины		18-25 лет		26-35 лет		36-45 лет		46-55 лет		56-65 лет		66 лет и старше	
Очень хорошее	14,6	19,2	11,0	31,4	22,0	13,6	9,9	6,0	3,6							
Хорошее	39,3	44,1	35,5	47,5	55,3	44,3	37,0	27,8	19,0							
Среднее, не хорошее, но и не плохое	38,3	30,0	44,9	18,4	21,4	36,6	43,5	53,4	61,1							
Плохое	5,7	5,4	5,9	2,4	1,2	4,4	6,5	10,3	11,1							
Совсем плохое	1,0	0,4	1,5	0,4	0,0	0,0	1,9	1,3	2,8							
Затрудняюсь ответить	0,8	0,7	1,0	0,0	0,0	0,7	1,2	0,9	2,4							
Отказ от ответа	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0							

Таблица 9. Частота посещения врачей в течение года (%)

Как часто Вы посещаете врача в течение года?	ВСЕГО		Женщины	18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
	Мужчины	Женщины							
Примерно каждый месяц	7,0	4,2	9,3	7,1	3,4	6,2	7,7	8,1	10,7
Один раз в несколько месяцев	13,2	9,3	16,3	17,3	8,1	12,1	13,0	14,1	16,3
Один раз в полгода	20,5	17,7	22,8	30,2	24,8	13,6	18,8	16,7	18,7
Один раз в течение года	26,1	29,8	23,1	23,1	31,4	31,5	23,8	23,9	21,4
Реже одного раза в год	15,0	17,0	13,4	12,9	17,7	19,4	15,4	13,2	9,9
Не посещаю вообще	13,0	16,5	10,2	6,3	9,9	15,0	17,0	15,4	13,9
Затрудняюсь ответить	1,1	1,5	0,8	0,4	0,9	0,4	1,2	1,3	2,4
Другое	4,0	3,8	4,1	2,7	3,7	1,5	3,1	6,8	6,7
Отказ от ответа	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0

Таблица 10. Способы лечения в случае болезни (%)

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

Таблица 11. Мотивы поддержания здоровья (%)

С чем связана Ваша забота о здоровье? (не более трех ответов)	ВСЕГО	Мужчины		Женщины		18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины						
Воздействием справочной медицинской информации	2,8	2,0	3,5	5,9	2,5	2,9	2,8	1,3	1,6		
Пропагандой здорового образа жизни в обществе	13,4	13,8	13,1	16,1	13,0	13,6	13,9	12,4	11,2		
Примером окружающих меня людей	3,3	3,1	3,4	5,5	4,7	2,6	2,5	2,1	2,0		
Ухудшением здоровья	25,0	19,1	29,7	23,2	22,4	22,7	27,2	27,8	27,1		
Рекомендациями родных и близких	8,3	9,4	7,5	11,8	8,4	7,0	6,8	6,8	9,6		
Желанием быть физически сильнее, привлекательнее	24,7	22,8	26,2	30,7	30,4	25,3	25,3	17,5	16,3		
Желанием дольше жить	35,6	33,2	37,4	24,4	30,7	35,5	33,0	42,7	49,8		
Ни с чем, не думаю о проблемах здоровья	14,1	17,7	11,3	12,2	18,6	15,8	13,9	13,2	9,6		
Другое	7,3	7,5	7,1	5,9	5,9	10,6	7,4	7,7	6,4		
Затрудняюсь ответить	3,2	3,0	3,4	2,0	4,7	2,6	2,5	3,0	4,4		
Отказ от ответа	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0		

Отношение к вакцинации

Таблица 12.
Отношение к вакцинации: распределение по полу и возрасту (%)

Как Вы относитесь к вакцинации?	ВСЕГО		Женщины					Мужчины					
	46,7	53,0	46,8	47,8	42,5	36,6	43,5	46,7	47,8	42,5	36,6	43,5	53,0
Положительно													
Зависит от прививки:													
к одним —	25,4	14,5	28,3	35,3	31,1	31,9	25,3	21,7	35,3	31,1	31,9	25,3	14,5
положительно,													
к другим —													
негативно	22,1	25,2	20,7	13,3	22,0	27,1	25,0	23,8	13,3	22,0	27,1	25,0	25,2
Негативно													
Затрудняюсь ответить	5,8	7,3	4,2	3,5	4,3	4,4	6,2	7,8	3,5	4,3	4,4	6,2	7,3
Затрудняюсь ответить													

Таблица 13.

Причины положительного отношения к вакцинации

Если Вы относитесь к вакцинации положительно, то почему? (возможны несколько ответов)	Вся выборка, %	Отметившие позитивное отношение, %
Это эффективная профилактика болезней	41,3	63,5
От вакцинации больше пользы, чем вреда, риски минимальны	24,2	37,2
Вакцинация предотвращает массовое заболевание населения (эпидемии, пандемии)	36,0	55,4
Есть личный позитивный опыт вакцинации	13,6	20,9
Доверяю официальным рекомендациям Минздрава	18,4	28,2
Доверяю рекомендациям своих врачей и отдельных специалистов	25,1	38,7
Другое	3,8	5,8
Затрудняюсь ответить	3,9	5,9

Таблица 14.
 Причины отрицательного отношения к вакцинации (%)

Если Вы относитесь к вакцинации отрицательно, то почему? (возможны несколько ответов)	Вся выборка, %	Отметившие негативное отношение, %
От вакцинации больше вреда, чем пользы	22,8	48,8
Был личный негативный опыт вакцинации	15,3	32,7
Был негативный опыт у знакомых, родственников	19,0	40,6
Был негативный опыт у детей	9,4	20,2
Опасаюсь конкретных отечественных вакцин	8,8	18,8
Опасаюсь любых вакцин	17,7	37,9
Врачи недостаточно информируют о пользе и возможных рисках вакцин	27,8	59,4
Вакцинация — это пустая трата времени	11,6	24,8
Другое	5,7	12,3
Затрудняюсь ответить	7,9	16,9

Таблица 15.
Количество привившихся от гриппа в 2019–2020 годах (%)

В этом сезоне (осень 2019 — зима 2020 года) Вы делали прививку от гриппа?	ВСЕГО	Женщины						66 лет и старше		
		Мужчины	18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше		
Да	21,1	18,0	23,5	14,9	17,9	20,1	26,5	25,8		
Нет	78,6	81,6	76,1	84,8	82,1	79,6	73,1	73,8		
Затрудняюсь ответить	0,4	0,4	0,3	0,3	0,0	0,3	0,4	0,4		

Таблица 16. Вакцинация детей (%)

Если у Вас есть несовершеннолетние дети, проходят ли они вакцинацию?	Респонденты, имеющие несовершеннолетних детей
Да, конечно, все прививки по плану	63,0
Проходят, но не все	10,9
Нет	20,9
Затрудняюсь ответить	5,2

Таблица 17.
Отношение к людям, отказывающимся делать прививки (%)

	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
Как Вы считаете, как следует поступать с лицами, которые отказываются от собственной вакцинации? (возможны несколько ответов)									
Надо применять санкции только в случае отказа от вакцинации по отдельным опасным заболеваниям (гепатит, столбняк и др.)	14,0	14,7	13,5	18,0	18,0	11,8	13,6	11,1	10,7
Надо проводить с ними профилактические беседы, применять стимулирующие меры	29,5	26,7	31,7	25,9	22,4	25,4	30,9	37,6	37,7
Взрослых надо штрафовать или применять другие административные меры воздействия	6,5	6,8	6,3	8,2	5,0	3,7	4,6	10,3	8,7
Работающих надо на время отстранять от работы и/или увольнять	4,5	4,9	4,2	6,3	5,6	2,2	4,6	3,8	4,4
Никак, вакцинация — это личное дело каждого, нельзя применять за это санкции	62,0	60,3	63,4	62,4	69,6	68,4	60,8	51,3	56,7
Другое	3,6	4,5	2,8	0,8	1,2	5,5	5,9	4,7	3,2
Затрудняюсь ответить	2,6	2,9	2,4	1,2	1,2	2,9	1,5	2,6	5,6

Таблица 18.
Отношение к людям, отказывающимся делать прививки своим детям (%)

Как Вы считаете, как следует поступать с лицами, которые отказываются от вакцинации своих детей? (возможны несколько ответов)	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	Возраст					
				18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше
Никак, вакцинация — это личное дело родителей, нельзя применять за это санкции	39,2	39,2	39,2	43,1	49,1	43,6	41,0	29,5	24,6
Надо применять санкции только в случае отказа от вакцинации по отдельным опасным заболеваниям (гепатит, столбняк, туберкулез и др.)	23,7	24,8	22,8	29,0	23,0	24,2	21,3	22,2	23,0
Надо проводить с ними профилактические беседы, применять стимулирующие меры	34,2	30,7	36,9	36,5	27,3	30,0	33,0	37,6	43,3
Непривитых детей надо изолировать/ на время отстранять от детского коллектива (школы, детские сады, спортивные секции и др.)	11,9	9,3	14,0	11,0	10,2	8,8	12,0	13,7	16,7
Детей надо вакцинировать принудительно, независимо от согласия родителей	11,4	13,2	10,0	12,2	7,1	9,9	10,5	13,2	17,5
Другое	3,8	4,4	3,3	1,2	3,7	3,3	5,2	5,6	3,6
Затрудняюсь ответить	3,6	4,0	3,2	2,0	2,5	2,9	2,5	5,6	6,7

Таблица 19. Негативные последствия вакцинации (%)

Сталкивались ли Вы со случаями, когда после вакцинации (Вас или Ваших близких) наступали негативные последствия (кратковременное расстройство здоровья, длительное расстройство здоровья, хроническое заболевание, инвалидность и др.)?	ВСЕГО		Мужчины		Женщины		18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Да	38,3		33,0		42,4		40,8	41,0	47,6	41,0	29,9	26,2
Нет		58,5	62,7		55,2		56,1	55,3	49,5	56,8	65,4	70,6
Затрудняюсь ответить		3,3	4,4		2,4		3,1	3,7	2,9	2,2	4,7	3,2

Таблица 20. Отношение к компенсации в случае тяжелых последствий вакцинации (%)

Сейчас по закону в случае наступления тяжелых последствий в результате вакцинации предусмотрена компенсация (1 тыс. рублей в месяц в случае инвалидности, 30 тыс. рублей в случае смерти (единовременно). Считаете ли Вы данную компенсацию достаточной?	ВСЕГО		Мужчины		Женщины		18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
	Размер компенсации достаточен	7,3	5,6	8,6	16,5	3,7	4,8	4,6	6,0	9,9		
Размер компенсации не достаточен (занижен)	75,9	79,7	72,9	75,3	84,8	80,6	76,9	72,2	62,3			
Другое	4,6	5,0	4,3	2,7	3,7	5,9	6,5	3,8	4,8			
Затрудняюсь ответить	12,2	9,7	14,1	5,5	7,8	8,8	12,0	17,9	23,0			

Отношение населения к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации

Таблица 21. Отношение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации (%)

Как Вы относитесь к участию в профилактических медицинских осмотрах, диспансеризации?	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
Положительно	66,1	64,7	67,2	58,8	68,9	60,1	69,8	68,8	69,0
Скорее положительно	18,9	19,2	18,7	31,0	20,2	21,6	15,1	13,2	12,3
Скорее отрицательно	5,8	6,0	5,7	3,5	5,0	7,0	4,6	6,0	9,5
Крайне отрицательно	4,5	5,7	3,6	2,0	2,5	6,6	7,1	5,1	3,6
Затрудняюсь ответить	4,6	4,4	4,9	4,7	3,4	4,8	3,4	6,8	5,6

Таблица 22. Причины негативного отношения к профилактическому медицинским осмотрам (% отметивших отрицательное отношение)

Если Вы относитесь к профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации отрицательно, то почему? (возможны несколько ответов)	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	Возраст					
				18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше
Это бесполезная процедура, так как все происходит формально	61,8	48,8	74,7	42,9	50,0	54,1	71,1	61,5	76,5
Не доверяю врачам	16,8	19,8	13,8	28,6	8,3	21,6	13,2	30,8	5,9
Жалко свое личное время	15,6	16,3	14,9	21,4	25,0	5,4	18,4	19,2	11,8
Я и так знаю о состоянии своего здоровья	13,3	16,3	10,3	21,4	16,7	16,2	2,6	15,4	14,7
Не хочу ничего знать о состоянии своего здоровья	2,9	4,7	1,1	0,0	4,2	2,7	2,6	7,7	0,0
Не хочу сталкиваться с хамством и равнодушием при этих процедурах	13,3	7,0	19,5	14,3	8,3	18,9	7,9	11,5	17,6
Был негативный опыт при прохождении процедуры	15,0	12,8	17,2	14,3	8,3	18,9	13,2	19,2	14,7
Недостаточно информации о том, для чего это нужно	11,0	12,8	9,2	35,7	16,7	0,0	2,6	15,4	14,7
Другое	13,9	17,4	10,3	14,3	16,7	18,9	21,1	3,8	5,9
Затрудняюсь ответить	1,7	2,3	1,1	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	5,9

Таблица 23. Прохождение профилактических медицинских мероприятий (%)

	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше
Какой медицинский осмотр Вы проходили за последние 2 года (возможны несколько ответов)									
Обязательный профилактический медосмотр по направлению работодателя /для поступления на работу	39,2	44,6	34,9	50,2	47,2	45,2	46,6	29,1	11,1
Диспансеризация	33,5	22,5	42,2	21,6	25,8	31,6	35,2	43,6	45,6
Профилактический осмотр по своей инициативе	23,7	19,2	27,2	24,7	27,6	25,0	22,8	17,9	22,6
Не проходил никакой осмотр	15,5	18,5	13,1	11,4	12,7	15,4	15,4	17,1	21,8
Другое	6,8	9,0	5,1	12,9	7,5	3,3	4,6	7,3	6,0
Затрудняюсь ответить	0,2	0,4	0,1	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,8

Таблица 24.
Место прохождения профилактических медицинских осмотров (%)

Где Вы проходили данный осмотр/осмотры? (возможны несколько ответов)	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше
В поликлинике	68,7	65,3	71,1	62,1	62,2	66,7	73,0	76,1	74,3
В специализированном государственном учреждении	10,9	11,9	10,3	9,4	10,7	13,1	10,9	8,3	13,1
В частной медицинской организации или клинике	21,3	21,4	21,2	31,5	29,0	23,0	20,6	8,3	10,4
Комиссия врачей приехала в организацию	7,0	7,7	6,5	6,4	7,3	6,3	8,2	9,4	3,8
Другое	2,9	2,6	3,1	3,4	1,1	2,3	2,2	2,2	7,1
Затрудняюсь ответить	0,3	0,5	0,1	0,5	0,8	0,0	0,0	0,6	0,0

Таблица 25. (Бесплатность профилактических медицинских услуг (%))

Приходилось ли Вам платить собственные средства за прохождение данного осмотра/осмотров?	ВСЕГО		Женщины						Мужчины						
	Да	Нет	Другое	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше
Да	16,8			25,4	20,2	18,5	16,9	8,9	8,2						
Только за отдельные процедуры/отдельных специалистов	18,3			20,5	20,2	17,1	18,0	16,1	17,5						
Нет	63,0			51,7	57,6	63,1	62,9	74,4	72,1						
Другое	1,6			2,4	1,9	1,4	1,5	0,6	1,6						
Затрудняюсь ответить	0,2			0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,5						

Таблица 26. Удовлетворенность профилактическими осмотрами (%)

Удовлетворены ли Вы организацией и качеством профилактического осмотра?	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше
Да, полностью удовлетворен	43,4	46,4	41,3	53,2	44,7	44,1	39,0	33,9	45,9
Скорее удовлетворен	22,4	23,0	21,9	21,0	24,0	22,1	21,7	21,7	23,5
В одном случае удовлетворен, в другом нет	16,4	13,3	18,6	14,6	19,1	17,1	16,1	17,8	12,6
Скорее не удовлетворен	9,3	8,2	10,1	6,8	5,3	9,5	12,7	12,2	9,8
Полностью не удовлетворен	7,1	7,3	6,9	4,4	6,5	5,9	8,6	10,6	6,6
Затрудняюсь ответить	1,4	1,8	1,2	0,0	0,4	1,4	1,9	3,9	1,6

Таблица 27. Претензии при прохождении медицинских осмотров (%)

Что Вам не понравилось, что вызывает претензии при прохождении медосмотра (диспансеризации)? (возможны несколько ответов)	ВСЕГО		Женщины						66 лет и старше	
	Мужчины	Женщины	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше	Мужчины	Женщины
Принудительность медосмотра	3,5	4,1	3,1	4,2	5,5	4,1	2,5	3,4	1,0	1,0
Осмотр проводился формально	48,4	44,6	50,9	41,7	49,7	50,4	55,8	39,8	48,5	48,5
Были большие очереди	34,5	36,4	33,3	47,9	41,4	32,5	31,3	24,6	31,3	31,3
Не было нужных мне врачей, обследований	23,4	18,0	26,9	26,0	20,7	25,2	23,3	28,0	17,2	17,2
Низкая культура медицинского обслуживания	9,7	10,5	9,1	11,5	17,2	8,9	4,9	5,9	10,1	10,1
Заняло очень много времени	17,3	18,7	16,4	25,0	17,2	17,1	17,2	13,6	15,2	15,2
Низкий профессионализм врачей	18,0	18,4	17,8	17,7	25,5	16,3	18,4	14,4	13,1	13,1
Качество не соответствует затратам	9,4	7,8	10,4	9,4	7,6	10,6	13,5	5,9	8,1	8,1
Другое	8,3	8,2	8,4	3,1	5,5	6,5	9,8	15,3	9,1	9,1
Затрудняюсь ответить	5,4	5,4	5,3	3,1	5,5	4,1	2,5	8,5	10,1	10,1

Таблица 28. Отношение к созданию единого медицинского осмотра (%)

Как Вы относитесь к идее оставить только один общий для всех работающих граждан медицинский осмотр — диспансеризацию, которая проводится бесплатно? (по ее итогам можно будет давать допуски для любых работ)	Женщины						Мужчины					
	18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше	18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
ВСЕГО												
Положительно, так будет удобнее для работающих граждан	71,4	62,4	54,9	63,3	68,8	68,7	60,5	67,8	67,8	67,8	67,8	67,8
Отрицательно, это усложнит процедуру диспансеризации	20,0	24,2	26,4	23,1	11,5	13,5	21,7	19,2	19,2	19,2	19,2	19,2
Другое	1,2	4,3	9,2	4,3	6,4	2,8	5,7	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
Затрудняюсь ответить	7,5	9,0	9,5	9,3	13,2	15,1	12,1	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1

Проблема правосознания россиян в медицинской сфере

Таблица 29. Отношение к включению болезненных процедур в обязательные профилактические медицинские осмотры (%)

Как Вы считаете, допустимо ли в обязательные профилактические медосмотры, отказ от которых грозит увольнением, включить болезненные процедуры, причиняющие боль и/или создающие риски причинения вреда (например, ФГДС)	ВСЕГО						Женщины	Мужчины	66 лет и старше
	Да	Нет	На выбор самого человека, без негативных санкций для него	Затрудняюсь ответить	18–25 лет	26–35 лет			
Да	15,6	17,0	14,5	15,3	13,7	15,4	17,3	12,8	19,0
Нет	15,8	16,9	14,9	16,9	15,5	19,4	14,5	15,0	13,5
На выбор самого человека, без негативных санкций для него	61,4	58,2	63,9	64,7	66,8	57,9	60,8	62,4	54,8
Затрудняюсь ответить	7,2	7,9	6,7	3,1	4,0	7,3	7,4	9,8	12,7

Таблица 30. Отношение к включению осмотров закрытых частей тела в обязательные профилактические медицинские осмотры (%)

Как Вы считаете, допустимо ли в обязательные профилактические медосмотры, отказ от которых грозит увольнением, включать осмотры закрытых частей тела человека (например, гинекологические, венерологические осмотры)	ВСЕГО						Женщины	Мужчины	66 лет и старше
	18-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66 лет и старше			
Да	43,3	39,2	46,4	34,9	40,7	39,6	49,1	45,7	49,
Нет	5,5	6,5	4,8	6,7	8,1	7,0	4,3	4,7	2,0
На выбор самого человека, без негативных санкций для него	44,9	46,6	43,6	55,7	48,4	44,7	40,1	41,5	39,
Затрудняюсь ответить	6,3	7,6	5,2	2,7	2,8	8,8	6,5	8,1	9,0

Таблица 31. Допустимость видеонаблюдения в кабинетах врачей (%)

	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
Допустимо ли, на Ваш взгляд, устанавливать камеры видеонаблюдения в кабинетах врача/ процедурных кабинетах?									
Да, это усилит ответственность врача	19,0	19,5	18,6	22,7	19,9	18,7	17,9	16,2	18,3
Нет, это нарушает права пациента	66,7	62,9	69,8	68,6	66,5	64,8	65,7	69,2	66,3
Другое	7,0	8,9	5,6	5,1	8,1	9,9	7,4	6,0	5,2
Затрудняюсь ответить	7,2	8,7	6,0	3,5	5,6	6,6	9,0	8,5	10,3

Таблица 32. Фиктивные медицинские документы. (%)

	ВСЕГО	Мужчины	Женщины	18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
Приходилось ли Вам сталкиваться с такими организациями, которые предлагают купить фиктивную справку о прохождении медосмотра?	7,1	9,9	4,9	7,5	8,4	8,4	6,5	6,0	5,6
Да, приходилось, пользовался услугами	39,7	43,1	37,0	39,2	44,1	35,5	42,3	38,9	36,5
Я знаю об их существовании, но ни разу не пользовался их услугами	25,8	24,9	26,5	27,8	22,0	32,2	27,2	22,2	23,0
Нет, не было необходимости	26,1	20,6	30,6	25,1	24,8	23,1	22,2	30,8	32,9
Нет, даже не знаю, что такие организации существуют	1,3	1,5	1,1	0,4	0,6	0,7	1,9	2,1	2,0
Отказ от ответа									

Таблица 33. Опыт не выявленных врачами заболеваний (%)

Была ли в Вашей жизни ситуация, когда по результатам прохождения медицинского осмотра не было выявлено заболевание, которое имело место и должно было быть выявлено, если бы врач сделал все как надо?	ВСЕГО		Мужчины		Женщины		18–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66 лет и старше
Да, была	26,0	24,1	27,4	24,7	25,5	27,5	28,1	25,2	24,2	25,2	25,2	24,2
Нет, не было	68,9	70,6	67,6	71,0	68,9	68,9	67,0	68,4	69,8	68,4	68,4	69,8
Другое	2,1	2,2	2,1	2,0	2,8	1,8	2,8	1,7	1,2	1,7	1,7	1,2
Затрудняюсь ответить	2,4	2,5	2,4	1,6	2,8	1,8	1,5	3,4	3,6	3,4	3,4	3,6
Отказ от ответа	0,6	0,7	0,5	0,8	0,0	0,0	0,6	1,3	1,2	0,6	1,3	1,2

Таблица 34. Коррумпированность профилактической медицины (%)

Считаете ли Вы, что сфера профилактических осмотров и диспансеризации является коррумпированной (имеют место приписки, взятки, внесение в медицинские документы ложных сведений)?	ВСЕГО		Женщины					Мужчины							
	66 лет и старше	56–65 лет	46–55 лет	36–45 лет	26–35 лет	18–25 лет	Женщины	Мужчины	66 лет и старше	56–65 лет	46–55 лет	36–45 лет	26–35 лет	18–25 лет	
Да, сильно коррумпирована	11,2	15,1	8,1	9,0	14,3	14,3	14,3	15,1	8,1	9,0	14,3	14,3	14,3	8,1	7,9
Коррумпирована, но не сильно	25,5	28,2	23,3	30,6	28,9	30,6	28,9	28,2	23,3	30,6	28,9	27,5	28,9	22,6	17,9
Практически не коррумпирована	16,7	15,3	17,8	25,9	20,5	25,9	20,5	15,3	17,8	25,9	20,5	15,8	20,5	17,1	11,5
Совсем не коррумпирована	19,0	15,7	21,7	19,2	17,1	19,2	17,1	15,7	21,7	19,2	17,1	16,1	17,1	20,1	22,6
Затрудняюсь ответить	27,6	25,7	29,0	15,3	19,3	15,3	19,3	25,7	29,0	15,3	19,3	26,4	19,3	32,1	40,1

ДАННЫЕ ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА МЕДИЦИНСКИХ
СПЕЦИАЛИСТОВ
«ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
К ПРОБЛЕМЕ РАЗВИТИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ»

Целевая выборка медицинских работников (N=412) — представителей различных медицинских специальностей. Исследование проводилось в форме онлайн-опроса на платформе Google в мае—ноябре 2021 года. Исследование проводилось путем направления ссылки на опросную форму целевым группам медицинских специалистов, включая обучающихся ординатуры и дополнительных образовательных программ СПбГУ, а также медицинских работников клиники СПбГУ.

Цель исследования: выявление мнения медицинских специалистов о социально-правовых вопросах организации профилактических медицинских мероприятий, таких как вакцинация, профилактические осмотры по направлению работодателя и диспансеризация, а также проблемы профилактической медицины в современных условиях пандемии COVID-19.

Социальные, демографические характеристики и особенности профессиональной деятельности респондентов

Таблица 1.
Распределение по полу

Пол	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Женский	279	67,7	258	67,7
Мужской	133	32,3	123	32,3

*Таблица 2.
Распределение по возрасту*

Возраст	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
18–25 лет	277	67,2	277	72,7
26–35 лет	104	25,2	104	27,3
36–45 лет	17	4,1	-	-
46–55 лет	8	1,9	-	-
56–65 лет	4	1,0	-	-
66 лет и старше	2	0,5	-	-

*Таблица 3.
Стаж работы по специальности*

Стаж	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Нет стажа	112	27,2	110	28,9
Менее 3 лет	180	43,7	179	47,0
3–5 лет	72	17,5	68	17,8
6–10 лет	21	5,1	19	5,0
11–15 лет	8	1,9	5	1,3
16–20 лет	9	2,2	-	-
21–30 лет	4	1,0	-	-
31 год и более	6	1,5	-	-

Таблица 4. Области медицинской специализации

Специализация респондентов 18—35 лет	N	%
Стоматология	128	33,6
Акушерство и гинекология	37	9,7
Терапия (врач общей практики, участковый)	31	8,1
Лечебное дело	26	6,8
Хирургия	19	4,9
Рентгенология	11	2,9
Урология	11	2,9
Онкология	10	2,6
Анестезиология	9	2,4
Неврология	8	2,2
Травматология и ортопедия	7	1,9
Педиатрия	5	1,3
Психиатрия	3	0,9
Кардиология	3	0,9
ЛФК и спортивная медицина	3	0,9
Общественное здоровье и организация здравоохранения	2	0,6
Медико-профилактическое дело	2	0,6
Эндокринология	2	0,6
Инфекционные болезни	2	0,6
Бактериология, дерматовенерология, косметология, нейрохирургия, офтальмология, оториноларингология, фармацевтика (по 1 ответу)	6	1,6
Медицинская сестра / мед. брат	17	4,7
Нет ответа	22	5,8

Таблица 5.
Самооценка респондентов профессиональных знаний
по специальности «Инфекционные болезни»

Уровень знаний	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Отличные	32	7,8	31	8,1
Довольно хорошие	188	45,6	180	47,2
Удовлетворительные	153	44,2	134	35,2
Недостаточные	19	4,6	18	4,7
Затрудняюсь ответить	20	4,9	18	4,7

Таблица 6.
Оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19

Опыт работы с ковидными пациентами	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Нет, насколько мне известно	192	46,6	169	44,4
Да, аботал/работаю в «красной» зоне	132	32,0	131	34,4
Да, с немногими пациентами, которых я лечил по поводу других заболеваний	88	21,4	81	21,3

Таблица 7.
Позиции о риске заражения и собственной вакцинации (%)

Риск заражения ковидной инфекцией	Совершенно не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Затрудняюсь ответить	Скорее согласен, чем не согласен	Совершенно согласен
Считаю, что мой личный риск заразиться инфекционным заболеванием довольно низкий	28,1	26,3	12,0	24,4	9,2
Считаю, что вероятность, что я заражу моего пациента, довольно низкая	16,5	20,7	14,5	29,1	19,2
Предпочитаю вовремя вакцинироваться от инфекционных заболеваний	8,9	7,3	17,4	26,5	39,9
Опасаясь осложнений после вакцинации	20,7	25,7	12,1	23,4	18,1

Таблица 8. Оценки собственного здоровья

Состояние здоровья	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Очень хорошее	37	9,0	35	9,2
Хорошее	208	50,5	202	53,0
Среднее, не хорошее, но и не плохое	147	35,7	129	33,9
Плохое	7	1,7	4	1,0
Не хочу отвечать	12	2,9	10	2,6

Оценка медицинскими специалистами здоровья населения и современных проблем профилактической медицины

Таблица 9. Самооценка здоровья большинства населения, по мнению медицинских специалистов

Адекватность оценки здоровья населением	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Нейтральные	150	36,4	141	37,0
Завышенно хорошие	108	26,2	104	27,3
Адекватно плохие	44	10,7	37	9,7
Адекватно хорошие	36	8,7	33	8,7
Заниженно плохие	19	4,6	19	5,0
Затрудняюсь ответить	55	13,3	47	12,3

Таблица 10. Влияние пандемии COVID-19 на заботу о здоровье населения

Население России будет больше заботиться о собственном здоровье после окончания пандемии COVID-19?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Да, несомненно, больше	75	18,2	69	18,1
Скорее да	152	36,9	144	37,8
Скорее нет	137	33,3	123	32,3
Нет, напротив, меньше	7	1,7	6	1,6
Затрудняюсь ответить	41	10,0	39	10,2

*Таблица 11. Профилактическая медицина
в условиях пандемии COVID-19 в 2020–2021 гг.*

Насколько успешно выдержала испытание пандемией COVID-19 в 2020–2021 гг. система профилактической медицины в России (проведение плановых профилактических мероприятий, вакцинация и др.)?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Да, несомненно, система успешно выдержала испытание пандемией	42	10,2	39	10,2
В чем-то успешно, а в чем-то нет	205	49,8	189	49,6
Нет, было больше провалов и болезненных проблем	134	32,5	123	32,3
Затрудняюсь ответить	31	7,5	30	7,9

*Таблица 12. Оценка развития профилактической
медицины после окончания пандемии COVID-19 в России*

К каким последствиям может привести пандемия COVID-19 в отношении к проблеме развития профилактической медицины в России?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Профилактике заболеваний будет уделяться больше внимания	199	48,3	182	47,8
Ничего не изменится, все останется как есть	114	27,7	103	27,0
Профилактике заболеваний будет уделяться меньше внимания	50	12,1	49	12,1
Затрудняюсь ответить	42	10,2	41	10,8

Таблица 13. Реализация принципов «4-х П» в системе здравоохранения в России (данные выборки молодых специалистов, %)

Принципы развития медицины	Абсолютно невозможна	Крайне затруднительна	Возможна	Уже реализуется	Затрудняюсь ответить
Предсказательная/ предиктивная	11,5	24,4	45,7	12,9	5,5
Профилактическая/ превентивная	9,7	15,7	49,1	23,1	2,4
Персоналиизированная	10,2	25,5	49,3	9,4	5,6
Партнерская/ Партиципативная	8,1	22,6	53,0	7,1	9,2

Отношение медицинских специалистов к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации

Таблица 14. Отношение к идее оставить только один общий для всех работающих граждан медицинский осмотр — диспансеризацию, которая проводится бесплатно диспансеризацию, которая проводится бесплатно (по ее итогам можно будет давать допуски для любых работ)

Оценка предложения о едином медицинском осмотре	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Положительно, так будет удобнее для работающих граждан	244	59,2	229	60,1
Отрицательно, это усложнит процедуру диспансеризации, создаст дополнительные трудности для пациентов	103	25,0	93	24,4
Затрудняюсь ответить	54	13,1	50	13,1
Другое	11	2,7	9	2,4

Таблица 15.
 Обязательность предварительных
 и периодических медицинских осмотров
 (данные выборки молодых специалистов,%)

Название специалиста	Нужен в любом осмотре	Не нужен при обязательном осмотре (только по инициативе самого работника)	Нужен только для работников отдельных специальностей	Затрудняюсь ответить
Терапевт	95,5	4,5	-	-
Гинеколог (для женщин)	80,3	16,3	1,8	2,9
Психиатр	77,9	14,2	9,4	1,6
Окулист	70,1	17,3	13,6	1,3
Стоматолог	66,9	26,2	6,6	2,1
Нарколог	64,3	23,6	13,1	2,4
Невролог	61,9	26,8	10,5	1,6
Лор	58,0	28,3	13,6	1,3
Кардиолог	57,5	32,0	9,7	2,9
Дерматолог	54,6	33,9	9,9	3,4
Хирург	51,4	38,1	10,5	2,4
Уролог	47,8	43,0	7,1	3,1
Венеролог	40,4	43,3	12,3	7,2
Инфекционист	38,6	37,5	23,6	3,9

Таблица 16. Основные причины низкого добровольного участия населения в профилактических медицинским мероприятиях

Причины	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Слабая информированность населения	239	58,0	226	59,3
Слабая организация профилактических мероприятий в медицинских учреждениях	203	49,3	191	50,1
Культурные особенности населения с низкой ценностью отношения к здоровью	194	47,1	186	48,8
Недоверие к врачам со стороны населения	197	47,8	182	47,8
Низкая материально-техническая база для проведения медосмотров и процедур	178	43,2	168	44,1
Страх перед медицинскими процедурами и вакцинами	169	41,0	159	41,7
Кадровый дефицит в медицинских учреждениях	121	29,4	113	29,7
Затрудняюсь ответить	9	2,2	9	2,4

Таблица 17. Ответственные за привлечение населения к участию в профилактических медицинским мероприятиях

Субъекты ответственности	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Государственные и муниципальные органы власти и управления	131	31,8	120	31,5
Медицинские учреждения, проводящие профилактические мероприятия	111	26,9	104	27,3
Работодатели и/или образовательные учреждения	77	18,7	70	18,4
Никто, это дело самого человека думать о своем здоровье	72	17,5	66	17,3
Затрудняюсь ответить	13	3,2	13	3,4

Таблица 18. Удовлетворенность большинства пациентов профилактическими осмотрами и диспансеризацией

Оценка степени удовлетворенности	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Да, полностью удовлетворены	13	3,2	12	3,1
Скорее удовлетворены	82	19,9	75	19,7
В одном случае удовлетворены, в другом нет — зависит от человека, а не от процедур	169	41,0	155	40,7
Скорее не удовлетворены	111	26,9	106	27,8
Полностью не удовлетворены	10	2,4	10	2,6
Затрудняюсь ответить	26	6,3	23	6,0

Отношение медицинских специалистов к вакцинации

Таблица 19. Отношение медицинских специалистов к проблеме вакцинации от гриппа и COVID-19 (данные выборки молодых специалистов)

Позиция по каждому из приведенных ниже утверждений в отношении вакцинации от гриппа и COVID-19	Совершенно не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Затрудняюсь ответить	Скорее согласен, чем не согласен	Совершенно согласен
ГРИПП					
Риск осложнений и неблагоприятного исхода от инфекционного заболевания превышает риск осложнений от вакцинации	61 (16,0%)	62 (16,3%)	41 (10,8%)	80 (21,0%)	144 (37,8%)
Лучше иммунитет, приобретенный после болезни, чем иммунитет после вакцинации	98 (25,7%)	112 (29,4%)	65 (17,1%)	76 (19,9%)	44 (11,5%)
Положительные эффекты вакцинации (формирование иммунитета) сомнительны	162 (42,5%)	94 (24,7%)	56 (14,7%)	47 (12,3%)	34 (8,9%)
Вакцинация несет в себе высокий риск осложнений	131 (34,4%)	134 (35,2%)	60 (15,7%)	39 (10,2%)	21 (5,5%)
В целом можно доверять информации о вакцинах, полученной из официальных источников	31 (8,1%)	64 (16,8%)	71 (18,6%)	120 (31,5%)	100 (26,2%)
Лица, входящие в группу риска по развитию тяжелых осложнений, должны вакцинироваться	57 (15,0%)	54 (14,2%)	51 (13,4%)	79 (20,7%)	146 (38,3%)

Продолжение табл. 19 на след. стр.

Позиция по каждому из приведенных ниже утверждений в отношении вакцинации от гриппа и COVID-19	Совершенно не согласен	Скорее не согласен, чем согласен	Затрудняюсь ответить	Скорее согласен, чем не согласен	Совершенно согласен
Лица, имеющие высокий риск заражения, должны вакцинироваться.	42 (11,0%)	29 (7,6%)	49 (12,9%)	92 (24,1%)	172 (45,1%)
COVID-19					
Риск осложнений и неблагоприятного исхода от инфекционного заболевания превышает риск осложнений от вакцинации	46 (12,1%)	46 (12,1%)	76 (19,9%)	79 (20,7%)	142 (37,3%)
Лучше иммунитет, приобретенный после болезни, чем иммунитет после вакцинации	100 (26,2%)	83 (21,8%)	89 (23,4%)	66 (17,3%)	46 (12,1%)
Положительные эффекты вакцинации (формирование иммунитета) сомнительны	104 (27,3%)	87 (22,8%)	89 (23,4%)	64 (16,8%)	41 (10,8%)
Вакцинация несет в себе высокий риск осложнений	96 (25,2%)	101 (26,5%)	104 (27,3%)	57 (15,0%)	32 (8,4%)
В целом можно доверять информации о вакцинах, полученной из официальных источников	55 (14,4%)	57 (15,0%)	102 (26,8%)	97 (25,5%)	76 (19,9%)
Лица, входящие в группу риска по развитию тяжелых осложнений, должны вакцинироваться	55 (14,4%)	47 (12,3%)	72 (18,9%)	78 (20,5%)	133 (34,9%)
Лица, имеющие высокий риск заражения, должны вакцинироваться	37 (8,9%)	36 (9,4%)	68 (17,8%)	85 (22,3%)	157 (41,2%)

Таблица 20. Санкции к отказывающимся от вакцинации

В настоящее время обсуждается вопрос о том, чтобы применять различного рода меры к тем, кто отказывается от вакцинации. Как Вы к этому относитесь?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Отрицательно, вакцинация — дело сугубо добровольное	207	50,2	188	49,3
В ряде случаев санкции могут иметь место	128	31,3	124	32,5
Положительно	39	9,5	33	8,7
Затрудняюсь ответить	27	6,6	25	6,6

Таблица 21. Ответственность родителей за вакцинацию детей

Как Вы относитесь к принуждению родителей вакцинировать детей?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Положительно, в случае отсутствия медицинских противопоказаний	189	45,9	177	46,5
Отрицательно, вакцинация — дело сугубо добровольное	173	42,0	155	40,7
Затрудняюсь ответить	40	9,7	39	10,2

Таблица 22.
 Меры в отношении родителей, отказывающихся
 вакцинировать детей

Как следует поступать с лицами, которые отказываются от вакцинации детей? (возможны несколько вариантов)	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Надо проводить с ними профилактические беседы, применять стимулирующие меры	215	52,2	200	52,5
Надо применять санкции только в случае отказа от вакцинации по отдельным опасным заболеваниям (гепатит, столбняк, туберкулез и др.)	170	41,3	160	42,0
Никак, вакцинация — это личное дело каждого, нельзя применять за это санкции	153	37,1	136	35,7
Непривитых детей надо изолировать/ на время отстранять от детского коллектива (школах, детских садах, спортивных секциях и др.)	76	18,4	71	18,6
Взрослых надо штрафовать или применять другие административные меры воздействия	57	13,8	53	13,9
Работающих надо на время отстранять от работы и/или увольнять	26	6,3	25	6,6

Таблица 23.
Ответственные за выплату компенсации в случае развития осложнений после вакцинации

Кто должен выплачивать компенсацию в случае развития осложнений после вакцинации?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Государство	144	35,0	130	34,1
По-разному, в каждом отдельном случае надлежит установить виновного	139	33,7	131	34,4
Страховая компания	50	12,1	46	12,1
Производитель вакцин	35	8,5	31	8,1
Медицинская организация в случае, если пациент был не дообследован	23	5,6	22	5,8
Затрудняюсь ответить	21	5,1	21	5,5

Таблица 24. Оценка справедливого размера компенсации в случае наступления неблагоприятных последствий вакцинации?

Виды последствий от вакцинации	0	До 100 тыс. рублей	100–300 тыс. рублей	300–500 тыс. рублей	500 тыс. – 1 млн рублей	1 – 5 млн рублей	5–10 млн рублей	Более 10 млн рублей
Летальный исход	3 (0,8%)	8 (2,1%)	5 (1,3%)	5 (1,3%)	77 (20,2%)	84 (22,0%)	36 (9,5%)	13 (3,4%)
Летальный исход ребенка	3 (0,8%)	7 (1,8%)	4 (1,0%)	4 (1,0%)	54 (14,2%)	94 (24,7%)	30 (7,9%)	45 (11,8%)
Инвалидизация	3 (0,8%)	13 (3,4%)	9 (2,4%)	26 (6,8%)	72 (18,9%)	74 (19,4%)	19 (5,0%)	18 (4,7%)
Инвалидизация ребенка	3 (0,8%)	9 (2,4%)	5 (1,3%)	13 (3,4%)	66 (17,3%)	74 (19,4%)	33 (8,7%)	30 (7,9%)
Временная потеря трудоспособности	3 (0,8%)	54 (14,2%)	36 (9,4%)	51 (13,4%)	40 (10,5%)	24 (6,3%)	4 (1,0%)	9 (2,4%)

Таблица 25. Цели вакцинации

Чьим интересам наиболее отвечает введение государством мер, направленных на повышение процента вакцинированных лиц?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Достижение определенного уровня иммунизации требуется в интересах лиц, принадлежащих к наиболее уязвимым категориям по возрасту и/или состоянию здоровья	238	57,8	224	58,8
Интересам всего общества	181	43,9	168	44,1
Интересам каждого вакцинируемого	106	25,7	104	27,3
Интересам фармацевтических компаний	86	20,9	78	20,5
Затрудняюсь ответить	50	12,1	46	12,1

Таблица 26. Отношение к обязательности вакцинации для медицинских работников

Должна ли вакцинация быть обязательной для медицинских работников?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Да, медицинские работники должны вакцинироваться	164	39,8	154	40,4
Да, но только от ряда наиболее опасных заболеваний	91	22,1	87	22,8
Нет, это личное решение каждого врача	81	19,7	73	19,2
Да, но только в ситуации неблагоприятной эпидемиологической обстановки	58	14,1	52	13,6
Затрудняюсь ответить	18	4,4	15	3,9

Правовые проблемы профилактической медицины в оценках медицинских специалистов

*Таблица 27.
Насколько защищены права
пациента в России при прохождении профилактических
медицинских осмотров и вакцинации*

Степень защищенности прав	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Да, в достаточной мере защищены	115	27,9	112	29,4
В чем-то в достаточной, а в чем-то нет	185	44,9	171	44,9
Нет, не защищены должным образом	69	16,8	56	14,7
Затрудняюсь ответить	43	10,4	42	11,0

*Таблица 28.
Дополнительные меры защиты прав пациентов
при прохождении ими профилактических медицинских мероприятий*

Меры защиты прав пациентов	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Сделать более широким выбор медицинских услуг и организаций для проведения профилактических медицинских мероприятий	194	47,1	179	47,0
Усилить информирование о возможных рисках здоровью при прохождении медицинских осмотров и вакцинации	122	29,6	116	30,4
Увеличить суммы страховых выплат в случае причинения вреда здоровью и смерти пациента	56	13,6	50	13,1
Затрудняюсь ответить	30	7,3	29	7,6

*Таблица 29.
Допустимость установки камер видеонаблюдения
в кабинетах врача/процедурных кабинетах*

Мнение об установке камер	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Да	94	22,8	91	23,9
Затрудняюсь ответить	54	13,1	53	13,9
Нет	254	61,7	227	59,6

*Таблица 30.
Допустимость включения ряда процедур
в обязательных профилактические осмотры*

Вид медицинского вмешательства	Да	Нет	На выбор самого человека, без негативных санкций для него	Затрудняюсь ответить
Инвазивные процедуры, причиняющие боль и/или создающие риски причинения вреда (например, ФГДС)	12,6	27,6	56,8	3,0
Осмотры закрытых частей тела человека (например, гинекологические, венерологические осмотры)	25,9	22,4 %	45,9	5,8

Таблица 31.

Отношение к предложению о направлении кандидатов на получение (продление) прав управления автомобилем на химико-токсикологические исследования на алкоголизм и наркоманию

Как необходимо решать вопрос о направлении кандидатов на получение (продление) прав управления автомобилем на дорогостоящие химико-токсикологические исследования на алкоголизм и наркоманию?	Вся выборка		Молодые специалисты	
	N	%	N	%
Надо всех направлять, это исключит получение прав лицами, страдающими алкоголизмом и наркоманией	200	48,5	184	48,3
Надо направлять только тех лиц, в отношении которых есть основания считать, что они страдают соответствующими заболеваниями	171	41,5	160	42,0
Никого направлять не надо, и без этих исследований понятно, какие лица страдают указанными заболеваниями — это вымогательство денег у населения	21	5,1	17	4,5
Затрудняюсь ответить	17	4,1	17	4,5





СОЦИАЛЬНЫЕ, КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ
И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ В.Ф. ЩЕПЕЛЬКОВА

Центр современной литературы и книги на Васильевском

978-5-94422-153-7



Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии “Турусел”.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Подписано в печать 05.12.2022 г.

Тираж 100 экз. Объем 29 п.л. Заказ №14000.