

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»
Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Конституционное и административное право»

(наименование)

40.05.01 Правовое обеспечение национальной безопасности

(код и наименование направлению подготовки / специальности)

Государственно-правовая

(направленность (профиль) / специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (ДИПЛОМНАЯ РАБОТА)

на тему «Правовое регулирование противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям»

Обучающийся

М.А. Савельева

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.ю.н., А.В. Моисеев

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Аннотация

Актуальность исследования проблем противодействия социально опасным заболеваниям в настоящее время сомнений не вызывает. В обстоятельствах демографического кризиса именно они обуславливают высокую преждевременную смертность, инвалидизацию граждан, возникновение у них сопутствующих болезней. Они наносят колоссальный ущерб социуму и государству, провоцируют рост уголовно-наказуемых деяний, создают препятствия для общественного развития, а, следовательно, нуждаются в эффективном противодействии со стороны государства и его отдельных структур.

Цель исследования состоит в комплексном анализе различных аспектов противодействия социально опасным заболеваниям, в выявлении проблемных вопросов нормативного обеспечения такого противодействия, и определении направлений совершенствования правового регулирования данной сферы.

Новизна исследования обуславливается тем, что в нем с учетом последних законодательных изменений, проведен анализ современных проблем в сфере борьбы с опасными для общества заболеваниями, в первую очередь, проблем правового регулирования и организационных. В результате чего был предложен ряд мер по оптимизации противодействия указанным заболеваниям, а также предложено внесение соответствующих изменений в нормативные правовые акты.

Теоретическое и практическое значение исследования обусловлено тем, что на сделанные в нем выводы можно опираться при проведении последующих научных исследований, нацеленных на устранение проблем борьбы с социально опасными болезнями. Также ряд теоретических выводов можно использовать при составлении лекций, учебных пособий и иной вспомогательной литературы.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы. Включает в себя 76 страниц текста и 55 источников.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретико-правовой анализ ВИЧ и других социально опасных заболеваний.....	8
1.1 История становления и развития законодательства о противодействии ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям..	8
1.2 Понятие и система социально опасных заболеваний и их отличие от социально значимых заболеваний.....	14
1.3 Социальная обусловленность ВИЧ и других социально опасных заболеваний	23
Глава 2 Организационно-правовые основы противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям	32
2.1 Система законодательства в сфере противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям	32
2.2 Организационные основы противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям	42
Глава 3 Актуальные проблемы и практика реализации государственных гарантий соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных и лиц, страдающих другими социально опасными заболеваниями	50
3.1 Медицинская помощь лицам, страдающим ВИЧ и другими социально опасными заболеваниями.....	50
3.2 Социальная поддержка лиц, страдающих социально опасными заболеваниями и лиц, подвергающихся заражению социально опасными заболеваниями.....	58
Заключение	65
Список используемой литературы и используемых источников.....	69

Введение

Актуальность исследования проблем противодействия социально опасным заболеваниям в настоящее время сомнений не вызывает. В обстоятельствах демографического кризиса именно они обуславливают высокую преждевременную смертность, инвалидизацию граждан, возникновение у них сопутствующих болезней. Они наносят колоссальный ущерб социуму и государству, провоцируют рост уголовно-наказуемых деяний, создают препятствия для общественного развития, а, следовательно, нуждаются в эффективном противодействии со стороны государства и его отдельных структур.

В качестве главной проблемы следует рассматривать то, что хотя последствия распространения социально значимых болезней очевидны, предпринимаемые меры по их искоренению недостаточно эффективны. Это связано с неполной изученностью особенностей рассматриваемых заболеваний, ошибочным восприятием факторов роста их количества, существованием практических проблем в осуществлении разработанных мер противодействия.

Сегодня тенденции распространения опасных для общества заболеваний связаны со многими факторами, среди которых демографические, культурно-поведенческие, социально-политические, социально-экономические и др. Большую роль при этом имеют последствия урбанизации, в связи с которыми возросло число граждан, проживающих в городах, возросла конкуренция на рынке труда и увеличились потребности в получении медицинской помощи.

Между тем правовое регулирование противодействия социально опасным заболеваниям имеет множество недостатков, которые требуют скорейшего устранения. В частности, список лиц, подвергаемых освидетельствованию на ВИЧ, довольно мал, и его нужно пополнить новыми категориями, поскольку многие носители вируса не знают об этом. В процессуальном законодательстве отсутствуют нормы, детально

регламентирующие производство по делам о госпитализации граждан, больных СОЗ. Кроме того, судебные приставы-исполнители не наделены компетенцией по розыску лиц, имеющих СОЗ и др.

Отдельные аспекты борьбы с социально опасными заболеваниями затронуты в работах таких авторов, как: Н.В. Антонова, Ш.Ф. Габбасов, С.А. Губина, Н.А. Закоркина, Д.В. Заславский, М.А. Иванова, П.В. Лебедев, Т.Н. Никитина, С.М. Смбатян, Л.В. Ставропольская, Г.Б. Третьяков, Е.Я. Фролова, А.Н. Хисамутдинов и др.

Между тем несмотря на то, что сделано множество нормативных изменений, поменялись тенденции распространения таких видов заболеваний, в последние годы не выполнено работ, посвященных исследованию все еще имеющихся проблем правового регулирования противодействия этим негативным явлениям.

Объектом настоящего исследования выступают общественные отношения, в которых участвуют субъекты в процессе противодействия распространению социально опасных заболеваний.

Предметом работы выступили нормы отечественного законодательства, посредством которых регламентируются отношения, связанные с противодействием ВИЧ и иным заболеваниям, признанным социально опасными.

Цель исследования состоит в комплексном анализе различных аспектов противодействия социально опасным заболеваниям, в выявлении проблемных вопросов нормативного обеспечения такого противодействия, и определении направлений совершенствования правового регулирования данной сферы.

Исходя из указанной цели был сформирован комплекс первоочередных задач исследования:

- рассмотреть историю становления и развития законодательства о противодействии ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям;
- охарактеризовать понятие и систему социально опасных заболеваний, и их отличие от социально значимых заболеваний;

- определить социальную обусловленность ВИЧ и других социально опасных заболеваний;
- исследовать систему законодательства в сфере противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям;
- провести анализ организационных основ противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям;
- установить особенности медицинской помощи лицам, страдающим ВИЧ и другими социально опасными заболеваниями;
- выявить меры социальной поддержки лиц, страдающих социально опасными заболеваниями и лиц, подвергающихся заражению социально опасными заболеваниями.

Новизна исследования обуславливается тем, что в нем с учетом последних законодательных изменений, проведен анализ современных проблем в сфере борьбы с опасными для общества заболеваниями, в первую очередь, проблем правового регулирования и организационных. В результате чего был предложен ряд мер по оптимизации противодействия указанным заболеваниям, а также предложено внесение соответствующих изменений в нормативные правовые акты.

Методология исследования базируется на ряде общенаучных методов, таких как: систематизация, синтез и анализ, логический, сравнение, абстрагирование и др. Также применены частно-научные методы: сравнительно-правовой, юридического толкования, исторический, формально-юридический, правового моделирования и др.

Теоретическое и практическое значение исследования обусловлено тем, что на сделанные в нем выводы можно опираться при проведении последующих научных исследований, нацеленных на устранение проблем борьбы с социально опасными болезнями. Также ряд теоретических выводов можно использовать при составлении лекций, учебных пособий и иной вспомогательной литературы.

Рекомендации, сделанные по итогам работы, можно использовать в целях совершенствования нормативного регулирования, а, соответственно, повышения эффективности противодействия опасным для общества заболеваниям.

Нормативную базу работы составили положения Конституции РФ, ряда Федеральных законов («Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ», «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения») и подзаконных актов, актов стратегического планирования, разработанных для борьбы с опасными для общества болезнями.

Теоретической основой исследования послужили работы таких ученых, как: С.И. Бояркина, О.А. Воропинова, Д.В. Горфин, Э. Дюркгейм, Э.И. Кафеева, И.Н. Киселева, Е.А. Малышев, М.Г. Москвичева, А.В. Нестеренко, Л.В. Панова, Н.В. Путило, М.В. Радзиховская, И.В. Рывкина, С.А. Солдатенко, Ф.Р. Филатов, Д.К. Ходоренко, А.А. Чистяков.

Структура работы выстроена в соответствии с поставленной целью и задачами. Она включает введение, три главы, охватывающие семь параграфов, а также список используемой литературы и используемых источников.

Глава 1 Теоретико-правовой анализ ВИЧ и других социально опасных заболеваний

1.1 История становления и развития законодательства о противодействии ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям

Политика государства в XVIII–XIX вв. в области оказания медицинской помощи не имела ясных очертаний и во многом являлась спонтанной. В большинстве действующих лечебных учреждений не имелось необходимого оснащения, должного количества медицинских сотрудников, в связи с чем они пришли в упадок. Лишь в XIX столетии нарушения в сфере «народного здоровья» стали учитываться и караться. В основном, такие нарушения были связаны с засорением воды, предназначенной для хозяйственного пользования, игнорированием мер предосторожности, влекущем распространение опасных заболеваний и др. Практические действия, направленные на противодействие таким заболеваниям и эпидемиям, обуславливались работой местного самоуправления в данной сфере.

На отечественное законодательство конца XIX столетия значительно влияло проведение санитарных конференций межгосударственного уровня, именно они способствовали введению в него новых положений в области санитарии и здравоохранения. Итогом проведения таких конференций стало закрепление общенациональных санитарных мер. В частности, были совершенствованы портовые санитарные нормы, определены карантинные сроки, разработаны мероприятия по борьбе с опасными болезнями, расширена компетенция карантинных учреждений. Фундаментом деклараций, принимаемых в дальнейшем Всемирной организацией здравоохранения, послужили именно санитарные конвенции.

В период XVIII–XIX веков эволюционировали подходы к нормативной регламентации общественного санитарно-эпидемиологического благополучия. Борьба с эпидемиями и опасными заболеваниями

совершенствовалась от таких мер, как принесение животворящего креста и молитвы [50, с. 487] к введению карантинных мер (Устав пограничных и портовых карантинных 1800 г.), закреплению пропускного режима (например, Сенатский указ 1738 г. «О мерах к пресечению прилипчивой болезни»), исследованию заболеваний (Высочайше утвержденное положение Комитета министров от 18.08.1842 «Об отправлении врачей на восток для изучения чумной заразы»). Стоит отметить, что почти все предпринимаемые меры в сущности были не медицинскими, а санитарно-гигиеническими и административными, поскольку были направлены на ограничение контактов с зараженными гражданами и материальными объектами, введение карантинных, ликвидацию зараженных вещей, а также по возможности, их обработку от заразы, отграничение здорового населения от зараженных лиц, недопущение скопления граждан, запрет на поставку продукции с зараженных территорий. Тем не менее, стоит отметить, что в XIX веке так и не была сформирована целостная правовая база по противодействию опасным болезням.

Что касается ВИЧ-инфекции, то в нашей стране до 80-х гг. XX века она в основном рассматривалась в качестве болезни, актуальной для западных стран, поскольку предполагалось, что ей подвержены исключительно лица, не имеющие места жительства, употребляющие наркотические средства, имеющие нетрадиционную сексуальную ориентацию, а также занимающиеся проституцией.

На одной из конференций действующий в тот период министр здравоохранения Е. Чазов отметил, что для распространения ВИЧ в СССР нет оснований, поскольку у нас отсутствует сфера коммерческих сексуальных услуг, а также наркозависимость [12].

Заражение ВИЧ-инфекцией в нашей стране впервые зафиксировано у африканских студентов, и это потребовало принятие приказа Минздрава СССР от 10.06.1985 N 776 «Об организации поиска больных СПИДа и контроле доноров на наличие возбудителя СПИД» [31]. В этом документе был установлен обязательный порядок анализа на ВИЧ-инфекцию лиц,

являющихся донорами, гражданами иных государств, а также вернувшихся из-за рубежа советских граждан. Примечательно, что этот подход к анализу на ВИЧ отчасти актуален и для нынешнего периода, поскольку сегодня в него также входит принцип добровольного тестирования и увеличен круг подлежащих обследованию лиц.

К 1987 году установилась полноценная для того периода политика борьбы с ВИЧ-инфекцией на уровне всего СССР. Ее основные направления предусматривали:

- увеличение случаев обследования граждан и доноров;
- привлечение к ответственности в порядке уголовного судопроизводства за заражение ВИЧ-инфекцией;
- реализацию при каждом факте заражения соответствующего эпидемиологического расследования;
- предотвращение очагов заражения в лечебных учреждениях и заражений ВИЧ в результате медицинских манипуляций;
- депортацию в отношении иностранцев с ВИЧ-инфекцией;
- распространение информации об угрозе ВИЧ-инфекции в обществе и соответствующих профилактических мерах.

Во многом эти меры способствовали предотвращению масштабного инфицирования лиц с гемофилией и вспышек заражения в лечебных учреждениях.

В 1988 г. на территории нашего государства было обнаружено три десятка носителей ВИЧ, и соответственно, возникла необходимость оптимизации противоэпидемических мер, а заболевшим потребовалась медицинская помощь должного уровня. Также стало целесообразным осуществление целенаправленной пропаганды и информирования населения по аспектам профилактики инфекции. В связи с этим была сформирована единая служба по профилактике и борьбе со СПИДом.

Принимая во внимание «угрозу распространения ВИЧ-инфекции на территории СССР Приказом Минздрава СССР от 16 марта 1989 г. № 173 «О создании центров по предупреждению и борьбе со СПИД» и Приказом Минздрава СССР от 10 апреля 1989 г. № 239 «Об организации службы профилактики СПИД в СССР» было определено создание Центров по профилактике и предупреждению СПИДа, которые должны были выполнять функцию профилактики, диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией и не допустить дальнейшего распространения заболевания.

Всего на конец 1989 г. в стране было зарегистрировано 485 случаев ВИЧ-инфекции среди иностранных граждан. Почти половина из них приходилась на Москву, а остальные – на Одессу, Киев, Минск, Ленинград и другие города СССР, где и были организованы Центры СПИДа» [33, с. 120].

Хотя обострение проблемы в стране было очевидно, на уровнях республик и их регионов медицинские учреждения недостаточно серьезно рассматривали угрозу распространения ВИЧ. Это касалось и органов здравоохранения. Не было организовано достаточное число диагностических лабораторий, не осуществлялось полноценное обследование уязвимых контингентов, не обеспечивался должный контроль за соответствием противоэпидемических мер в учреждениях здравоохранения. Хотя и был принят Приказ Минздрава РСФСР от 24.04.1989 N 62 «Об организации службы профилактики СПИДа в РСФСР» [30], полномочия по проведению разъяснительной деятельности в отношении населения четко установлены не были.

К концу 1989 г. в РСФСР установлена была структура вышеуказанной службы, но на уровне регионов эта деятельность реализована была ненадлежащим образом. Резонансным случаем, произошедшим в 1994 г., был тот, когда при введении наркотиков посредством внутривенных инъекций заразились более десятка человек. Прошло менее двух лет и можно было констатировать, что ВИЧ-инфекция прочно укрепилась среди

наркозависимых граждан, и в начале нынешнего века распространение болезни обрело взрывной характер.

Вплоть до 1995 г. в нашей стране отсутствовали официальные акты, регламентирующие правовое положение лиц с ВИЧ инфекцией, не гарантировалась их недискриминация, не предусматривалось для них никаких государственных гарантий. В 1995 г. вступил в силу Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ, в рамках которого было особо отмечено, что обусловленная ВИЧ хроническая болезнь динамично распространяется в пределах всего мирового пространства, в связи с чем представляет угрозу обществу, отдельным гражданам, безопасности государств, а также человечеству в целом [47].

В настоящее время государственными органами распространяется информация об эффективных профилактических мерах, гарантируется осуществление эпидемиологического надзора, обеспечивается доступность обследования на носительство ВИЧ-инфекции, а также бесплатная медицинская помощь всем зараженным ВИЧ россиянам согласно программы государственных гарантий предоставления такой помощи.

Сегодня медицинская помощь гражданам, больным ВИЧ, оказывается исходя из Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ, в котором фундаментальным принципом установлен добровольный порядок получения медицинской помощи. Это способствует тому, что заболевшие ВИЧ могут избегать необходимого им лечения, а, соответственно, служить постоянным источником распространения данного заболевания.

Не проведение лечения способствует появлению иных сопутствующих болезней, инвалидности, а также летальному исходу зараженного ВИЧ. Хотя имеются рекомендации ВОЗ, касающиеся расширения охвата АРТ больных ВИЧ, в качестве главного инструмента искоренения ВИЧ к 2035 году, сегодня на нормативном уровне в нашей стране отсутствует установленная ответственность больного за лечение и итог его, несмотря на то, что

государством ему бесплатно предоставляются необходимые лекарственные препараты.

Одновременно, в соответствии с Перечнем социально значимых заболеваний (далее – СЗЗ) и Перечня заболеваний, опасных для окружающих (в целях настоящей работы – социально опасных заболеваний (СОЗ), содержащихся в Постановлении Правительства РФ N 715 от 01.12.2004 г. [26], ВИЧ-инфекция, а также туберкулез отнесены к обоим видам заболеваний. В отношении туберкулеза стоит отметить, что в законодательстве установлена ответственность носителей этой инфекции за игнорирование врачебных назначений и несоблюдение санитарно-гигиенических правил, которые предусмотрены для этих лиц [45].

Полагаем, что тестированием на ношение ВИЧ необходимо охватить как можно больше населения, в связи с чем целесообразно в Федеральном законе от 30.03.1995 N 38-ФЗ закрепить дополнительные категории граждан, для которых освидетельствование было бы обязательным. Представляется, что обязательному освидетельствованию необходимо подвергать:

- лиц, осужденных к лишению свободы, при их выбытии из пенитенциарных учреждений;
- сексуальных партнеров беременных;
- граждан, на которых возложена административная ответственность за занятие проституцией и за получение от нее дохода;
- привлекаемых к уголовной ответственности за вовлечение в занятие проституцией, а равно совершивших деяния, направленные против половых неприкосновенности и свободы.

Поскольку СОЗ, и в частности ВИЧ, оказывают негативное влияние на общественно-экономические и демографические показатели, для оптимизации и бесперебойной реализации профилактической деятельности, направленной на борьбу с распространением этих заболеваний, целесообразно на

законодательном уровне урегулировать особенности функционирования региональных Центров профилактики СОЗ.

1.2 Понятие и система социально опасных заболеваний и их отличие от социально значимых заболеваний

В работах современных исследователей можно встретить весьма схожие по звучанию термины, под которыми рассматриваются конкретные виды заболеваний. Среди этих понятий: «социально обусловленные заболевания», «социально значимые заболевания», «социально опасные заболевания», «социальные заболевания». На использование того или иного термина, помимо прочего, влияет тот фактор, в какой именно научной сфере он применяется: в праве, в социологии, в медицине и др. В то же время, установить явные различия в содержании указанных понятий, получить представление о конкретных болезнях, охватываемых той или иной категорией, весьма затруднительно.

В этой связи невозможно сразу осознать, непосредственно какое негативное явление в отдельном случае имеется ввиду, какие меры противодействия в конкретном случае были бы оптимальны.

В среде медиков под понятием «социальные заболевания» подразумевают отдельный комплекс болезней (как правило, инфекционных), наступающих при заражении и локализующихся в теле. К их числу, в частности, причисляют чуму, туберкулез, СПИД, холеру, венерические заболевания, малярию и др. Тенденция их отнесения к «социальным» наметилась еще в период СССР, в обстоятельствах негативного отношения к буржуазному обществу. В соответствии с убеждениями составителей Большой советской энциклопедии, ими являются болезни людей, обретение которых обусловлено воздействием отрицательных режимов социально-экономического строя, в первую очередь социальным неравенством и классовыми особенностями. С данного ракурса социальными

рассматривались такие заболевания, как туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, наркотическая зависимость, ревматизм, рахит и прочие недуги, обусловленные несовершенством питания.

Д. Горфин – составитель (один из них) медицинской энциклопедии СССР, придерживался позиции, что при широком охвате в комплекс социальных заболеваний нужно включить те профессиональные болезни, чья вспышка вызвана факторами капиталистического производства (увеличенная продолжительность рабочего дня, низкий уровень охраны труда, тяжелый труд) [8]. Высказывалось мнение, что в целях искоренения социальных заболеваний следует свести к минимуму социальное неравенство и возможность эксплуатации. Кроме того, считалось неоспоримым, что с большим распространением социалистического строя такие болезни будут полностью ликвидированы [8].

Как мы можем увидеть, в подходах исследователей имелась идеологическая подоплека, сохранялась явная тенденция причисления «социальных заболеваний» к болезням организма человека, а также к болезням, вызываемым социальными причинами. Тем не менее, признавать постоянное существование таких факторов и свойственную им эволюцию, отечественные исследователи не желали.

Схожий подход к социальным заболеваниям можно наблюдать в социальной медицине нынешнего периода. Например, один из исследователей в своем труде, выпущенном в 2011 году, попросту фактически позаимствовал дефиницию из советской энциклопедии [38, с. 45]. Стоит отметить, что автор также приравнивает термины социальные и социально обусловленные заболевания, рассматривая их в качестве синонимов.

В сфере педагогики и психологии социальными заболеваниями рассматривают недуги, появление которых преимущественно обусловлено социальными факторами, такими как: войны, социальные конфликты, нищета, бездомность, алкозависимость и др. [39]. Как видно, любая из указанных причин обладает отрицательной социальной тенденцией, и представляется,

что непосредственно в этом и заключается несовершенство дефиниции, ведь обусловить какое-либо заболевание, помимо социального неблагополучия, может и определенный этап исторического развития. Однако, составители словаря указывают, и с этим следует согласиться, что лечение подобных заболеваний, несмотря на значимость для конкретных пациентов, необходимо выстраивать с опорой на оптимизацию системы социальных отношений в целом.

Поскольку нас в первую очередь интересует медико-правовая сфера, то как раз здесь используются такие категории, как «болезни, представляющие опасность для окружающих» (мы считаем этот термин аналогичным социально-опасным болезням) и «социально значимые болезни». Эти конструкции упоминаются, в первую очередь, в рамках Постановления Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» [27]. В упомянутом акте никаких родовых критериев указанных болезней не указывается. Представляется, что во вторую категорию включены болезни, провоцирующие опасения в связи с их преимущественным преобладанием у трудоспособных граждан (гепатиты С и В, туберкулез, сахарный диабет, ВИЧ, половые инфекции, онкологические опухоли, психические расстройства и др.), поэтому они социально значимы. В первую же категорию помещены болезни, благодаря своей природе (инфекционной, вирусной) которые способны быстро распространяться и передаваться между людьми, а, соответственно, они провоцируют масштабные заражения (ВИЧ, вирусные лихорадки, гельминтозы, гепатит В, гепатит С, дифтерия, лепра, малярия, педикулез, сибирская язва, туберкулез, холера, чума и др.). В то же время, некоторые заболевания законодатель отнес и к той, и к другой категории.

Наряду с вышеотмеченным Постановлением Правительства РФ виды СЗЗ помещаются в сборники, содержащие статистические сведения, которые отражают масштаб их распространения. Эти сборники состояются и

выпускаются при поддержке Минздрава России [10]. Например, в последнем из таких сборников социально значимыми назвали следующие болезни: онкологию, ВИЧ, психические расстройства, половые инфекции, наркоманию, травмы, туберкулез. В рамках некоторых исследований к комплексу СЗЗ отнесены профессиональные заболевания, которыми страдают лица под влиянием негативных факторов производства.

Тем не менее, следует констатировать, что ни в одном официальном источнике не содержится единых дефиниций СЗЗ и СОЗ. В связи с этим остается лишь предполагать, что СЗЗ – это те болезни, которые вызваны социально-экономическими факторами, влекут большой вред социуму и государству, а также требуют применения мер по предоставлению социальной защиты заболевшему.

В социологических исследованиях понятие «социально значимые заболевания» стало употребляться с XIX столетия, когда стало активно эволюционировать промышленное производство. В то период некоторые болезни получили большое распространение, поскольку были вызваны тяжким трудом и плохими бытовыми условиями. Большой процент заболевших подобными болезнями также обусловлен отсутствием медицинской помощи должного уровня. Со временем термин «социальные болезни» стал употребляться в социально-гуманитарных исследованиях, и предметная область охватываемых им явлений оказалась увеличенной. В частности, в трудах, посвященных проблемам демографии, стала употребляться конструкция «заболевания социального неблагополучия», и она имела очевидные совпадения с преимущественно медицинским термином «социальные заболевания». В то же время в демографии, в качестве «заболеваний социального неблагополучия» рассматривали, как правило, болезни не только инфекционной природы. Помимо ВИЧ и туберкулеза к их кругу причисляют алкогольную зависимость, токсикоманию, наркотическую зависимость и др.

В настоящее время стремление к полноценному раскрытию категории «социальные заболевания» можно наблюдать в большей части в социологических исследованиях. Тем не менее, и тут не наблюдается явного разграничения телесных недугов и нравственных отклонений, как правило, свойственных таким подобным болезням. Например, Р.В. Рывкина утверждает, что социологи, чьи работы посвящены социальным заболеваниям, сталкиваются с таким их видом, которые помимо человеческого тела присущи обществу – отдельным группам граждан [36, с. 45]. С ее точки зрения, понятие «болезни социального неблагополучия» входят в категорию «социальных заболеваний», и их не следует считать тождественными. Последние включают еще и те отклонения, что с медицинской точки зрения вовсе не выступают заболеваниями. Поскольку к «социальным болезням» автор относит в т. ч. безработицу, расизм, игроманию и прочие разные по природе негативные явления, комплекс этих «болезней» существенно увеличивается в масштабах. По нашему мнению, охват отдельной категорией явлений различной природы, не вполне адекватно выражает суть этой категории, а, следовательно, не помогает в выработке направлений по борьбе с соответствующими негативными явлениями.

В науке существует убеждение, что в качестве значимого критерия «социального заболевания» следует рассматривать его локализацию не в организме, а в социуме [37, с. 40]. Исследуя общественный организм, оценивать и учитывать необходимо не физическое его состояние, а нравственное [37, с. 94]. «Больной социум» — это противоположность «социума здорового», и если первое явление характеризовать с аспекта человеческих благ и ценностей, то его социальная жизнь видится патологичной.

Состояния социума в определенный период характеризовал Э. Дюркгейм, и он в своих работах нередко использовал характеристики, которые больше присущи сфере медицины. Ученый характеризовал выражение стресса, социальной тревожности и разочарования, испытываемых

не отдельным индивидуумом, а как явления, отражающие упадок социальных отношений [9, с. 245].

Известный ученый Э. Фромм, также весьма интересно рассматривал социальные заболевания. Например, как признак их объективизации он признавал рамки социальной терпимости. Исходя из этого, некоторые психологические особенности поведения и характера человека, такие как развращенность, жадность и др. исследователь рассматривал в качестве форм сумасшествия, психических заболеваний, которые в социуме оказались признаны. Стоит отметить, что «Концепция системы государственно-общественного управления здравоохранением РФ воспроизводит ряд тезисов вышеуказанного ученого. В ней, в частности, отмечено, что такие социально детерминированные явления указывают на недуг всего общества. В свою очередь, его антиподом рассматривается «общественное здоровье», выраженное в «политически, экономически и технологически достижимом состоянии адаптированности населения к существующим условиям окружающей среды, содействующее воспроизводству здоровых поколений» [17].

Представляется, что такая точка зрения по поводу дефиниции «общественного здоровья» обладает рациональным началом, поскольку общество сталкивается с необходимостью трансформации основ его жизнедеятельности. В этом случае «общественное здоровье» становится обособленным предметом анализа, и даже научной дисциплиной с ярко выраженной прикладной направленностью, цель которой состоит в исследовании воздействия социально-бытовых и внешних факторов на физиологию человека, а также в избрании наиболее эффективных социальных и медицинских профилактических мер, нацеленных на общественное оздоровление и оптимизацию социально-медицинской сферы. Имеет значение тот факт, что «общественное здоровье» исследует жизнедеятельность не конкретных представителей общества (как это делает клиническая медицина), а отдельных категорий граждан либо всего социума.

Еще раз обратимся к точке зрения И.В. Рывкиной о том, что социальные болезни выражены в особенностях поведения отдельных групп населения, имеющих место при конкретных жизненных обстоятельствах. Другими словами, социальные болезни – это поведенческие деформации, которые негативно влияют на жизнь людей [37, с. 34].

Полагаем, что здесь необходимо сделать ряд уточнений. В частности, разговор должен вестись не о конкретных лицах и их психическом (физическом) здоровье, а о деформациях поведения социальных групп, поскольку лишь тогда эти деформации станут обладать признаками социального явления, отражающего состояние всего социума. Кроме того, применять для характеристики общественных состояний термины «заболевание» и «здоровье», возможно исключительно в переносном смысле, т.к. излишнее такое применение обуславливает путаницу в категориях и обозначаемых ими явлениях.

В то же время, когда имеется в виду здоровье конкретной группы граждан или личности, то представляется, что категория «социально обусловленные болезни» способна наиболее полноценно отразить суть явления, выраженного в появлении болезни под влиянием социальных факторов. Отталкиваясь от дефиниции болезни, которую привел Ф.Р. Филатов [49, с. 29], «социально обусловленными болезнями» необходимо рассматривать объективные, узнаваемые по конкретным критериям, влияющие на жизнедеятельность личности отклонения в ее психическом или физическом развитии, чье появление вызвано различными социальными факторами.

Отрицательное значение этих факторов в большей степени видно тогда, если они сами выступают отражением проблемного состояния обособленных общественных составляющих либо всего социума. Если распространение рассматриваемых отклонений происходит активно, то заболевания, без учета их природы, начинают носить массовый характер. Стоит отметить, что объем распространения заболевания и уровень его социальной обусловленности

взаимозависимы, поскольку чем больше причины болезни социально детерминированы, тем больше граждан будут ею затронуты.

Если рассматривать проблему с такого ракурса, то социально обусловленными заболеваниями можно считать наркотическую зависимость, расстройства психики различной этиологии, алкоголизм и др. Следует учитывать, что локализуются они непосредственно в человеческом организме, и причиняют значительный ущерб его состоянию. Рассматриваемые отклонения, как правило, выражаются в различных зависимостях, в первую очередь, несущих вред для психики и нервной системы, но косвенно способных отразиться на физиологическом состоянии. В частности, с медицинского аспекта алкогольная зависимость является разновидностью наркотической, которой свойственно чрезмерное пристрастие к спиртосодержащей продукции, чье употребление ведет к заболеваниям различных органов. Психопатологические дисфункции (например, анорексия) в настоящее время также широко распространены, и почти все из них вызваны навязчивыми идеями и установками.

Как видно, в дефинициях «социально обусловленного заболевания» как правило содержится сопоставление отклонений от нормы. В свою очередь «нормой» является состояние, не ограничивающее свободу жизнедеятельности и развития человека.

Итак, категорию «социальные заболевания» нецелесообразно использовать в отношении болезней, локализующихся в организме конкретной личности либо группы граждан. Исходя из этого можно говорить, что обусловленные социальными факторами дисфункции психического или физического состояния личности, делают проблемной жизнедеятельность отдельного человека и способствуют возникновению явления, которое целесообразно рассматривать в качестве «социально обусловленного заболевания». Когда социальные факторы отдельного рода порождают отклонения у большого количества граждан, то последние обретают массовость, становятся массовыми заболеваниями. Рассматривать

распространение этих заболеваний в качестве «эпидемии» возможно только в переносном смысле, так как здесь имеются ввиду неинфекционные болезни. Вызванные социальными факторами массовые болезни мешают нормальной жизнедеятельности как конкретных людей, так и всего социума.

По нашему мнению, главным признаком, способствующим разграничению «социально обусловленной массовой болезни» и других распространенных заболеваний, выступает роль общества в их появлении. Если болезнь является инфекционной, социум только ведет к ее распространению в больших масштабах (если в регионе повышенная плотность населения, наблюдается пренебрежение санитарными нормами, нет должного эпидемиологического контроля, то инфекция, а, соответственно, и некоторые болезни, распространяются активно). Если же болезнь признана социально обусловленной, то она сама - порождение социума и некоторых особенностей его жизнедеятельности.

Социально обусловленные заболевания можно классифицировать исходя из критериев недуга:

- психические заболевания (в т. ч. профессиональное выгорание, различные психозы);
- физиологические заболевания (ВИЧ-инфекция, онкология, туберкулез, болезни сердечно-сосудистой системы и т.п.);
- психосоматические расстройства, сочетающие психические и физиологические заболевания (в частности, депрессия, хроническая усталость, при которой повышается риск появления астматического синдрома, гипертонии и др.).

Необходимо резюмировать, что в настоящее время термин «здоровье» в доктринальных исследованиях лишен исходного медицинского толкования. В результате зачастую можно обнаружить подмену терминологии, использование пересекающихся категорий, что создает препятствия для эффективной борьбы с социально опасными заболеваниями, а, соответственно, и для оптимизации правового регулирования такого

противодействия. Полагаем, что категорию «социальные болезни», которая нередко используется в целях анализа отклонений общественного развития (не имеющих связи с человеческим организмом, а локализующихся в обществе), нецелесообразно применять в исследованиях, касающихся противодействия социально опасным заболеваниям.

Таким образом представляется, что в категорию СЗЗ включены болезни, провоцирующие опасения в связи с их преимущественным преобладанием у трудоспособных граждан, поэтому они социально значимы. В категорию СОЗ помещены болезни, благодаря своей природе (инфекционной, вирусной) способные к быстрому распространению и передаче между людьми, а, соответственно, провоцирующие масштабные заражения.

Полагаем, что необходимо нормативно закрепить дефиниции таких категорий, как «социально опасные заболевания» и «социально значимые заболевания», это позволит избежать излишних научных дискуссий и практических проблем.

1.3 Социальная обусловленность ВИЧ и других социально опасных заболеваний

Распространенность СОЗ во многом обусловлена различными неравенствами, которые имеют место на всех ступенях социальной организации. Они могут быть вызваны особенностями материальной среды, статусными, культурными детерминантами и др. Различия статусного характера отражают доступность ресурсов для поддержки здоровья, обуславливают возникновение неравенства в данной сфере, а также несбалансированное распределение рисков, связанных с преждевременной смертностью [53, с. 471].

Из анализа иностранных источников можно сделать вывод о существовании двух преобладающих подходов к исследованию социального дисбаланса в сфере здравоохранения:

- субъективистский, применяемый, как правило, в психологии и медицине, и исходящий из того, что у каждого человека существуют психологические и поведенческие различия, которые способствуют его успешной борьбе с заболеваниями и стрессами, применяя индивидуальные ресурсы, а также опираясь на поддержку его окружения;
- объективистский, применяемый, как правило, в социальных науках, и исходящий из того, что непосредственно общество, а также его культурные и материальные особенности обуславливают разницу в здоровье человека, но никак не психологическая или какая-либо другая специфика последнего.

Исходя из вышеприведенных подходов выработаны теоретические модели, способствующие исследованию воздействия на здоровье особенностей экономической среды, личностных социально-психологических признаков, конкретных особенностей социального статуса [55, с. 723].

Используемая учеными расширенная методология, способствует оценке воздействия на здоровье человека самых различных факторов. Нередко исследователи приходят к выводу, что дисбаланс по заболеваемости и смертности лишь отчасти зависит от личностной специфики каждого человека, поскольку зачастую он обусловлен культурными, экономическими и прочими особенностями той или иной среды [52, с. 113]. В последние два десятилетия в работах иностранных авторов в основном исследуются поведенческие и социально-структурные особенности среды. В то же время воздействие социальных факторов исследуется недостаточно, несмотря на то, что они весьма важны для понимания социальных механизмов появления опасных заболеваний, а также их связи с происходящими процессами в обществе [54].

В нашей стране социальная обусловленность опасных болезней исследована недостаточно, а, соответственно, требуется установить факторы, воздействующие на возникновение СОЗ.

В соответствии со статистической информацией Министерства здравоохранения РФ, в нашей стране в числе СОЗ чаще всего регистрируется заболевание, спровоцированное ВИЧ-инфекцией. Например, в 2010 году было зарегистрировано 503 724 носителей ВИЧ, в 2015 году - 824 706, в 2019 году - 853 432, в 2020 году - 842 333, в 2021 году - 851 754, в 2022 году - 885 417 [11, с. 46]. «По состоянию на 31 декабря 2024 года, в России проживает 1 215 145 человек с лабораторно подтвержденным ВИЧ. Что касается только прошлого года, то в стране было зарегистрировано 51 984 новых случаев» [51]. Количество зарегистрированных носителей фиксируется на конец года (при этом умершие в расчет не берутся), что указывает на распространенность инфекции в конкретных субъектах РФ и служит значимым показателем, способствующим установлению территориальной специфики распространения соответствующего заболевания. В свою очередь, анализ этой специфики позволяет выявить причины региональных различий, разработать необходимые меры по противодействию и стабилизации эпидемической обстановки.

Исследование специфики распространения СОЗ в разных странах, способствует выявлению причин на макроуровне. С.И. Бояркина и Д.К. Ходоренко пришли к выводу, что распространение СОЗ обуславливают:

- демографические особенности;
- имущественное неравенство граждан;
- материально-экономические особенности;
- критерии рынка труда;
- государственная политика в области здравоохранения и образования;
- социально-политические особенности общества;
- расходы на медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение;
- культурные и религиозные особенности;

- специфика социальной структуры;
- состояние преступности;
- распространенность форм поведения, опасных для здоровья и др. [5, с. 119].

Данные критерии возможно применить в целях анализа факторов распространения СОЗ в России. В этих целях исследователи провели анализ ряда факторов, а именно:

- социально-экономические показатели (такие как валовой продукт, количество зарегистрированных автомобилей на 1000 граждан, средняя площадь жилья на одного жителя, количество безработных);
- демографические (установили численность населения в субъекте РФ, соотношение полов, а также сельских и городских жителей, миграционную статистику, соотношение граждан трудоспособного возраста, с числом нетрудоспособных);
- социально-политические (количество больничных мест на 10 тысяч граждан, оснащенность поликлинических учреждений, количество медицинских работников всех специальностей);
- социально-поведенческие (количество криминальных деяний на 100 тысяч граждан, количество криминальных деяний, совершенных лицами младше 18-ти лет на 100 тысяч человек, количество зарегистрированных наркозависимых лиц на 100 тысяч человек);
- социально-структурные (количество граждан с доходами менее прожиточного минимума, количество выпускников ВУЗов) [5, с. 120].

Итак, исследуя взаимообусловленность ВИЧ-инфекции и социально-поведенческих особенностей, рассматривалось количество криминальных деяний, совершенных лицами младше 18-ти лет на 100 тысяч человек, количество криминальных деяний на 100 тысяч граждан, количество зарегистрированных наркозависимых лиц на 100 тысяч человек. Было

установлено, что количество зарегистрированных наркозависимых лиц коррелирует с количеством ВИЧ-инфицированных. В то же время, этот критерий утрачивает роль, если его охватить регрессией вместе со статистикой по безработице. Исходя из этого можно резюмировать, что безработица способна быть детерминантом как увеличения числа ВИЧ-инфицированных, так и увеличения количества наркозависимых граждан.

Преступность лиц, не достигших 18 лет, влияет на рост числа носителей ВИЧ-инфекции. Учет этого критерия наряду с иными факторами (соотношением сельских и городских жителей, числом безработных, числом поликлинических учреждений) способствует появлению разветвленной взаимозависимости. Это происходит потому, что наблюдается прочная связь преступности подростков с количеством безработных (если учитывать лиц с 15 лет).

Исследование, сделанное С.И. Бояркиной и Д.К. Ходоренко, свидетельствует, что число носителей ВИЧ в субъектах РФ в большей степени обусловлено: соотношением городских и сельских граждан, оснащенностью поликлинических организаций, количеством несовершеннолетних преступников и безработных. В свою очередь, безработица и криминальная деятельность лиц, не достигших 18 лет, взаимозависимы, а, соответственно, целесообразно сделать вывод, что и рост подростковой преступности, и рост случаев рассматриваемого опасного заболевания, могут обуславливаться плохим положением дел на рынке труда.

Анализ влияния экономических факторов на рост числа носителей ВИЧ позволяет сделать неоднозначные выводы. В большей степени это связано с обширным комплексом исследуемых экономических критериев и их постоянного изменения. Так, в исследованиях некоторых авторов говорится о позитивном воздействии роста среднедушевого дохода на количество носителей ВИЧ: чем выше доход, тем меньше распространенность ВИЧ-инфекции [2, с. 104]. Иные ученые утверждают совсем о другом, а именно, что рост валового продукта, уменьшение безработицы и граждан, имеющих

минимальные доходы, способствуют активному распространению ВИЧ-инфекции. Однако, почти все исследователи приходят к выводу, что снижение преступности всегда ведет к уменьшению новых случаев инфицирования опасными болезнями. По их мнению, это связано с экономическими показателями рынка сбыта наркотических средств (существованием отлаженных путей сбыта, материальными возможностями потребителей, обеспеченностью региона), и это способствует росту количества криминальных деяний соответствующих видов [7, с. 242].

При безработице, хорошее экономическое состояние субъекта РФ, наличие социальных гарантий и оплачиваемой должным образом работы, воздействуют на личные трудовые стратегии, существующие у экономически активных граждан. В регионах, где в трудовые отношения вступают подростки и имеет место их миграция в мегаполисы, повышается уровень девиантного поведения, которое способно обусловить рост новых случаев заражения ВИЧ в упомянутых группах населения.

Авторы указывают, что СОЗ больше обнаруживаются у городских жителей, однако этот факт можно связать с тем, что города более обеспечены поликлиническими учреждениями и лабораториями, а, соответственно, установить наличие заболевания гораздо проще [21, с. 178].

Также это показатель можно связать с демографическими показателями, с трудовой миграцией из сел в более крупные населенные пункты тех представителей населения, у которых как правило и выявляется ВИЧ [1, с. 103].

Авторы, исследовавшие социально-структурные особенности трудовых мигрантов, приходят к выводу, что как правило, в небольшие города в целях осуществления трудовой деятельности едет мужское население в возрасте 25-50 лет [18, с. 39]. Этот возраст присущ подавляющему числу носителей ВИЧ. Отметим, что наблюдается рост количества зараженных, чей возраст составляет более 25 лет. Если в начале нынешнего века у 86,7 % граждан ВИЧ был выявлен в возрасте 15-29 лет, то к 2010 г. доля граждан этого возраста

составила лишь 30 %. Также укажем, что среди лиц с диагнозом сифилис, выявленным впервые в 2010 г. 32 206 были мужчинами, 31 501 – женщинами, а в 2022 году 17 958 и 9 830 соответственно. Во всех возрастных группах количество зараженных мужчин значительно больше, чем женщин [11, с. 45].

Выявленная прочная взаимосвязь распространенности ВИЧ и криминогенности лиц, младше 18 лет, которая в то же время зависит от числа безработных на территории субъекта РФ, может быть обусловлена тенденциями, на которые указывают криминалисты в области оборота наркотиков. Говоря о количестве подростковых криминальных деяний в данной сфере, необходимо отметить, что если в 2009 году осужденных за эти посягательства было 1,5 %, то в 2023 году - 27,5% [35]. Во многом это может быть вызвано сложностями трудоустройства, которые имеются в экономически слабых субъектах РФ. При отсутствии преград для вхождения в дилерские сети и существования тесных связей у распространяющих наркотики организованных групп, подростки увеличивают количество субъектов, реализующих посягательства в сфере оборота наркотических и психотропных веществ. Весьма негативным моментом является то, что помимо изготовления и сбыта подростки принимают участие в употреблении наркотиков. Так, среди потребителей данных веществ доля граждан 14-30 лет составляет порядка 76 %, при этом многие из них применяют инъекционное введение средств в организм, а это влечет повышенный риск инфицирования.

Нынешнее положение дел, когда наблюдается увеличение количества носителей ВИЧ, а также его обусловленность социальными факторами, исследуется социологами, эпидемиологами, демографами и др. В некоторой степени распространение СОЗ связано с увеличением количества граждан, относящихся к уязвимым социальным группам, которым свойственна поведенческая специфика. Практика свидетельствует, что в большей степени риску подвержены инъекционные наркозависимые, представители сексуальных меньшинств и рынка сексуальных услуг. Однако, нынешние тенденции распространения рассматриваемого заболевания указывают на то,

что оно преодолело рамки уязвимых социальных групп и преобладает в общей популяции. Помимо поведенческой специфики некоторых групп граждан [42, с. 131], это вызвано особенностями экономического развития субъектов РФ, демографическими процессами в них.

Таким образом, тенденции распространения СОЗ связаны со многими факторами, среди которых демографические, культурно-поведенческие, социально-политические, социально-экономические и др. Большую роль при этом имеют последствия урбанизации, в связи с которыми возросло число граждан, проживающих в городах, возросла конкуренция на рынке труда и увеличились потребности в получении медицинской помощи. Исследование с учетом таких параметров, как соотношение городского и сельского населения, количество безработных трудоспособных граждан, оснащенность поликлинических учреждений и лабораторий, способствовало обнаружению того, что непосредственно данные факторы обуславливают пятую часть региональных различий в динамике распространения ВИЧ-инфекции.

В то же время, активная миграция и урбанизация способствуют трансформации личностных культурно-поведенческих особенностей, включая противоправные и деструктивные к здоровью. Многие криминальные деяния, реализуемые молодым населением, происходят в мегаполисах, что обусловлено миграцией, все большим распространением бесконтактного оборота запрещенных веществ, а также употреблением последних.

Сопоставление выводов, сделанных по итогам исследований ученых, позволяет резюмировать, что распространение ВИЧ в большей степени связано с социально-экономическими факторами, которые обуславливают развитие особых негативных культурно-поведенческих характеристик у представителей общества. Влияние этих факторов в совокупности отражает региональные различия в сфере здоровья граждан, и не позволяет должным образом решить проблему распространения СОЗ в стране [5, с. 119].

Между тем, сегодня исследователи не способны в полной мере объяснить социальную обусловленность СОЗ, что указывает на

необходимость дальнейшего анализа данной сферы, с учетом новых факторов риска, а также их взаимосвязи. Определение факторов риска должно сопровождаться трансформацией подходов к их ликвидации. Государство может вовлекать средства в осуществление пропаганды здорового образа жизни, в то же время без нивелирования факторов риска решение проблемы не представляется возможной. Разработку соответствующих региональных программ необходимо проводить принимая во внимание существующие факторы риска, потому что их ликвидация так же будет способствовать решению многих социальных вопросов.

Таким образом по итогам первой главы исследования, мы сделали выводы, что тестированием на ношение ВИЧ необходимо охватить как можно больше населения, в связи с чем целесообразно в Федеральном законе от 30.03.1995 N 38-ФЗ закрепить дополнительные категории граждан, для которых освидетельствование было бы обязательным.

Кроме того, необходимо нормативно закрепить дефиниции таких категорий, как «социально опасные заболевания» и «социально значимые заболевания», это позволит избежать излишних научных дискуссий и практических проблем. Можно констатировать, что социально опасные заболевания и активность их распространения обусловлены, как правило, социальными факторами: низкими доходами, отсутствием трудоустройства и т.п. В качестве причин своего недуга данные факторы указали многие лица, имеющие депрессивные расстройства, различные виды зависимости, венерические болезни, гепатиты и др.

Активный жизненный ритм, необходимость в сверхурочной трудовой деятельности с несоблюдением режима труда, возросшие потребности, большое значение материальных благ, рост стрессовых ситуаций, трудные отношения между людьми, недостаточная социальная поддержка, обуславливают распространение СОЗ. Соответственно, социальные факторы во многом являются сегодня основной причиной СОЗ.

Глава 2 Организационно-правовые основы противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям

2.1 Система законодательства в сфере противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям

В ст. 41 Конституции РФ закреплено, что «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. 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» [15].

В соответствии с п. 3 ст. 3 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в фундамент правового регулирования охраны здоровья заложены нормы Конституции РФ, данный федеральный закон и прочие федеральные законы, не противоречащие ему, а также другие нормативно-правовые акты федерального уровня, региональные законы и правовые акты [46].

Гражданам с социально опасными болезнями предоставляется диспансерное наблюдение и медицинская помощь в компетентных медицинских организациях, чей список утверждает Правительство РФ, опираясь на уровень смертности, первичной инвалидности, уменьшения длительности жизни больных.

Для предоставления медицинской помощи, в том числе лекарственных средств в целях медицинского использования, при некоторых болезнях,

компетентным федеральным органом власти производится формирование Федеральных регистров лиц с ВИЧ и туберкулезом.

В компетенции органов власти субъектов РФ находятся региональные сегменты вышеуказанных регистров. Они должны оперативно представлять соответствующие данные в предусмотренном Правительством РФ порядке в Министерство здравоохранения РФ.

Правительством РФ регламентируется специфика предоставления медицинской помощи в случае вспышки социально опасных заболеваний, а равно процесс учета и сбора сведений о их распространении, и состав данных сведений [32].

Организация борьбы с опасными болезнями охватывает совокупность мероприятий, вектор которых нацелен на недопущение их распространения, а именно: первичной профилактики, нацеленной на искоренение негативных ценностей, асоциального поведения, пропаганду здорового образа жизни; вторичной профилактики, цель которой состоит в раннем выявлении граждан, подверженных риску возникновения СОЗ; вакцинопрофилактики и проведении диагностических исследований, с использованием последних достижений медицины; государственной политики, нацеленной на оптимизацию санитарно-эпидемиологических условий, обеспечение социального благополучия граждан и предоставление качественной медицинской помощи; культурного развития граждан, ориентированного на оптимизацию их образа жизни, на противостояние отрицательному влиянию извне; предоставления социальных гарантий гражданам, имеющим СОЗ.

Также в ст. 43 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ указано, что специфика оказания помощи при ряде СОЗ, может регламентироваться специальными федеральными законами. Рассмотрим некоторые из них.

В соответствии со ст. 33 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», лица, имеющие инфекционные болезни, и те, у кого имеются на них подозрения, а также лица, имевшие контакты с больными и выступающие носителями возбудителей

соответствующих заболеваний, должны проходить лабораторные исследования и подвергаться лечению либо медицинскому наблюдению. При выявлении опасности для окружающих, такие лица подлежат изоляции от социума или госпитализации в соответствии с законодательством РФ.

Так, по одному из дел, административная ответчица, надлежаще оповещенная о потребности выполнения режима домашней изоляции, соответствующие обязательства не выполняла, а, соответственно, способствовала распространению 2019-nCoV/COVID. При этом у нее не имелось отрицательные результатов клинического исследования. Ее действия несли угрозу неограниченному числу субъектов. Управление Роспотребнадзора по Мурманской области заявило требование о помещении гражданки в принудительном порядке под медицинское наблюдение.

Третьим кассационным судом общей юрисдикции требование управления Роспотребнадзора было удовлетворено [13].

Граждан, которые признаны в качестве носителей возбудителей инфекционных болезней, в случаях, когда последние могут способствовать распространению таким болезням исходя из специфики трудовой деятельности, которую они ведут, при согласовании с ними переводят на иную работу, не сопряженную с угрозой распространения болезни инфекционного характера. Если вероятность перевода отсутствует исходя из актов заместителей главных государственных санитарных врачей и непосредственно таких врачей, такие граждане подлежат отстранению от трудовой деятельности (на время болезни) с назначением им страховых пособий.

Факты инфекционных болезней, а также массовых неинфекционных, должны быть зарегистрированы медицинскими организациями, выявившими данные болезни, а также подвергаться государственному учету и предоставлению по ним отчетности органами, реализующими надзор в санитарно-эпидемиологической сфере [48].

В ст. указанного закона предусмотрено, что «в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры.

В случаях, предусмотренных законодательством РФ, иностранные граждане и лица без гражданства обязаны проходить медицинское освидетельствование на наличие или отсутствие у них инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и ВИЧ-инфекции в медицинских организациях, находящихся на территории РФ, если иное не предусмотрено международным договором РФ или федеральным законом» [48].

Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» «устанавливает правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в РФ в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В нем устанавливаются принципы оказания противотуберкулезной помощи гражданам РФ, а также особенности применения закона по отношению к иностранным гражданам и лицам без гражданства, определяются права лиц, страдающих туберкулезом, их обязанности и ответственность. Определяется порядок предоставления гарантий и льгот врачам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующему в оказании противотуберкулезной помощи» [45].

В Федеральном законе от 30.03.1995 N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» особо отмечено, что Государственная Дума ФС РФ сочла необходимым его принять «признавая, что хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека

(ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для РФ, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения, а также учитывая необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции» [47].

Согласно ст. 4 данного закона, государством гарантируется:

- осуществление эпидемиологического контроля за динамикой инфекции в пределах страны;
- своевременное информирование граждан по поводу способов профилактики заболевания (путем использования СМИ и др.);
- выпуск лекарственных средств в целях лечения, и медицинских изделий в целях выявления и профилактики инфекции;
- возможность беспрепятственного анонимного освидетельствования граждан в целях обнаружения ВИЧ, безопасного для всех участников такого освидетельствования;
- контроль за надлежащим качеством соответствующих лекарственных препаратов, биологических тканей, применяемых для лечения и диагностики заболевания;
- оказание инфицированным россиянам в безвозмездном порядке необходимой помощи по программе государственных гарантий;
- социальная поддержка инфицированных россиян, включая их профессиональное обучение и трудоустройство;
- проведение научных исследований по отдельным аспектам вируса ВИЧ;
- расширение межгосударственного взаимодействия, участие в программах, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции;
- обучение специалистов для профилактики динамики ВИЧ;

- безвозмездное предоставление лекарственных средств в целях лечения ВИЧ в лечебных учреждениях различных уровней [47].

Так, в одном из дел, рассмотренных Московским городским судом, истица отметила, что ответчик не предоставил ей диспансерный учет, поскольку у нее не было по месту жительства регистрации. По ее мнению, это решение умаляет ее права. Она является гражданкой России, живет в Москве, и у нее есть регистрация по месту пребывания. Истица заявила требование о признании незаконности решения об отказе в диспансерном наблюдении, признании ее права на диспансерный учет. В удовлетворении требований ей было отказано судом первой инстанции, поскольку отсутствовало нарушение ее права на медицинскую помощь, она была способна выбрать медицинскую организацию, предоставляющую помощь по программе ее бесплатного оказания, но в то же время, в случае превышения установленной численности, ей как и иным лицам, чья постоянная регистрация вне территории обслуживания лечебного учреждения, Департамент здравоохранения Москвы может отказать в диспансерном наблюдении, и направить заявление о об учете в МГЦ СПИД в целях дальнейшего рассмотрения. Таким образом, в апелляционном определении также было отказано в удовлетворении требования [3].

Противодействия социально опасным заболеваниям предусмотрено в кодифицированных правовых актах. Например, ст. 121 Уголовного кодекса РФ [40] устанавливает ответственность за заражение венерической болезнью, ст. 122 - заражение ВИЧ-инфекцией, ст. 236 - нарушение санитарно-эпидемиологических правил. В ст. 6.1. Кодекса РФ об административных правонарушениях [15] предусмотрена ответственность за сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения, а в ст. 6.3. – за нарушение законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Важную роль в системе нормативного регулирования противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям играют подзаконные акты (Указы Президента, Постановления Правительства РФ).

Так, в Указе Президента РФ от 06.06.2019 N 254 в качестве одного из приоритетных направлений, заданных для решения основных задач развития здравоохранения в стране, обозначено обеспечение биологической безопасности, в рамках которой необходимо:

- лечить и предупреждать болезни инфекционной этиологии, в особенности те, что несут обществу биологическую угрозу (вирусные гепатиты, туберкулез и др.);
- исключить распространение инфекций в процессе предоставления медицинской помощи;
- обеспечить профилактику выработке антимикробной резистентности;
- совершенствовать мониторинг в пределах страны актуальной биологической обстановки;
- осуществлять совокупность противоэпидемических и предупредительных мер, нацеленных на профилактику завоза социально опасных болезней инфекционной этиологии, ликвидацию очагов инфекций, распространяемых животными, а равно на подготовку к противодействию биологическим рискам (как естественным, так и порожденным человеческим фактором);
- оптимизировать учет и статистику социально опасных болезней инфекционной этиологии [41].

Распоряжением Правительства РФ утверждена «Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 года» [31]. Она «является документом стратегического планирования, определяет цели, задачи и основные направления государственной политики РФ по предупреждению распространения хронического заболевания,

вызываемого ВИЧ-инфекцией. Положения Стратегии основываются на современных международных подходах к вопросам организации и проведения профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, в том числе с учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения. Целью Стратегии является предупреждение распространения ВИЧ-инфекции на территории РФ путем достижения постоянного снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения и снижения смертности от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, чтобы к 2030 году это заболевание перестало быть угрозой общественному здоровью» [34].

Как уже было указано, список СОЗ содержится в Постановлении Правительства РФ от 01.12.2004 N 715. Кроме того, Постановлением Правительства РФ устанавливаются «Правила ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом». Как следует из данного нормативного акта, Федеральные регистры являются федеральными информационными ресурсами и ведутся в электронном виде с применением информационной системы, в том числе с использованием инфраструктуры, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг и исполнения государственных и муниципальных функций в электронной форме. Ведение федеральных регистров осуществляется Министерством здравоохранения РФ по формам, утверждаемым им [25].

Постановлением Правительства РФ «Об особенностях организации оказания медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих» [24] установлены особые правила оказания медпомощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В таких случаях будут руководствоваться временным порядком оказания медпомощи, утверждаемым Минздравом. При неблагоприятной эпидемиологической обстановке больных будут лечить не только в профильных отделениях

больниц, но и в перепрофилируемых стационарах. Для оказания медпомощи больным можно привлекать медработников любой специальности и фармацевтов, прошедших обучение по краткосрочным программам. Кроме того, предусмотрено оформление электронных больничных и рецептов.

Несмотря на детальное нормативное регулирование, на практике в случае риска распространения опасных болезней, действия медицинских работников являются недостаточно слаженными и компетентными. Примером служит обширная судебная практика.

Так, из материалов одного из дел следует, что у Г. - матери истицы, появилась температура 39,5 и лихорадка. Когда состояние еще более ухудшилось истица вызвала скорую помощь. Проведя осмотр врач скорой отметил, что это не COVID-19, но рекомендовал антибиотики. Лечение назначил устно, рецепт на препараты не выписал, тест на COVID-19 не провел.

После приобретения антибиотиков истица делала матери уколы, но ее состояние лишь ухудшалось. С 27.09.2020 по 04.10.2020 истица безуспешно пыталась вызвать врача из поликлиники. Также 01.10.2020 она дозвонилась в «скорую помощь» но бригада приехала только 04.10.2020. Как видно, скорая ехала четверо суток, хотя истица по несколько раз в день заявки оставляла. В этот же день Г. госпитализировали, но впоследствии она скончалась.

Истица в заявлении указала, что из-за некачественного оказания медицинской помощи Г. умерла, а ей нанесены нравственные страдания. Она заявила требования о компенсации морального вреда и расходов на погребение. Апелляционным определением Ростовского областного суда первое требование удовлетворено в части, а во втором отказано [4].

Большое значение в системе нормативного регулирования противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям играют Приказы Минздрава России. Так, в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.10.2020 N 1129н «на 2021-2026 гг. определен новый порядок проведения обязательного медосвидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции. Прежние правила, утвержденные Правительством, утратят силу в

рамках механизма «регуляторной гильотины». Тест на ВИЧ обязаны сдавать доноры крови и ее компонентов, биологических жидкостей, органов и тканей - при каждом взятии донорского материала, а также отдельные работники - при прохождении предварительных и периодических медосмотров. Закреплено требование о даче освидетельствуемым информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Оно оформляется на бумажном носителе в 2 экземплярах или в электронном виде. Детально прописана процедура лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции. Урегулировано предварительное и последующее консультирование освидетельствуемого по вопросам ВИЧ-инфекции» [29].

Согласно Приказу Минздрава России от 19.11.2021 N 1079н «трудовые мигранты, а также иностранцы, прибывшие в Россию не для трудовой деятельности на срок, превышающий 90 календарных дней, обязаны пройти медосвидетельствование на наличие или отсутствие:

- факта употребления ими наркотиков или психотропов без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ;
- инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, предусмотренных специальным перечнем, и ВИЧ-инфекции.

Исключение - лица, прошедшие необходимые процедуры в т. ч. в случаях, установленных Законом о беженцах.

Минздрав определил порядок проведения медосвидетельствования, включая выполнение химико-токсикологических исследований. Также приведены формы бланков, выдаваемых медзаключений.

Признан утратившим силу перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание, вида на жительство, патента, или разрешения на работу в России, а также порядок подтверждения наличия или отсутствия таких заболеваний» [28].

В сфере противодействия СОЗ значимую роль играют акты Главного государственного санитарного врача РФ. Например, его Постановление от 13.02.2012 N 16 «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации», «Методические рекомендации 3.1.0170-20. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиология и профилактика COVID-19», и др.

Таким образом мы можем заключить, что нормативное регулирование противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям, предусмотрено актами самых различных уровней. Большое значение имеют Федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ», УК РФ и КоАП РФ, предусматривающие ответственность за распространение ряда СОЗ и др., а также акты стратегического планирования.

Между тем, необходимо продолжать развивать международное сотрудничество в данной сфере, поскольку проблемы СОЗ давно вышли за пределы отдельных государств. Пандемия коронавирусной инфекции стала свидетельством того, что человечество до сих пор весьма уязвимо перед опасными заболеваниями, а, соответственно, следует вырабатывать общие меры и принимать программы в рамках БРИКС, ШОС, ЕАЭС и прочих организаций, направленные на борьбу с ними.

2.2 Организационные основы противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям

Организация борьбы с СОЗ охватывает совокупность мероприятий, вектор которых нацелен на недопущение их распространения. Эти мероприятия проводятся в рамках:

- первичной профилактики, нацеленной на искоренение негативных ценностей, асоциального поведения, пропаганду здорового образа жизни;
- вторичной профилактики, цель которой состоит в раннем выявлении граждан, подверженных риску возникновения СОЗ;
- вакцинопрофилактики и проведении диагностических исследований, с использованием последних достижений медицины;
- государственной политики, нацеленной на оптимизацию санитарно-эпидемиологических условий, обеспечение социального благополучия граждан и предоставление качественной медицинской помощи;
- культурного развития граждан, ориентированного на оптимизацию их образа жизни, на противостояние отрицательному влиянию извне;
- предоставления социальных гарантий гражданам, имеющим СОЗ;
- информационной работы с гражданами по поводу профилактических программ, и привлечения к участию в них;
- предоставления психологической поддержки пациентам с СОЗ, а также их семьям и родственникам.

В целях противодействия СОЗ необходимо, помимо медицинских сотрудников, обеспечить участие в этом органов власти, различных организаций, а также всей общественности.

Авторы указывают, что «недостаточность ресурсов здравоохранения, в том числе лекарственного обеспечения, непроработанная политика распределения ресурсов и выполняемых функций, сбои в координирующих взаимосвязях по уровням отрасли, недофинансирование отрасли, отсутствие единого подхода к выполнению стратегических задач, неразвитость профилактической работы и мер профилактического характера являются тормозящими факторами отечественного здравоохранения и не способствуют сокращению социально значимых заболеваний.

Проблемами социально значимых заболеваний и их учета являются проблемы статистического учета:

- наблюдается явное превышение реального количества заболевших социально значимыми заболеваниями над данными официальной статистики, т.е. отсутствие достоверной статистики по социально значимым заболеваниям;
- отсутствие детального статистического учета (ограниченность учета), так как увеличение заболеваемости зачастую обусловлено не только непосредственно ростом заболеваемости, но также повышением выявляемости заболеваний, увеличением выживаемости заболевших, неверной сверкой умерших, неверного отнесения к нозологии;
- отсутствие оперативных статистических данных, т. к. при анализе заболеваний для исследователей затруднен поиск данных, что влечет неактуальность многих исследований, хотя можно проследить тренд заболеваний;
- отсутствие стандартизированных по возрасту показателей по многим заболеваниям и по смертности населения при наличии доказанной значительной корреляции их с возрастом человека (а иногда и с полом), что служит основой для региональных приоритетов;
- статистические формы имеют ограничения, не позволяющие оценить заболеваемость по отдельным нозологиям. Особенно это касается статистики по злокачественным новообразованиям» [6, с. 366].

Еще одна проблема состоит в неэффективной деятельности по стабилизации ситуации с CO₂:

- не введено обязательное тестирование на CO₂;
- не выработано единой государственной программы, нацеленной на борьбу с CO₂;

- отсутствует общественная активность в сфере борьбы с СОЗ.

Также следует отметить недостаточное финансовое обеспечение мер, направленных на противодействие СОЗ. Например, из федерального бюджета на противодействие СОЗ инфекционной этиологии в 2019 году направлено 27,2 млрд руб., в 2021 г. – на 20 % больше [6, с. 367].

В рамках стратегии противодействия ВИЧ-инфекции, в качестве одной из задач предусмотрено «совершенствование организации деятельности специализированных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь лицам с ВИЧ-инфекцией, включая их материально-техническое и кадровое обеспечение, необходимо для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи лиц с ВИЧ-инфекцией, а также повышения количества обращений в медицинские организации в целях выявления ВИЧ-инфекции и своевременного начала лечения.

Развитие кадрового потенциала предполагается осуществлять путем:

- непрерывного образования и подготовки по вопросам, касающимся ВИЧ-инфекции, медицинских работников, а также педагогических работников профессиональных образовательных организаций и профессорско-преподавательского состава образовательных организаций высшего образования;
- разработки и реализации дополнительных профессиональных программ, в том числе обучения врачей и среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения по вопросам предупреждения передачи ВИЧ-инфекции при оказании медицинской помощи;
- совершенствования системы подготовки специалистов, в том числе первичного звена здравоохранения, по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции» [34].

Как указывают О.А. Воропинова, И.Н. Киселева и А.В. Нестеренко, «основными факторами роста социально значимых заболеваний в

современных условиях являются высокая урбанизация и увеличение плотности населения; социальная дезадаптация населения, особенно молодежи; рост миграционных потоков, способствующих их распространению; рост наркотизации общества; сокращение доходов населения; рост безработицы; ослабление социально защитных государственных функций; нездоровый образ жизни; антипрививочная пропаганда; отсутствие должной профилактической работы и недостаточная диагностика скрытого течения заболеваний; падение нравственности; ухудшение экологической обстановки; коронавирусная пандемия, обострившая развитие социально значимых заболеваний; изменение ритма жизни людей; рост числа факторов риска социально значимых заболеваний и др.» [6, с. 366].

Для уменьшения распространения СОЗ требуется введение мер, предусмотренных в рамках разноуровневых стратегических документов:

- «усиление профилактической составляющей общегосударственной стратегии охраны здоровья населения;
- консолидация усилий всех институциональных структур государства и муниципалитетов в формировании здорового образа жизни населения;
- дифференциация ценовой политики;
- учет национальных и культурных факторов в стратегии развития здравоохранения регионов;
- подготовка соответствующих кадров с акцентом на профилактической работе. Кроме того, пандемия показала нехватку врачей-инфекционистов, эпидемиологов, а также необходимость углубленного обучения основам инфекционной работы врачей общей практики и непрофильных специалистов;
- активное формирование здорового образа жизни населения;

- увеличение лекарственного обеспечения для лечения социально значимых заболеваний и внедрение инновационных технологий лечения больных;
- активное использование передового отечественного и зарубежного опыта в диагностике, лечении и профилактике социально значимых заболеваний;
- устранение экологических рисков, охрана окружающей среды;
- развитие пропаганды здорового образа жизни;
- повышение качества диагностики заболеваний и охвата ею населения для выявления «скрытых» больных;
- формирование достоверной информации о социально значимых заболеваниях с целью осознания реальной их опасности;
- устранение вредных условий труда» [6, с. 367].

Кроме того, отмечается необходимость таких мер, как:

- «развитие так называемой третичной профилактики, направленной на реабилитацию больных социально значимыми заболеваниями, т.е. комплекса мер по устранению или компенсации ограничений для них, восстановлению утраченных функций, дальнейшей социализации;
- следует исключить возможность замены денежной компенсацией лекарственных средств, необходимых для лечения социально значимых заболеваний;
- необходимо исключить отмену плановых прохождений осмотров и диагностики инфекционных заболеваний в период пандемии, чтобы исключить в дальнейшем вспышки заболеваний;
- применение в статистических расчетах стандартизированных показателей (информативными являются показатель соотношения смертности от заболевания к числу вновь выявленных случаев,

показатель одногодичной летальности, его отношение к запущенности заболевания);

- широкое применение стационарзамещающих технологий, т.е. осуществление лечения в первичном амбулаторном звене, развитие дневных стационаров и лечения на дому;
- распространение высокотехнологичной медицинской помощи на регионы и соответствующее распределение квот, особенно по лечению злокачественных новообразований» [6, с. 368].

В процессе организации деятельности, связанной с профилактикой ВИЧ-инфекции целесообразно руководствоваться принципами общественного здравоохранения, которые нацелены на закрепление здоровья и профилактику болезней, и на федеральном, и на муниципальном уровнях, с привлечением медицинских работников, субъектов, специализирующихся на санитарно-просветительской деятельности, общественном здравоохранении, а также воспитателей, преподавателей, научных сотрудников, общественников, представителей политических партий и др.

Профилактика СОЗ будет малоэффективна без привлечения популярных СМИ, воздействующих на сознание нового поколения, активная жизнь которого только начинается. Большое значение в этом имеет и участие близких взрослых людей. В их распоряжении есть различные средства, которые помогут оказать влияние на несовершеннолетних для пропаганды здорового образа жизнедеятельности.

Таким образом, по итогам настоящей главы исследования, мы можем сделать ряд выводов.

Нормативное регулирование противодействия ВИЧ и другим опасным заболеваниям, предусмотрено актами самых различных уровней. Большое значение имеют Федеральные законы, подзаконные акты, а также акты стратегического планирования.

Между тем, необходимо продолжать развивать международное сотрудничество в данной сфере, поскольку проблемы СОЗ давно вышли за

пределы отдельных государств. Пандемия коронавирусной инфекции стала свидетельством того, что человечество до сих пор весьма уязвимо перед опасными заболеваниями, а, соответственно, следует вырабатывать общие меры и принимать программы в рамках БРИКС, ШОС, ЕАЭС и прочих организаций, направленные на борьбу с ними. Несмотря на детальное нормативное регулирование, на практике в случае риска распространения опасных болезней, действия медицинских работников являются недостаточно слаженными и компетентными. Примером служит обширная судебная практика.

В настоящее время требуется выстраивание организованных процессов, направленных на профилактику, диагностику, регистрацию и оказание медицинской помощи лицам, имеющим СОЗ. Те граждане, которые впервые столкнулись со своим диагнозом, а равно медицинские работники должны располагать информацией в отношении их последующих действий. Представляется, что по каждому виду СОЗ на официальных сайтах органах здравоохранения необходимо разместить информацию о логистике соответствующей болезни, обозначить те организации, в которые следует обратиться, их адреса, телефоны и время приема пациентов. По большинству СОЗ амбулаторная помощь по месту жительства лечения не предоставляется, поскольку для этого функционируют специализированные учреждения.

Глава 3 Актуальные проблемы и практика реализации государственных гарантий соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных и лиц, страдающих другими социально опасными заболеваниями

3.1 Медицинская помощь лицам, страдающим ВИЧ и другими социально опасными заболеваниями

Ст. 43 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ посвящена медицинской помощи двум группам граждан:

- страдающим социально значимыми заболеваниями (в него входят: туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В, гепатит С, ВИЧ, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением);
- страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (ВИЧ, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатит В, гепатит С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акариоз и другие инфекации, сеп и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума, коронавирусная инфекция).

Перечни заболеваний приведены в Постановлении Правительства РФ от 01.12.2004 N 715. Сами понятия групп заболеваний в ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ не даны. В ст. 1 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ закрепляется понятие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Ими являются «инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия)» [16].

Как видно, в определение добавляется прилагательное «инфекционные», однако ссылки законов указывают, что перечни в них идентичны. Это требует приведения терминологии к единому «знаменателю».

Если обратиться к обоим перечням, изложенным в Постановлении №715, то можно увидеть, что и тот, и другой перечни небольшие, но включают в себя именно те заболевания, которые вызывают наибольшую обеспокоенность со стороны общества и государства. Инфекционные заболевания характеризуются скоростью распространения. А каждая болезнь из первой группы практически определяет уровень смертности в нашем государстве. Именно по ним возникают наибольшие проблемы в силу их распространенности, но в рамках данного параграфа остановимся на проблемах правового регулирования оказания медицинской помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ определяет лишь общие параметры оказания медицинской помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Так закрепляется, что указанная помощь предоставляется в соответствующих медицинских организациях. Основные гарантии лицам, страдающим некоторыми опасными заболеваниями, предусматриваются специальными федеральными законами. Указанный закон закрепляет таким образом лишь общий признак. Один из авторов указывает, что подобная регламентация допускается, однако она имеет отрицательную сторону: кроме детализации нормативной регламентации, обусловленной особенностями болезни, взаимодействия граждан, имеющих такую болезнь, с обществом, в соответствующих правовых актах наблюдается большое количество дублирующих положений, которые не имеют правового смысла [31, с. 39].

В настоящее время действует Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ, ст. 7 которого предусматривает, что «оказание противотуберкулезной помощи больным туберкулезом гарантируется государством и осуществляется на

основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, общедоступности в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [45].

Противотуберкулезная помощь оказывается, как при добровольном согласии граждан, так и при его отсутствии в случаях, предусмотренных данным Федеральным законом. Для оказания помощи больным туберкулезом создаются медицинские противотуберкулезные организации, имеющие соответствующие лицензии. Лица, находящиеся или находившиеся в контакте с больным туберкулезом, проходят обследование в целях выявления туберкулеза. Предусматривается вакцинация против туберкулеза в целях его профилактики. В целях выявления туберкулеза периодически проводятся профилактические медицинские осмотры граждан.

В отношении некоторых категории лиц с СОЗ установлены меры социальной поддержки. Однако, в целях исполнения соответствующих законодательных предписаний целесообразно: оптимизировать взаимодействие лечебных учреждений и органов социальной защиты населения в целях оказания должного уровня социальной и медицинской помощи лицам с СОЗ и членам их семей; использовать действенные технологии юридической и социальной поддержки несовершеннолетних с СОЗ, пропагандировать и поддерживать взятие под опеку таких лиц, создавать для них наиболее благоприятные условия жизни, осуществлять меры по профилактики сиротства несовершеннолетних, чьи родители больны СОЗ.

Реализацию предложенных мер следует проводить посредством предоставления адресной помощи, охватывающей определение лиц с СОЗ, которым необходима социальная поддержка, в т. ч. при вовлечении в этот процесс некоммерческих организаций.

Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от

туберкулеза установлен в Приказе Минздрава России от 13.03.2019 N 127н. [27].

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 18.06.2001 N 77-ФЗ наблюдение за заболевшими гражданами предусматривается без учета согласия с их стороны, или со стороны их правомочных представителей. Потребность в диспансерном учете либо в снятии с учета и наблюдения устанавливает комиссия врачей, формируемая руководителем противотуберкулезного диспансера, предоставляющего соответствующую помощь в амбулаторных условиях. Факт наблюдения фиксируется в медицинских документах, и о постановке на учет либо снятии с учета информируется в обязательном порядке заболевший [45].

В нашей стране действует Федеральный закон «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Анализ указанных нормативных актов показывает одну из серьезных проблем в оказании медицинской помощи гражданам, страдающим СОЗ. Это связано с оказанием помощи вне согласия самого инфицированного. Если в отношении больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией установлены специальные правила, то в отношении других заболеваний действуют общие правила Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

Статья 10 Федерального закона от 18.06.2001 N 77-ФЗ устанавливает основания для обязательного обследования и лечения больных туберкулезом. При угрозе «возникновения и распространения туберкулеза на основании предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей или органа исполнительной власти субъекта РФ в порядке, установленном законодательством РФ, проводятся дополнительные противоэпидемические мероприятия. Больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в медицинские

противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения в стационарных условиях» [45]. Российское законодательство описывает процедуру принятия решения о принудительной госпитализации. Медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию также может быть, как добровольным, так и обязательным. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей. Кроме того, «работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров» [47].

«Правила проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» утверждены Приказом Минздрава России от 20.10.2020 N 1129н. Также действуют «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней (СанПиН 3.3686-21)» [22], «Правила проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», утвержденные Приказом Минздрава России от 29.10.2020 N 1175н. Однако, может возникнуть ситуация, когда человек заболевает сибирской язвой, чумой или холерой. Профилактика данных заболеваний определяется санитарными правилами, в которых стандартной нормой закрепляется: в случае выявления данного заболевания больной немедленно подлежит госпитализации. Предусматривается вакцинация граждан. Ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ устанавливает, что медицинское вмешательство без согласия гражданина допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Порядок оказания медицинской помощи без согласия пациента в данном законе не

прописан. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» вообще не содержит правила вакцинации без согласия самого гражданина [44].

В Кодексе административного судопроизводства РФ (далее – КАС РФ) содержится Глава 31 «Производство по административным делам о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке» [14]. Как видно, этот особый порядок производства применяется лишь в отношении лиц, страдающих соответствующей формой туберкулеза. В отношении же других СОЗ остается неопределенность.

Наиболее трудными в аспекте излечения, стремления к лечению, выступают лица, которым свойственна асоциальность. В таких случаях подача иска о принудительной госпитализации не гарантирует организации их лечения. С процессуальной стороны следует отметить, что подобные ответчики на судебных заседаниях не присутствуют, возражений не заявляют, и фактически «недоступны» судебным приставам, исполняющим принятое в отношении них решение суда.

В Постановлении Пленума ВС РФ от 26.11.2019 N 50 приводится комплекс проблем, имеющих место в процессе разрешения таких дел [23].

Наиболее важны пункты 14 и 16 данного Постановления, где помимо прочего, отмечена потребность в отражении в рамках соответствующего решения суда «срока, до истечения которого может осуществляться госпитализация, определяемого периодом времени, а также что данный срок начинает течь со дня помещения гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию. При этом помещение включает период доставления гражданина в соответствующую организацию» [23].

Судебный орган устанавливает срок госпитализации опираясь на объективные обстоятельства – период, требующийся для проведения анализов и оказания медицинской помощи административному ответчику, принимая во внимание информацию административного истца по поводу особенностей

заболевания ответчика, сдачи необходимых анализов и лечения. Поэтому истец доводит до сведения суда особенности заключения врачебной комиссии, где указана специфика болезни ответчика и отражен временной период, на который его необходимо определить в лечебное учреждение.

К какой бы категории пациентов не относилось лицо, в отношении которого противотуберкулезная организация заявила требования, в качестве основного фактора, сводящего «на нет» все стремления истца, выступает исполнение решения суда. Исполнение затруднительно исходя из некоторых условий.

Исходя из ч. 1 ст. 5 Федерального закона от 02.10.2007 N 229-ФЗ «Об исполнительном производстве», решение о помещении в лечебное учреждение пациента с туберкулезом обеспечивается Федеральной службой судебных приставов.

В соответствии с ч. 1, ч. 8 ст. 30 Федерального закона от 02.10.2007 N 229-ФЗ, по требованию взыскателя – противотуберкулезной организации, приставу после поступления исполнительного документа в течении трех дней, следует принять постановление, направленное на возбуждение исполнительного производства.

Если заболевший по месту жительства не обнаружен, это фактически свидетельствует о невозможности немедленного исполнения решения.

Пристав-исполнитель не наделен компетенцией по розыску рассматриваемой категории лиц. Также, в соответствии с п. 12 ст. 12 Федерального закона от 07.02.2011 N 3-ФЗ «О полиции», такой компетенцией не обладают и сотрудники полиции. Последним, согласно п. 35 ст. 12 указанного закона, надлежит «оказывать содействие медицинским работникам в доставлении в медицинские организации по решению суда лиц, уклоняющихся от явки по вызову в эти организации» [43]. Как можно резюмировать, эта проблема сегодня законодательно не разрешена.

Стоит также отметить, что противотуберкулезные учреждения не являются организациями закрытого вида, поэтому пациент с социально

опасным заболеванием способен ее своевольно покинуть, а это несет угрозу для жизни и здоровья большого числа граждан, отягощает судебный процесс о принудительной госпитализации, влияет на эффективность выполнения итогового решения суда.

Таким образом, в настоящее время ряд правоприменительных проблем существует, поскольку не предусмотрено полноценного нормативного регулирования.

Помимо обозначенной проблемы, нельзя не указать, что некоторые нормативные акты предусматривают «свои» перечни заболеваний, представляющих опасность для окружающих, наличие которых обуславливает определенные правовые последствия. Например, «Перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих», при наличии которых для иностранных граждан наступят определенные правовые последствия, содержится в Приказе Минздрава России от 19.11.2021 N 1079н. В частности, к таким заболеваниям относятся туберкулез, лепра (болезнь Гансена), сифилис, ВИЧ, бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ.

Таким образом, в целях совершенствования правового регулирования медицинской помощи лицам с СОЗ, требуется принять следующие меры:

- предусмотреть единые термины и списки заболеваний, влекущих для окружающих опасность;
- внести дополнения в КАС РФ, предусмотрев в нем нормы о производстве по делам о госпитализации граждан, больных СОЗ, в недобровольном порядке;
- оптимизировать санитарное законодательство, закрепив процедуру освидетельствования в принудительном порядке, а также помещения в профильные лечебные учреждения граждан, страдающих СОЗ;
- закрепить меры административного принуждения для лиц, страдающих СОЗ, которые, во-первых, защищали бы их самих от

потенциальных злоупотреблений, а во-вторых, обеспечивали бы защиту сотрудников лечебных учреждений, предоставляющих необходимую помощь;

- необходимо судебных приставов-исполнителей наделить компетенцией по розыску лиц, имеющих СОЗ, в отношении которых вынесено решение суда о принудительной госпитализации.

3.2 Социальная поддержка лиц, страдающих социально опасными заболеваниями и лиц, подвергающихся заражению социально опасными заболеваниями

Как установлено в законе, «не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в организации, осуществляющие образовательную деятельность, и медицинские организации, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено законом.

Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных - несовершеннолетних имеют право на:

- совместное пребывание с ребенком в возрасте до 18 лет в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях с выплатой за это время пособий в соответствии с законодательством РФ об обязательном социальном страховании;
- сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного - несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по

уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста;

- время ухода за ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж» [47].

Тем не менее, эти гарантии не всегда обеспечиваются, о чем свидетельствует судебная практика. Например, по одному из дел истец являлся опекуном детей, которые являются ВИЧ-инфицированными и имеют статус детей-инвалидов и право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг. В связи с неправомерным отказом должностных лиц в выдаче истцу талонов на бесплатный проезд до места лечения и обратно по причине отсутствия справки, устанавливающей инвалидность детей, истец был вынужден самостоятельно за собственные денежные средства приобрести билеты на авиаперелет. Им было заявлено требование о взыскании компенсации на оплату стоимости проезда к месту лечения. Решением Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 07.12.2020 требование было удовлетворено [20].

Стоит указать, что вред, нанесенный здоровью ВИЧ-инфицированного посредством ненадлежащего выполнения медицинскими сотрудниками трудовых обязанностей, подлежит возмещению в гражданско-правовом порядке.

Проводящие диагностику и оказывающие медицинскую помощь больным ВИЧ сотрудники, граждане, чья деятельность касается материалов с вирусом, обладают, согласно трудовому законодательству, правом на уменьшение периода рабочего времени, предоставление дополнительного отпуска каждый год, поскольку трудовая деятельность связана с опасными условиями.

Правительство РФ устанавливает длительность рабочего времени и вышеуказанного дополнительного отпуска тех сотрудников здравоохранения, что проводят лечение и выявление граждан с ВИЧ, а равно граждан, чьи

трудовые функции сопряжены с работой с материалами, включающими данный вирус.

Правительство РФ устанавливает порядок, который определяет пределы повышенной заработной платы лицам (поскольку их трудовая деятельность связана с опасными условиями), проводящим диагностику и оказывающим медицинскую помощь больным ВИЧ, гражданам, чья деятельность касается материалов с вирусом, трудящимся в медицинских организациях, которые находятся в подведомственности федеральных органов власти, сотрудникам, реализующим соответствующие функции в пределах воинских частей, а также органов, в которых нормативно установлена военная служба.

А региональные органы исполнительной власти устанавливает порядок в отношении вышеуказанных сотрудников сферы здравоохранения, осуществляющих деятельность в медицинских организациях, которые находятся в подведомственности региональных органов власти.

Кроме того, проводящие диагностику и оказывающие медицинскую помощь больным ВИЧ сотрудники, граждане, чья деятельность касается материалов с вирусом, подвергаются обязательному страхованию от профессиональных болезней и несчастных случаев на производстве [47].

По поводу социальной поддержки больных туберкулезом необходимо отметить следующее. Если лицо, по причине наличия туберкулеза признано временно нетрудоспособным, на предусмотренный в законе период времени за ним будет сохранено его рабочее место.

На период времени нетрудоспособности исходя из заболевания, гражданин имеет право на получение пособия по государственному социальному страхованию.

Гражданам, заболевшим туберкулезом и состоящим под соответствующим диспансерным наблюдением, безвозмездно предоставляются лекарственные средства в целях лечения данного заболевания в амбулаторных условиях в лечебных учреждениях, находящихся в подведомственности органов власти федерального уровня, в

предусмотренном Правительством РФ порядке. Если же лечение проводится в лечебных учреждениях, находящихся в подведомственности региональных органов власти, то соответствующий порядок разрабатывается органами власти субъектов РФ.

Согласно ЖК РФ, лицам, заболевшим заразными видами туберкулеза, может быть выделено жилье в соответствии с соглашениями социального найма [47].

Данные права зачастую не соблюдаются на практике, в связи с чем суды рассматривают соответствующие споры. Так, по одному из дел установлено, что истец страдает тяжелой формой хронического заболевания, включенного в перечень заболеваний, дающий право на дополнительную жилую площадь, своего жилья не имеет, проживает вместе с братом в принадлежащей ему однокомнатной квартире, орган местного самоуправления (ответчик) отказал истцу во внеочередном предоставлении дополнительной жилой площади по договору социального найма. Были заявлены требования о признании нуждающимся в жилом помещении, а также о предоставлении жилого помещения. Пятым кассационным судом общей юрисдикции 05.04.2022 требования были удовлетворены [19].

В законе установлено, что «медицинские, ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, а также работники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда в соответствии с законодательством РФ.

Продолжительность рабочего времени и ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, определяется Правительством РФ.

Размеры повышения оплаты труда за работу с вредными и (или) опасными условиями труда непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи медицинским работникам медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, медицинским работникам из числа гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых законодательством РФ предусмотрена военная и приравненная к ней служба, устанавливаются в порядке, определяемом Правительством РФ, а медицинским работникам медицинских организаций, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов РФ, - в порядке, определяемом органами исполнительной власти субъектов РФ.

Установление сокращенной продолжительности рабочего времени, повышенного размера оплаты труда и предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда непосредственно участвующим в оказании больным туберкулезом противотуберкулезной помощи иным работникам медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, и медицинских организаций, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов РФ, а также иным работникам из числа гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых законодательством РФ предусмотрена военная и приравненная к ней служба, осуществляются по результатам специальной оценки условий труда.

Продолжительность рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска и повышенный размер оплаты труда за работу с вредными и (или) опасными условиями труда ветеринарным и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, а также работникам организаций по

производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающим больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, устанавливаются в порядке, определяемом Правительством РФ.

Медицинские, ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, а также работники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, подлежат обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством РФ» [47].

Таким образом, по результатам написания третьей главы исследования, отметим следующее.

В целях совершенствования правового регулирования медицинской помощи лицам с СОЗ, требуется принять следующие меры: внести дополнения в КАС РФ, предусмотрев в нем нормы о производстве по делам о госпитализации граждан, больных СОЗ, в недобровольном порядке; оптимизировать санитарное законодательство, закрепив процедуру освидетельствования в принудительном порядке, а также помещения в профильные лечебные учреждения граждан, страдающих СОЗ; закрепить меры административного принуждения для лиц, страдающих СОЗ, которые, во-первых, защищали бы их самих от потенциальных злоупотреблений, а во-вторых, обеспечивали бы защиту сотрудников лечебных учреждений, предоставляющих необходимую помощь; необходимо судебных приставов-исполнителей наделить компетенцией по розыску лиц, имеющих СОЗ, в отношении которых вынесено решение суда о принудительной госпитализации.

В отношении некоторых категории лиц с СОЗ установлены меры социальной поддержки. В целях исполнения соответствующих законодательных предписаний целесообразно:

- оптимизировать взаимодействие лечебных учреждений и органов социальной защиты населения в целях оказания должного уровня социальной и медицинской помощи лицам с СОЗ и членам их семей;
- использовать действенные технологии юридической и социальной поддержки несовершеннолетних с СОЗ, пропагандировать и поддерживать взятие под опеку таких лиц, создавать для них наиболее благоприятные условия жизни, осуществлять меры по профилактике сиротства несовершеннолетних, чьи родители больны СОЗ.

Реализацию предложенных мер следует проводить посредством предоставления адресной помощи, охватывающей определение лиц с СОЗ, которым необходима социальная поддержка, в т. ч. при вовлечении в этот процесс некоммерческих организаций.

Заключение

Поскольку СОЗ, и в частности ВИЧ, оказывают негативное влияние на общественно-экономические и демографические показатели, для оптимизации и бесперебойной реализации профилактической деятельности, направленной на борьбу с распространением этих заболеваний, целесообразно на законодательном уровне урегулировать особенности функционирования региональных Центров профилактики СОЗ.

В современных исследованиях зачастую можно обнаружить подмену терминологии, использование пересекающихся категорий, что создает препятствия для эффективной борьбы с СОЗ, а, соответственно, и для оптимизации правового регулирования такого противодействия. Полагаем, что категорию «социальные болезни», которая нередко используется в целях анализа отклонений общественного развития (не имеющих связи с человеческим организмом, а локализующихся в обществе), нецелесообразно применять в исследованиях, касающихся противодействия социально опасным заболеваниям.

В настоящее время в категорию СЗЗ включены болезни, провоцирующие опасения в связи с их преимущественным преобладанием у трудоспособных граждан, поэтому они социально значимы. В категорию СОЗ помещены болезни, благодаря своей природе (инфекционной, вирусной) способные к быстрому распространению и передаче между людьми, а, соответственно, провоцирующие масштабные заражения. Полагаем, что необходимо нормативно закрепить дефиниции таких категорий, как «социально опасные заболевания» и «социально значимые заболевания», это позволит избежать излишних научных дискуссий и практических проблем.

В некоторой степени распространение СОЗ связано с увеличением количества граждан, относящихся к уязвимым социальным группам, которым свойственна поведенческая специфика. Практика свидетельствует, что ранее в большей степени риску были подвержены инъекционные наркозависимые,

представители сексуальных меньшинств и рынка сексуальных услуг. Однако, нынешние тенденции распространения рассматриваемого заболевания указывают на то, что оно преодолело рамки уязвимых социальных групп и преобладает в общей популяции. Помимо поведенческой специфики некоторых групп граждан, это вызвано особенностями экономического развития субъектов РФ, демографическими процессами в них. Активный жизненный ритм, необходимость в сверхурочной трудовой деятельности с несоблюдением режима труда, возросшие потребности, большое значение материальных благ, рост стрессовых ситуаций, трудные отношения между людьми, недостаточная социальная поддержка, обуславливают распространение СОЗ. Соответственно, социальные факторы во многом являются сегодня основной причиной социально опасных заболеваний.

Нормативное регулирование противодействия ВИЧ и другим социально опасным заболеваниям, предусмотрено актами самых различных уровней. Большое значение имеют Федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ», УК РФ и КоАП РФ, предусматривающие ответственность за распространение ряда СОЗ и др., а также акты стратегического планирования.

Между тем, необходимо продолжать развивать международное сотрудничество в данной сфере, поскольку проблемы СОЗ давно вышли за пределы отдельных государств. Пандемия коронавирусной инфекции стала свидетельством того, что человечество до сих пор весьма уязвимо перед опасными заболеваниями, а, соответственно, следует вырабатывать общие меры и принимать программы в рамках БРИКС, ШОС, ЕАЭС и прочих организаций, направленные на борьбу с ними.

В настоящее время требуется выстраивание организованных процессов, направленных на профилактику, диагностику, регистрацию и оказание

медицинской помощи лицам, имеющим СОЗ. Те граждане, которые впервые столкнулись со своим диагнозом, а равно медицинские работники должны располагать информацией в отношении их последующих действий. Представляется, что по каждому виду СОЗ на официальных сайтах органов здравоохранения необходимо разместить информацию о логистике соответствующей болезни, обозначить те организации, в которые следует обратиться, их адреса, телефоны и время приема пациентов. По большинству СОЗ амбулаторная помощь по месту жительства лечения не предоставляется, поскольку для этого функционируют специализированные учреждения.

В целях совершенствования правового регулирования медицинской помощи лицам с СОЗ, требуется принять следующие меры:

- предусмотреть единые термины и списки заболеваний, влекущих для окружающих опасность;
- внести дополнения в КАС РФ, предусмотрев в нем нормы о производстве по делам о госпитализации граждан, больных СОЗ, в недобровольном порядке;
- оптимизировать санитарное законодательство, закрепив процедуру освидетельствования в принудительном порядке, а также помещения в профильные лечебные учреждения граждан, страдающих СОЗ;
- закрепить меры административного принуждения для лиц, страдающих СОЗ, которые, во-первых, защищали бы их самих от потенциальных злоупотреблений, а во-вторых, обеспечивали бы защиту сотрудников лечебных учреждений, предоставляющих необходимую помощь;
- необходимо судебных приставов-исполнителей наделить компетенцией по розыску лиц, имеющих СОЗ, в отношении которых вынесено решение суда о принудительной госпитализации.

В отношении некоторых категории лиц с СОЗ установлены меры социальной поддержки. В целях исполнения соответствующих законодательных предписаний целесообразно:

- оптимизировать взаимодействие лечебных учреждений и органов социальной защиты населения в целях оказания должного уровня социальной и медицинской помощи лицам с СОЗ и членам их семей;
- использовать действенные технологии юридической и социальной поддержки несовершеннолетних с СОЗ, пропагандировать и поддерживать взятие под опеку таких лиц, создавать для них наиболее благоприятные условия жизни, осуществлять меры по профилактики сиротства несовершеннолетних, чьи родители больны СОЗ.

Тестированием на ношение ВИЧ необходимо охватить как можно больше населения, в связи с чем целесообразно в Федеральном законе от 30.03.1995 N 38-ФЗ закрепить дополнительные категории граждан, для которых освидетельствование было бы обязательным. Представляется, что обязательному освидетельствованию необходимо подвергать: лиц, осужденных к лишению свободы, при их выбытии из пенитенциарных учреждений; сексуальных партнеров беременных; граждан, на которых возложена административная ответственность за занятие проституцией и за получение от нее дохода; привлекаемых к уголовной ответственности за вовлечение в занятие проституцией, а равно совершивших деяния, направленные против половых неприкосновенности и свободы.

Полагаем, что предложенные нами меры могут способствовать повышению эффективности борьбы с наиболее опасными для общества заболеваниями.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Анализ ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии. 2017. Т. 9, № 3. С. 103-112.
2. Анализ социально-экономических показателей, заболеваемости и смертности ВИЧ-инфицированных пациентов в РФ // ВИЧ-инфекция и иммуно-супрессии. 2017. Т. 9, № 3. С. 103-112.
3. Апелляционное определение Московского городского суда от 14.10.2016 по делу N 33-41043/2016 [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?BASENODE=g19&req=doc&cacheid=785EE3B76ACD0212570EB4D37F9188E9&mode=backrefs&base=SOCN&n=793643&rnd=URaoXQ#bhovShUgBsQEX7P01> (дата обращения: 03.04.2025).
4. Апелляционное определение Ростовского областного суда от 18.01.2024 по делу N 33-1082/2024 (УИД 61RS0006-01-2022-006504-83) [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?BASENODE=g4&req=doc&cacheid=A04242AAC03C55CB14C0B7BA9ACD23FF&mode=backrefs&base=SOUG&n=233499&rnd=Jmm08Q#58vUThUinddWw0AI1> (дата обращения: 03.04.2025).
5. Бояркина С.И., Ходоренко Д.К. Социетальные детерминанты как факторы риска распространения ВИЧ-инфекции в регионах России // Анализ риска здоровью. 2021. № 3. С. 118–128.
6. Воропинова О.А., Киселева И.Н., Нестеренко А.В. Социально значимые заболевания: динамические характеристики, факторы роста, проблемы учета и управления // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2023. Том 13. № 11А. С. 357-370.
7. Выявление социально-экономических факторов, определяющих распространение ВИЧ-инфекции в регионах России // Вестник УрФУ. Серия: Экономика и управление. 2018. Т. 17, № 2. С. 242-262.

8. Горфин Д. Социальные болезни // Большая медицинская энциклопедия. 1970 [Электронный ресурс] – URL: http://big_medicine.academic.ru/7571 (дата обращения: 22.02.2025).
9. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. СПб.: Союз, 1998. 492 с.
10. Заболеваемость населения социально значимыми болезнями. 2024. [Электронный ресурс] – URL: https://docs.yandex.ru/docs/view?url=ya-browser%3A%2F%2F4DT1uXEPRrJRXlUfoewruO0l15fgjFdLG7PlenE9LOjzQUAhcZy425BwA8yv1QB_d6QM0zx5PYjYpWti5dmt13wf4E72xCgG16lo_3-M92tXNFJToukfHKvuoz--CuZXbiaFXp10Sl2n0sQTObgxWA%3D%3D%3Fsign%3DffdtmLAQNIWWKFBfkStDTnkwAAE59gwhRPauHdFdUG0%3D&name=Zdr2-2.xls&nosw=1 (дата обращения: 22.02.2025).
11. Здравоохранение в России. 2023: Стат.сб./Росстат. М., 2023. 179 с.
12. Как ВИЧ попал в СССР. [Электронный ресурс] – URL: https://www.gazeta.ru/science/2016/10/31_a_10294289.shtml (дата обращения: 22.02.2025).
13. Кассационное определение Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 23.03.2022 N 88а-4799/2022 по делу N 2а-3022/2021 [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?BASENODE=g26&req=doc&cacheid=33565AE3FA624EDFA32476BB6876BAC1&mode=backrefs&base=KSOJ003&n=56175&rnd=URaoXQ#7ObEThU0axV4lrdk> (дата обращения: 03.04.2025).
14. «Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации» от 08.03.2015 N 21-ФЗ (ред. от 28.12.2024) // «Российская газета», N 49, 11.03.2015.
15. «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 03.02.2025) // «Парламентская газета», N 2-5, 05.01.2002.

16. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=2875&rnd=NektJw#Yi22IeUip43X4t35> (дата обращения: 22.02.2025).

17. Концепция системы государственно-общественного управления здравоохранением Российской Федерации. [Электронный ресурс] – URL: <https://www.rmass.ru/publ/info/konceptcia> (дата обращения: 22.02.2025).

18. Малышев Е.А. Административно-правовое регулирование миграционных отношений в сфере внешней трудовой миграции // Закон. 2024. N 3. С. 38 - 47.

19. Определение Пятого кассационного суда общей юрисдикции от 05.04.2022 N 88-2490/2022 [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?BASENODE=g39&req=doc&cacheid=57B4F5B0D2B6CE901E4E889F00DE3786&mode=backrefs&base=KSOJ005&n=25583&rnd=vsYzuA#4CHiVeUKfY0Jy8ck> (дата обращения: 22.02.2025).

20. Определение Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 07.12.2020 по делу N 88-27002/2020 [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?BASENODE=g20&req=doc&cacheid=C5B6B624D60994140DA341B69D00AF6C&mode=backrefs&base=KSOJ004&n=30658&rnd=vsYzuA#ZKEdVeUw34LAMpiu> (дата обращения: 22.02.2025).

21. Панова Л.В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте // Журнал исследований социальной политики. 2019. Т. 17, № 2. С. 177-190.

22. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4 (ред. от 25.05.2022) «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?BASENODE=1-1&req=doc&cacheid=BB03F251F6652DA3011030705C0715BF&mode=multiref>

&base=LAW&n=419887&dst=100081&rnd=wYSelg#nPSoJeUdoEqMlhiA (дата обращения: 22.02.2025).

23. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.11.2019 N 50 «О некоторых вопросах, возникающих в связи с рассмотрением судами административных дел о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке» // «Российская газета», N 276, 06.12.2019.

24. Постановление Правительства РФ от 02.07.2020 N 973 (ред. от 01.02.2022) «Об особенностях организации оказания медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // «Собрание законодательства РФ», 13.07.2020, N 28, ст. 4425.

25. Постановление Правительства РФ от 08.04.2017 N 426 (ред. от 26.06.2021) «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом» // «Собрание законодательства РФ», 17.04.2017, N 16, ст. 2421.

26. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 (ред. от 31.01.2020) «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // «Российская газета», N 271, 07.12.2004.

27. Приказ Минздрава России от 13.03.2019 N 127н [Электронный ресурс] — URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=327333&dst=100011&field=134&rnd=wYSelg#nrmhJeUOhFr2Id4X> (дата обращения: 22.02.2025).

28. Приказ Минздрава России от 19.11.2021 N 1079н (ред. от 21.02.2022) [Электронный ресурс] — URL: <https://base.garant.ru/403137303/?ysclid=m7rly9dd7j324370457> (дата обращения: 22.02.2025).

29. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1129н «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» [Электронный ресурс] – URL: <https://base.garant.ru/74886862/?ysclid=m7rlpm427k474120953> (дата обращения: 22.02.2025).
30. Приказ Минздрава РСФСР от 24.04.1989 N 62 (ред. от 25.07.1989) «Об организации службы профилактики СПИДа в РСФСР» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=41307&cacheid=F79806C139827691248FBFBD07128890&mode=splus&rnd=FycTfA#jXw1NeUW0ESANWc41> (дата обращения: 22.02.2025).
31. Приказ Минздрава СССР от 10.06.1985 N 776 «Об организации поиска больных СПИД и контроле доноров на наличие возбудителя СПИД» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=46251&cacheid=592DFC489E3DD76043A0C94029AF15AA&mode=splus&rnd=FycTfA#OTDmMeU4QdDCIHG41> (дата обращения: 22.02.2025).
32. Путило Н.В. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан: на пороге перемен//Журнал российского права. 2010. № 10. С. 36-45.
33. Радзиховская М.В., Москвичева М.Г., Кафеева Э.И. Нормативно-правовое обеспечение организации медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией на федеральном и региональном уровнях (историческая справка) // Уральский медицинский журнал. №04.2018. С. 119-125.
34. Распоряжение Правительства РФ от 21.12.2020 N 3468-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года» // «Собрание законодательства РФ», 04.01.2021, N 1 (часть II), ст. 190.

35. Резко выросло число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков [Электронный ресурс] – URL: <https://www.mk.ru/social/2023/12/28/statistiki-podschitali-podrostkovprestupnikov-rezultaty-uzhasnuli.html> (дата обращения: 22.02.2025).
36. Рывкина И.В. Социальные болезни российского общества как объект социологического изучения // Общественные науки и современность. 2009 № 3 С. 45-49.
37. Рывкина И.В. Социальные болезни современной России. Публицистическое исследование. М., 2011. 244 с.
38. Солдатенко С.А. Основы социальной медицины. Учебное пособие. Кемерово: 2011. 274 с.
39. Социальные болезни // Энциклопедический словарь по психологии и педагогике. 2013 [Электронный ресурс] – URL: http://psychology_pedagogy.academic.ru/17622/ (дата обращения: 22.02.2025).
40. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 28.12.2024) // «Собрание законодательства РФ», 17.06.1996, N 25, ст. 2954.
41. Указ Президента РФ от 06.06.2019 N 254 (ред. от 27.03.2023) «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // «Собрание законодательства РФ», 10.06.2019, N 23, ст. 2927.
42. Факторы инфицирования и распространения ВИЧ среди лиц из групп социального риска / С.О. Голоднова, И.В. Фельд-блум, Л.В. Юркова, Е.В. Сармометов, В.В. Николенко // Анализ риска здоровью. 2020. № 4. С. 130-136.
43. Федеральный закон от 07.02.2011 N 3-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «О полиции» // «Российская газета», N 28, 10.02.2011.
44. Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // «Российская газета», N 181, 22.09.1998.

45. Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ (ред. от 05.12.2022) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // «Российская газета», N 118-119, 23.06.2001.
46. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Парламентская газета», N 50, 24.11-01.12.2011.
47. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ (ред. от 14.07.2022) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // «Российская газета», N 72, 12.04.1995.
48. Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 26.12.2024) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // «Российская газета», N 64-65, 06.04.1999.
49. Филатов Ф.Р. Феномен болезни в различных системах знания: конфликт интерпретаций // Московский психотерапевтический журнал. 2002 № 2 С. 5-31.
50. Чистяков А.А., Бадалянц Э.Ю. Уголовно-правовые меры борьбы с распространением эпидемий и пандемий // Человек: преступление и наказание. Том 29 № 4, 2021. С. 485-491.
51. Эксперты озвучили свежие данные по ВИЧ в стране [Электронный ресурс] – URL: <https://spid.center/ru/articles/5316> (дата обращения: 28.04.2025).
52. Leavell H.R. Chronic disease and the behavioral sciences // Journal of chronic diseases. 1955. Vol. 2, № 1. P. 113-118.
53. Link B.G., Phelan J.C. Understanding sociodemographic differences in health - the role of fundamental social causes // American Journal of Public Health. 1996. Vol. 86, № 4. P. 471-473.
54. Krickeberg K., Klemperer D. Modern Infectious Disease Epidemiology: Concepts, Methods, Mathematical Models, and Public Health / Eds. by A. Krämer, M. Kretzschmar, K. Krickeberg. New York: Springer, 2010. 443 p.

55. Macintyre S. The black report and beyond what are the issues? // Social science & medicine. 1997. Vol. 44, № 6. P. 723-745.