

Проект Концепции организационно-методического плана преобразования российской наркологической службы на основе правовых и мотивационных аспектов организации наркологической помощи, включая вопросы принудительного и обязательного лечения больных наркологического профиля*

Разработчики: ЗЫКОВ О.В., ЦЫМБАЛ Е.И., ПОЛЯТЫКИН С.А., ДОРОНКИН В.К.

Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)

117449, Москва, ул. Шверника, д. 10-А, тел. (499) 126-3475, факс (499) 126-1064, e-mail: nan@nan.ru, www.nan.ru

9. Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией

Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией определяется как совокупность медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления алкоголя или наркотиков.

Современное состояние системы реабилитации лиц, больных наркоманией, определяется:

- неразвитостью нормативной правовой базы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией;
- недостаточным финансированием реабилитационного звена наркологической медицинской помощи за счет государственного бюджета, вследствие чего наиболее активно реабилитацией наркологических больных занимаются негосударственные организации, в большинстве своем общественные;
- незначительным числом государственных наркологических реабилитационных центров, а также реабилитационных отделений в структуре действующих наркологических учреждений и низким уровнем их кадрового обеспечения;
- отсутствием четкой системы мотивации больных алкоголизмом и наркоманией к участию в реабилитационных программах, неразработанностью критериев

отбора участников для включения в программы реабилитации;

- недостаточной эффективностью медико-социальных мероприятий, обеспечивающих восстановление духовных ресурсов личности больных алкоголизмом и наркоманией и его дальнейшую интеграцию в общество;
- отсутствием системы государственных мер, стимулирующих деятельность по социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ.

Стратегической целью государственной политики в сфере реабилитации наркологических больных являются формирование многоуровневой системы, обеспечивающей доступность к эффективным программам реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, восстановление их социального и общественного статуса, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных алкоголизмом и наркоманией.

Основными направлениями развития медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией в Российской Федерации являются:

- государственное финансирование деятельности негосударственных организаций, специализирующихся на реабилитации наркологических больных, и широкое привлечение к реализации реабилитационных программ лиц, ранее злоупотреблявших алкоголем или наркотиками;
- разработка механизмов государственной поддержки учреждений, обеспечивающих социальную и

* Окончание. Начало см. Наркология. — 2010. — №9.

При разработке проекта Концепции использованы материалы следующих авторов:

Аксенов П.Г., Андреева Л.А., Брюн Е.А., Голенкова Т.И., Дудко Т.Н., Злобин А.А., Кошкина Е.А., Левинсон Л.С., Медведев О.М., Моцная О.В., Огурцов П.П., Олейник С.В., Пелипас В.Е., Тюрина И.О., Эвард Д.Е.

трудовую реинтеграцию участников реабилитационных программ;

- организация реабилитационных наркологических подразделений в структуре действующих наркологических диспансеров и наркологических больниц в субъектах Российской Федерации;

- повышение доступности медико-социальной реабилитации для больных алкоголизмом и наркоманией, а также для обратившихся за медицинской помощью лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями;

- организация системы профессионального обучения, профессиональной переподготовки и трудоустройства больных алкоголизмом и наркоманией, прошедших медико-социальную реабилитацию;

- государственная поддержка научных исследований в области реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией;

- создание механизмов, мотивирующих больных алкоголизмом и наркоманией, на участие в реабилитационных программах.

Целью духовно-реабилитационной деятельности при оказании наркологической помощи должно быть приобщение личности больного к высшим духовно-нравственным идеалам. Представляется, что правильнее говорить о формировании в обществе системы взаимоотношений, регулируемых нормами права и опирающихся на понимание духовно-нравственных смыслов. Такая система способствовала бы формированию мотивации на трезвость у зависимого от ПАВ человека и обеспечивала бы принятие его в общество через подготовленную дружелюбную среду. Указанная среда должна обладать способностью принимать в себя специфического субъекта, не способного на первом этапе участвовать в реабилитационных процессах в полной мере. Поэтому в начальном периоде становления трезвости участники реабилитационного процесса не должны предъявлять ему завышенных требований. В такого рода деятельности принцип постепенности, от простого к сложному, является базовым.

Применительно к взаимодействию общества и наркологического больного особое значение в настоящее время приобретает восстановление прав больного, в том числе и моральных, включая право на доброжелательное отношение со стороны общества, которое невозможно без формирования в обществе культуры отношения к больному человеку и его заболеванию. Духовно-реабилитационная составляющая в структуре наркологической помощи должна определять цели и задачи этой помощи и лежать в основе определения критериев ее эффективности. Если понятия *нравственность* и *духовность* не брать за основу, то наркологическую помощь можно было бы счи-

тать эффективной, если число наркологических больных снижалось бы за счет «естественной» убыли (смертности).

Духовно-нравственные изменения являются самым сложным компонентом реабилитации и, по большому счету, главным критерием эффективности лечения, залогом необратимости произошедших изменений. Опираясь на рассмотренные формулировки, можно предложить следующее определение духовно-реабилитационной деятельности. *Духовно-реабилитационная деятельность — система мероприятий, направленной на полное или частичное восстановление способности личности к восприятию духовно-нравственных ценностей, влияющих на мотивацию больного прекратить злоупотребление ПАВ, сохранять трезвость. Духовно-реабилитационная деятельность направлена на устранение или возможно более полное изменение убеждений и/или преодоление заблуждений наркологического больного, вызванных нарушением или отсутствием смысловых ориентиров, в целях социальной адаптации, достижения им независимости от ПАВ и интеграции в общество. Духовно-реабилитационная деятельность включает в себя изменения, затрагивающие все сферы жизни: отношение к собственному здоровью, психологическому состоянию, трудовой деятельности, отношению к обучению и образованию, отношению к обществу и ближнему окружению, нравственным и религиозным ценностям.*

Главную роль в организации процесса духовной реабилитации должны играть негосударственные организации, поскольку государство в лице ФСКН, МВД, здравоохранения, соцзащиты, органов по делам семьи и молодежи многие годы пытаются переложить ответственность за эту проблему друг на друга. Координация между государственными и общественными структурами до настоящего времени отсутствует: нет общих подходов, распределения ответственности и рычагов воздействия. Нормы морали необходимо воплотить в четкие правовые механизмы. При оказании наркологической помощи необходимо осуществить переход мер государственного принуждения к мерам духовно-реабилитационного характера.

В Российской Федерации около 800 негосударственных организаций заявляют о том, что они занимаются реабилитацией наркозависимых. Абсолютное большинство этих организаций в своей работе использует те или иные технологии духовно-реабилитационной деятельности. Эти организации имеют либо религиозную христианскую направленность, либо используют подход 12-шаговой программы Анонимных алкоголиков и наркоманов, в которой формулируются понятия о Боге и нравственных ценностях.

Неоспоримыми преимуществами реабилитационных программ, которые реализуют общественные организации, являются следующие:

1) программы являются низкопороговыми, в них в большинстве случаев принимают всех желающих, в любое время суток и в любом состоянии;

2) в стационарных общинах больным, проходящим реабилитацию, предоставляют кров и пищу;

3) важным элементом реабилитации является эмоциональная поддержка от лиц с такими же проблемами, как и у самого больного;

4) программы дают возможность раскрываться талантам больных: творческим (пение, музыка, изобразительное искусство), административным (организация труда, контакты с общественностью), профессиональным (работа на компьютере, создание сайтов, реклама, полиграфия);

5) общественные организации активно привлекают внимание общества к проблеме реабилитации наркологических больных, чего не делает государственная наркологическая служба;

6) во время участия в группах самопомощи и пребывания в центрах зависимые полностью воздерживаются от алкоголя и наркотиков.

В оказании духовно-реабилитационной помощи особо значима роль традиционных конфессий и, прежде всего, Русской Православной Церкви как наиболее крупной религиозной организации, обладающей наибольшим духовным потенциалом среди общественных институтов в нашей стране. Задача государства, общества и Церкви заключается в том, чтобы вооружить каждого человека нравственным иммунитетом к употреблению ПАВ, реализовать принцип «богоподобного достоинства человеческой личности», что соответствует Основам социальной концепции Русской Православной Церкви.

Религия принесла в мир принцип личности, институализировала его на Земле, навсегда отменив верховенство индивидуализма, утвердив, что человеческая личность есть основа богоподобности и никогда не сводима к индивиду, поскольку в наивысшей степени проявляется и выражается в беззаветном служении человечеству и обществу.

10. Предложения по развитию правового регулирования оказания наркологической помощи

10.1. Общие положения

Заболевание алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией существенно ограничивает права больного. Из этого следует, что оказание наркологической помощи, одним из элементов которой является установление диагноза наркологического заболевания,

должно иметь четкое нормативно-правовое регулирование, в том числе на уровне федерального законодательства. Согласно ст. 4 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее Основы законодательства о здравоохранении; Закон РФ от 22 июля 1993 г. №5487-1) задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

- правовое регулирование деятельности в области охраны здоровья граждан предприятий, учреждений и организаций всех форм собственности;

- определение прав граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья;

- определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских работников.

Значимость нормативно-правового регулирования оказания наркологической помощи формально подтверждается тем, что в уставах всех лечебно-профилактических учреждений констатируется обязательность соблюдения требований действующего законодательства. Однако формальный, декларативный характер этих положений уставов становится очевидным, стоит лишь задуматься над вопросом, каким Федеральным законом должно регулироваться оказание наркологической помощи?

В период с 1992 по 1999 г. в Российской Федерации были приняты федеральные законы, создавшие основу правового регулирования тех специфических общественных отношений, которые возникают при оказании медицинской помощи. Базовым нормативным актом в области медицинского права стали Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья. Основы закрепили важнейшие положения: принципы организации охраны здоровья граждан; права граждан при оказании медицинской помощи, включая положение о добровольности ее оказания (правовым основанием для медицинского вмешательства является добровольное информированное согласие гражданина или его законного представителя). С учетом особенностей ряда заболеваний, требующих специального правового регулирования (прежде всего необходимости недобровольного медицинского вмешательства в целях защиты интересов самого больного и других граждан), положения Основ о недобровольном медицинском вмешательстве получили развитие в Законе РФ от 2 июля 1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон о психиатрической помощи), а также в Федеральном законе от 30 марта 1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

«Специальные» законодательные акты в области охраны здоровья граждан появлялись в тех случаях, когда возникала необходимость дополнительного пра-

вового регулирования вследствие специфического характера правоотношений или особой социальной значимости заболевания. Наркологические заболевания имеют чрезвычайную социальную значимость. Специфический характер правоотношений, возникающих при оказании наркологической помощи, обусловлен изменениями личности и нарушениями поведения, характерными для этих больных, что ограничивает способность их осознанно руководить своим поведением при принятии решения о медицинском вмешательстве, а также опасностью указанных больных для окружающих вследствие их высокой криминальной активности. Сходные особенности имеют и психические расстройства. В связи с этим для права ключевое значение имеет вопрос, имеющий, скорее, медицинский, чем правовой характер: возможно ли для оказания наркологической помощи использовать Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» или необходима разработка специального закона?

10.2. Регулирование оказания наркологической помощи в действующем законодательстве

Постановлением Верховного Совета РФ от 22 июля 1993 г. №5494-1 была утверждена «Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации». К числу первоочередных задач антинаркотической политики Концепция относил: совершенствование медицинских и юридических подходов к раннему выявлению незаконных потребителей наркотиков; выделение групп населения с повышенным риском незаконного потребления наркотиков и дифференцированное проведение в отношении них предупредительных мероприятий; развитие законодательства, регламентирующего лечение больных наркоманией и социальную реабилитацию наркоманов.

Для реализации этих задач Концепция предполагала:

- развитие наркологической службы с учетом подхода к наркомании и токсикомании как социально опасным заболеваниям;
- улучшение организации наркологической службы в местах лишения свободы;
- целевое финансирование и материально-техническое снабжение сети наркологических учреждений для повышения качества лечения, исходя из научного анализа эффективности существующих лечебных и реабилитационных подходов;
- создание государственного фонда социальной поддержки и реабилитации наркоманов, поддержку благотворительной деятельности в пользу такого фонда;

- повышение качества профессиональной подготовки и переподготовки персонала лечебно-реабилитационных служб, в том числе психиатров-наркологов, психологов, социальных работников;

- создание организационных предпосылок для психопрофилактической работы с семьями и родственниками больных наркоманией, привлечения их к участию в реабилитационной работе с наркоманами.

К сожалению, большинство положений Концепции осталось нереализованным. Из всех задач в области лечения и социальной реабилитации больных наркоманией и мероприятий с лицами, злоупотребляющими наркотическими средствами, достижение которых предполагала Концепция, реализована только система профессиональной подготовки и переподготовки психиатров-наркологов.

Вопрос о правовом регулировании оказания наркологической помощи остался нерешенным, однако с 1998 г. оказание наркологической помощи больным наркоманией регламентируется Федеральным законом от 8 января 1998 г. №3 — ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (глава VII, ст. 54—57). Предметом правового регулирования ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» является оборот определенной группы веществ, «подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации». Этот Закон не создал полноценной нормативно-правовой базы для оказания наркологической помощи. Сделать указанный вывод позволяют следующие обстоятельства:

- предметом правового регулирования Закона является оборот наркотических средств и психотропных веществ, а не оказание медицинской помощи наркологическим больным;

- вне области правового регулирования Закона оказались наиболее распространенные виды наркологической патологии — алкоголизм и токсикомании;

- вопросам организации наркологической помощи в Законе уделено недостаточное внимание (6 из 59 статей), поэтому многие важные проблемы лечения больных наркоманией и после принятия Закона остались неурегулированными. Действовавшие ранее ведомственные нормативные акты, например инструкция «О порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания», утвержденная Приказом Минздрава СССР от 12 сентября 1988 г. №704, решали эту задачу более успешно;

• многие статьи, в которых рассматривается порядок оказания медицинской помощи больным наркоманией, имеют бланкетный (отсылочный) характер. Так, п. 5 ст. 44 и ст. 56 настоящего Закона устанавливают, что порядок медицинского освидетельствования лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они больны наркоманией или находятся в состоянии наркотического опьянения, а также порядок медицинского наблюдения и учета больных наркоманией определяются федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Тем самым, вопросы, непосредственно затрагивающие гражданские права и свободы больных наркоманией, регулируются не Законом, а решением федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, что вряд ли допустимо.

Отдельные положения ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» грубо противостоят действующему в настоящее время и действовавшему ранее законодательству. Так, п. 3 ст. 54 Закона устанавливает, что больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера. Однако по действовавшему ранее уголовному законодательству (п. «г» ч. 1 ст. 97 УК РФ) принудительные меры медицинского характера могут быть применены только к лицам, совершившим преступления и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании. Федеральным законом от 8 декабря 2003 г. №162-ФЗ норма о принудительном лечении алкоголизма и наркомании осужденных была из Уголовного кодекса исключена, а принудительное лечение заменено обязательным лечением осужденных, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

В ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» законодатель предпринял попытку походя, между делом, решить сложные вопросы, относящиеся к другим областям права. Так, ст. 50 Закона устанавливает возможность наблюдения за ходом социальной реабилитации лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков. Это наблюдение влечет запрет посещать определенные места, ограничивает возможность пребывания вне дома после определенного времени суток, требует получение разрешения органов внутренних дел на выезд в другую местность. Наблюдение устанавливается судом в отношении лиц, совершивших тяжкие преступления или особо тяжкие преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, после освобождения из мест лишения свободы.

Нечеткость использованных в данной статье формулировок не позволяет установить, о каких лицах идет речь. Если лицо освобождено судом от дальнейшего отбывания наказания условно-досрочно, то, согласно ч. 2 ст. 79 УК РФ, суд вправе возложить на осужденного широкий перечень обязанностей, которые способствуют достижению целей наказания. В этом случае норма ст. 50 ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» представляется излишней, поскольку дублирует соответствующие положения УК РФ. Если законодатель имел в виду лиц, полностью отбывших назначенное наказание, то положения рассматриваемой статьи превращаются в дополнительное наказание, которое действующим Уголовным кодексом не предусмотрено. Тем самым ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» прямо вторгается в область уголовного законодательства.

Вызывает сомнения и круг лиц, в отношении которых возможно установление наблюдения за ходом социальной реабилитации. Представляется, что медико-социальная реабилитация, осуществляемая при контроле со стороны органов внутренних дел, необходима для лиц, совершивших преступления вследствие злоупотребления ПАВ. В настоящее время около 70% особо тяжких насильственных преступлений против личности (убийств, причинения тяжкого вреда здоровью, изнасилований) совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Примером вторжения в области права, не имеющих ни малейшего отношения к оказанию наркологической помощи, является также ст. 44 ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Согласно данной статье для установления факта наркотического опьянения или употребления наркотических средств или психотропных веществ, диагностирования заболевания наркоманией возможно медицинское освидетельствование лица «по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи». Нечеткость формулировок статьи не позволяет сделать вывод о том, является ли данное освидетельствование принудительным, т.е. исполняется вопреки воле лица. С одной стороны, указание на судебное обжалование решения об освидетельствовании говорит о принудительном характере исполнения данного решения. С другой стороны, не установлены санкции за отказ от прохождения освидетельствования, а также механизм недобровольного исполнения, что характерно для добровольного медицинского вмешательства.

Собственно вопросам оказания наркологической помощи в ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» посвящены следующие статьи.

В ст. 54 помимо ошибочного утверждения о возможности принудительного лечения больных наркоманией, уклоняющихся от лечения или продолжающих злоупотреблять наркотиками, содержится положение о том, что больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Тем самым законодатель распространил на оказание наркологической помощи больным наркоманией общие нормы Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, исключая возможность установления специального правового регулирования, принятого в психиатрии, которое больше соответствует специфическому характеру регулируемых правоотношений.

Ст. 56 Закона является отсылочной, она устанавливает, что порядок медицинского наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Такой подход законодателя представляется ошибочным. Во-первых, вопросы, прямо затрагивающие права граждан, регулируются не федеральным законом, а ведомственным нормативным актом, что не способствует приоритетной защите прав граждан. Во-вторых, ведомственные нормативные акты разрабатываются крайне медленно.

Минздравсоцразвития России были изданы следующие приказы в области наркологии:

- «О мерах по совершенствованию наркологической помощи населению Российской Федерации» от 29.09.1997 №287;
- «О реорганизации Государственного научного центра психиатрии и наркологии» от 29.09.1997 №286;
- «О наркологических реабилитационных центрах» от 18.03.1997 №76;
- «О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами» от 06.10.1998 №290;
- «Об аналитической диагностике наркотических средств, психотропных и других токсических веществ в организме человека» от 05.10.1998 №289;
- «Об утверждении Стандартов (моделей протоколов) диагностики лечения наркологических больных» от 28.04.1998 №140;
- «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)» от 23.08.1999 №327;
- «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)» от 22.10.2003 №500;
- «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним» от 30.12.2003 №623;
- «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологи-

ческих учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений» РФ от 27.01.2006 №45.

Положение о медицинском наблюдении за больными наркоманией и учете больных наркоманией до настоящего времени отсутствует.

В некоторых нормативных актах Минздрава России используются расплывчатые или некорректные формулировки, что затрудняет практическое использование этих документов. Так, в Положении «Об организации деятельности наркологического кабинета по обслуживанию детского населения», утвержденном Приказом Минздрава России от 30 декабря 2003 г. №623 «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним», сказано, что «в своей деятельности наркологический кабинет по обслуживанию детского населения руководствуется законодательством Российской Федерации». Однако, в Положении не сказано, какими из действующих законов (Основами законодательства о здравоохранении, Законом о психиатрической помощи или ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах») должен пользоваться «нарколог, обслуживающий детское население». Также в документе не раскрыто правовое содержание понятия «динамическое наблюдение», которое осуществляется за «несовершеннолетними с синдромом зависимости от психоактивных веществ (больными алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями)». Действующее законодательство знает только две существенно различающиеся формы медицинского наблюдения: консультативно-диагностическое и диспансерное. К какой из этих форм должно быть отнесено «динамическое наблюдение», Положение не раскрывает.

Алкоголизм (наркомания, токсикомания) — это хроническое неинфекционное заболевание, которое протекает с фазами обострений и ремиссий. Ведущими расстройствами при этом заболевании являются патологическое влечение к ПАВ и абстинентный синдром при прекращении их приема. В процессе заболевания у больного возникают расстройства личности, в тяжелых случаях достигающие выраженного слабоумия, а также развиваются соматоневрологические осложнения и нарушения социального функционирования.

При решении вопроса об организации лечения и реабилитации лиц, злоупотребляющих ПАВ, необходимо дифференцировать три существенно различающиеся группы потребителей ПАВ:

- лица, которые, хотя и допускают злоупотребление ПАВ, но алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией еще не страдают (эпизодические потребители). Не являясь больными наркоманией, о которых говорится в главе VII Закона, они, тем не менее, нуждаются в медико-социальной помощи;

- лица, у которых уже сформировалась химическая зависимость (больные алкоголизмом, токсикоманией и наркоманией), но у них сохраняется социальная адаптация;

- социально дезадаптированные больные алкоголизмом и наркоманией с грубыми поведенческими нарушениями.

Многообразие проявлений наркологической патологии необходимо учитывать при оказании наркологической помощи, поэтому важным принципом оказания этого вида медицинской помощи является комплексность терапии. Данный принцип подразумевает необходимость сочетания биологических, психотерапевтических и реабилитационных методов на всех этапах лечения; коррекцию не только наркологических, но психических, соматических и социальных нарушений. В каждом конкретном случае удельный вес используемых медикаментозных и немедикаментозных методов определяется вкладом в механизм заболевания биологических и социально-психологических факторов. С учетом особенностей клинической картины наркологического расстройства формируется программа терапии. Однако реабилитационные мероприятия обязательны на всех этапах лечения заболевания, хотя проводиться они могут в различных формах.

Нормативно-правовая регламентация коррекции нарушений социального функционирования или реабилитации в настоящее время разработана явно недостаточно и не отвечает потребностям практики. Можно выделить три основных варианта проведения реабилитации лиц, злоупотребляющих ПАВ:

- 1) реабилитация осуществляется в государственном, муниципальном или негосударственном медицинском учреждении. В этом случае вне зависимости от того, кто в ней участвует (медицинские работники, например, психотерапевт или специалисты, не являющиеся таковыми, например психологи, консультанты из числа выздоравливающих больных или социальные работники), она регламентируется законодательством и правовыми нормативными актами о здравоохранении;

- 2) реабилитация осуществляется вне государственного или муниципального медицинского учреждения, например в учреждении социального обслуживания населения или ином учреждении, деятельность которого подлежит лицензированию. В этом случае процесс реабилитации регламентируется отраслевым законодательством в зависимости от имеющейся лицензии;

- 3) реабилитацией больных алкоголизмом и наркоманией активно и успешно занимаются общественные формирования, например группы самопомощи (Анонимные алкоголики, Анонимные наркоманы и др.), различные общественные и религиозные организации. В этих случаях процесс реабилитации не имеет никакой

нормативной регуляции, а правовой статус лица, проходящего реабилитацию, остается неопределенным.

Успешная реабилитация и коррекция социально-психологического функционирования наркологических больных в значительной мере определяют эффективность всего процесса оказания наркологической помощи. Однако указанная деятельность не требует лицензирования, если осуществляется вне рамок амбулаторно-поликлинической или стационарной наркологической помощи, как «прочие виды работ и услуг». В условиях недостаточной правовой регламентации социальной работы и практически полного отсутствия таковой в области психологической коррекции это приводит к бесконтрольной деятельности тех юридических и физических лиц, занятых реабилитацией наркологических больных и оказанием им психологической помощи, основной целью которых является получение прибыли.

10.3. Развитие нормативно-правовой базы оказания наркологической помощи

С учетом того, что психические расстройства и нарушения поведения, связанные употреблением ПАВ, относятся к психическим расстройствам, оказание наркологической помощи должно регламентироваться Законом о психиатрической помощи после внесения в него необходимых изменений и дополнений.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания меняют отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку, что, согласно преамбуле указанного закона, является главной особенностью психических расстройств. В основе наркологической патологии лежит нарушение психической деятельности — неспособность больного произвольно регулировать свое поведение адекватно объективным требованиям окружающей обстановки.

Использование норм Закона о психиатрической помощи позволяет оптимальным образом решить проблему недобровольного медицинского вмешательства в наркологии. Этот вид наркологической помощи по медицинским показаниям можно оказывать в форме недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический (наркологический) стационар, используя закрепленные в Законе основания для добровольного и недобровольного освидетельствования, добровольной и недобровольной госпитализации, соответствующие процедуры, а также гарантии соблюдения прав больного и интересов общества. Ориентация на медицинские показания при недобровольной госпитализации наркологических больных является важной гарантией того, что главным в ее содержании будет лечение, а не изоляция больного. Именно превращение принудительного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией из метода лечения в форму социальной изо-

ляции наркоманов обусловило крайне низкую эффективность деятельности лечебно-трудовых и лечебно-воспитательных профилакториев, входивших в систему учреждений МВД.

При использовании норм Закона о психиатрической помощи наркологическая помощь может оказываться в амбулаторных или стационарных условиях. Амбулаторная наркологическая помощь в зависимости от медицинских показаний может оказываться в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения. Консультативно-лечебная наркологическая помощь оказывается при самостоятельном обращении больного либо его законного представителя. Диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия больного или его законного представителя решением комиссии врачей-наркологов.

Основаниями для установления диспансерного наблюдения являются следующие особенности течения наркологического расстройства:

- его хроническое и затяжное течение;
- наличие тяжелых стойких или часто обостряющихся болезненных проявлений.

Указанные критерии позволяют успешно решать с их помощью большинство вопросов, возникающих на практике. Особо следует подчеркнуть, что законодатель прямо не связывает установление диспансерного наблюдения с нозологической принадлежностью психического расстройства. Очевидно, что критериям ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи соответствует лишь часть случаев физической зависимости от ПАВ (хроническое течение, наличие обострений — тяжелого абстинентного синдрома, психотических расстройств, а также выраженной социальной дезадаптации и поведенческих расстройств).

В Закон о психиатрической помощи включена самостоятельная норма о судебно-психиатрической экспертизе (ст. 14). Указанную норму необходимо дополнить новой частью, в которой указать, что судебная экспертиза для установления факта опьянения или наличия зависимости от ПАВ по гражданским и уголовным делам, а также при рассмотрении дел об административных правонарушениях производится врачами психиатрами-наркологами.

Для распространения на наркологические учреждения, включая стационары, правового статуса психиатрических учреждений необходимо дополнить ст. 30 и 37 Закона о психиатрической помощи. Так, меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи должны быть распространены на оказание наркологической помощи, а пациентов наркологических стационаров следует наделить правами пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

При наличии принципиального сходства юридически значимых особенностей наркологической патологии и

психических расстройств между ними имеются определенные различия, обусловленные включением в раздел F1 «Психические расстройства и расстройства» не только синдрома зависимости, но и состояний, обусловленных приемом ПАВ у лиц без явлений зависимости от ПАВ (острая интоксикация ПАВ, пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ). В случаях эпизодического употребления ПАВ без явлений зависимости отсутствует основной признак психического расстройства — изменение отношения человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношения общества к человеку. Сами эти состояния являются преходящими, транзиторными, обусловлены присутствием в организме ПАВ. С клинической точки зрения, они не могут быть отнесены к болезненным состояниям (психическим расстройствам), поэтому на лиц с эпизодическим приемом ПАВ не должны распространяться правоограничения, предусмотренные действующим законодательством для больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией. В связи с этим, ст. 1 Закона о психиатрической помощи необходимо включить указание на то, что установленные законодательством Российской Федерации ограничения прав, связанные с алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, могут распространяться только на лиц с зависимостью от ПАВ.

Ст. 24 Основ законодательства о здравоохранении установлен общий порядок, согласно которому правом на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него наделяются несовершеннолетние старше 15 лет. Федеральным законом от 1 декабря 2004 г. №151-ФЗ «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» для несовершеннолетних больных наркоманией этот возраст был повышен до 16 лет.

Причины внесенных изменений очевидны. Согласно ст. 20.22 КоАП, появление в состоянии опьянения несовершеннолетних в возрасте до 16 лет, а равно распитие ими алкогольной и спиртосодержащей продукции, потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, иных одурманивающих веществ на улицах, стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах является основанием для привлечения их родителей к административной ответственности. В отношении подростков старше 15 лет, но младше 16 лет возникала парадоксальная ситуация: родители не могли без согласия несовершеннолетних обеспечить оказание им наркологической помощи, но должны были нести административную ответственность за употребление ими ПАВ. Таким образом родители добросовестно, но безуспешно пытавшиеся лечить своих детей, злоупотребляющих ПАВ, оказывались без вины виноватыми, поскольку административ-

ная ответственность за потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача (ст. 6.9 КоАП), распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции либо потребление наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах (ст. 20.20 КоАП) и появление в общественных местах в состоянии опьянения (ст. 20.21 КоАП) наступает с 16 лет.

Федеральный закон от 1 декабря 2004 г. №151-ФЗ устранил указанное противоречие лишь частично.

Во-первых, он повысил возраст информированного согласия только для потребителей наркотических средств и психотропных веществ, тогда как административную ответственность влечет появление в общественных местах в состоянии опьянения и распитие в общественных местах спиртных напитков и потребление там же одурманивающих веществ.

Во-вторых, этот Закон касается оказания медицинской помощи несовершеннолетним, страдающим наркоманией, тогда как действия, образующие состав административных правонарушений, предусмотренных ст. 6.8 (незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов), 6.9, 20.20 и 20.21 КоАП РФ, могут совершаться несовершеннолетними, употребляющими спиртные напитки и одурманивающие вещества.

В связи с изложенным представляется целесообразным законодательно закрепить положение, что несовершеннолетним в возрасте до 16 лет, употребляющим ПАВ, врачи психиатры-наркологи оказывают помощь по просьбе или с согласия их законных представителей. Для этого необходимо внести соответствующие изменения в ч. 2 ст. 4, ч. 2 ст. 7, ч. 3 ст. 11, ч. 2 ст. 23, ч. 2 ст. 26, ч. 4 ст. 28 и ч. 1 ст. 31 Закона о психиатрической помощи.

Медицинское освидетельствование в наркологии может преследовать две цели: установление факта опьянения (употребления ПАВ) и установление зависимости от ПАВ. Действующие редакции ст. 23, 24 и 25 Закона о психиатрической помощи создают необходимую правовую базу для проведения добровольного и недобровольного освидетельствования с целью выявления зависимости от ПАВ. Экспертиза опьянения или состояния одурманивания нуждается в дополнительном нормативно-правовом регулировании. Ст. 23 Закона о психиатрической помощи следует дополнить частью седьмой, где указать, что недобровольное освидетельствование для выявления состояния опьянения или установления факта потребления ПАВ проводится по основаниям и в порядке установленным КоАП РФ.

Медицинское освидетельствование для выявления опьянения или установления факта потребления ПАВ

возможно в форме токсикологического исследования или в форме клинического обследования. Токсикологическое исследование является специфическим для наркологии методом, поэтому в настоящее время Законом о психиатрической помощи токсикологическое исследование не предусмотрено. В связи с этим необходимо дополнить Закон о психиатрической помощи новой статьей (ст. 24.1) «Токсикологическое исследование» следующего содержания:

(1) Токсикологическое исследование биологических сред и образцов для выявления ПАВ и продуктов их метаболизма является формой психиатрического освидетельствования лиц, употребляющих ПАВ. Правила медицинского освидетельствования опьянения и факта употребления ПАВ; предельно допустимые концентрации ПАВ и их метаболитов, превышение которых свидетельствует об опьянении или употреблении ПАВ, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

(2) Токсикологическое исследование может использоваться для подтверждения воздержания от приема ПАВ при принятии решения о прекращении диспансерного наблюдения.

Оказание наркологической помощи имеет две специфические особенности:

- во-первых, необходимость медицинского наблюдения за практически здоровыми лицами с эпизодическим приемом ПАВ, у которых отсутствует зависимость;
- во-вторых, возможностью криминализации поведения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

Отмеченное обстоятельство позволяет включить в перечень критериев для установления диспансерного наблюдения за наркологическими больными выраженную дезсоциализацию и криминализацию личности больных.

Для учета указанных особенностей Закон о психиатрической помощи необходимо дополнить новой статьей (27.1) «Виды амбулаторной наркологической помощи» следующего содержания:

(1) Амбулаторная наркологическая помощь лицу, употребляющему ПАВ, в зависимости от медицинских и социальных показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения;

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом психиатром-наркологом при самостоятельном обращении лица, употребляющего ПАВ или со сформировавшейся зависимостью от ПАВ, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя;

(3) Диспансерное наблюдение устанавливается независимо от согласия лица, страдающего зависимостью от ПАВ, его родителей или законного представителя и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом психиатром-наркологом и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи. Диспансерное наблюдение устанавливается за лицами с зависимостью от ПАВ с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, если они:

а) ведут асоциальный образ жизни, грубо нарушают общественный порядок, вследствие злоупотребления ПАВ совершают административные правонарушения;

б) совершили преступление и решением суда им назначена принудительная мера медицинского характера в виде принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра-нарколога¹;

(4) Лица, страдающие наркологическими заболеваниями, за которыми установлено диспансерное наблюдение, могут быть освидетельствованы психиатром-наркологом без их согласия или согласия их законного представителя. Информация о больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией передается в территориальные органы внутренних дел и ФСКН без их согласия или согласия их законного представителя;

(5) Длительность диспансерного наблюдения в случае, предусмотренном пунктом «а» настоящей статьи, составляет не менее трех лет; в случаях, предусмотренных пунктом «б» настоящей статьи, — один год, после чего рассматривается вопрос о его прекращении или продлении. В случае, предусмотренном пунктом «а» настоящей статьи, установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при значительном и стойком улучшении психического состояния лица, когда отпадают основания для диспансерного наблюдения;

(6) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения, его прекращении или продлении принимается комиссией психиатров-наркологов, назначаемой администрацией наркологического учреждения, оказывающего амбулаторную наркологическую помощь, или комиссией психиатров-наркологов, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации;

(7) Мотивированное решение комиссии психиатров-наркологов оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении, прекраще-

нии или продлении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

Таким образом, специальный порядок передачи информации о лицах, употребляющих ПАВ, из наркологических учреждений в органы внутренних дел распространяется только на лиц, находящихся на диспансерном наблюдении. Во всех остальных случаях сохраняется общий порядок передачи информации, составляющей врачебную тайну, который определен ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении. Для законодательного закрепления такого порядка представляется дополнить содержащийся в ст. 61 Основ законодательства о здравоохранении перечень оснований для предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя отдельным пунктом, где указать, что разглашение врачебной тайны возможно в иных случаях, установленных федеральным законом.

В свою очередь, ст. 9 Закона о психиатрической помощи («Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи») необходимо дополнить частью второй следующего содержания:

(2) Учреждения, оказывающие наркологическую помощь, по запросам органов внутренних дел, ФСКН предоставляют сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя только о лицах, находящихся на диспансерном наблюдении. Учреждения, оказывающие наркологическую помощь, ежеквартально информируют территориальный орган внутренних дел по месту жительства больного, находящегося на диспансерном наблюдении, о посещении наркологического учреждения, выполнении медицинских назначений, продолжении приема ПАВ.

Департамент развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России и Управление по лицензированию деятельности в сфере здравоохранения и социального развития Росздравнадзора передают в Перечень информации, представляемой для включения в состав единого банка данных по вопросам, касающимся оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также противодействия их незаконному обороту, следующие сведения:

- «О количестве больных с зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ» (раздел 3);
- «О лицах, которые злоупотребляют наркотическими средствами и психотропными веществами, но у которых еще не сформировался синдром зависимости» (раздел 4);
- «О лицах, умерших от употребления наркотических средств и психотропных веществ» (раздел 15).

¹ После отнесения алкоголизма, наркомании и токсикомании к психическим расстройствам назначение им принудительных мер медицинского характера должно регламентироваться ст. 21 и 22 УК РФ. От существующего ныне института обязательного лечения алкоголизма и наркомании (ст. 18 УИК РФ) целесообразно отказаться.

Эта информация должна быть обезличенной, т.е. не содержать полного объема персональных данных, позволяющих идентифицировать потребителя ПАВ.

Еще одной специфической чертой зависимости от ПАВ является патологическое влечение к ПАВ, которое может достигать выраженности компульсивного и определять поведение больного. Для пресечения попадания запрещенных средств в наркологические учреждения, оказывающие стационарную наркологическую помощь, необходимо принятие комплекса специальных мер, которые не используются в психиатрических стационарах. В связи с этим ст. 30 Закона о психиатрической помощи необходимо дополнить частью четвертой следующего содержания:

«Для предупреждения употребления ПАВ больными, находящимися в наркологическом стационаре, должностными лицами указанных учреждений принимаются меры для ограничения несанкционированных контактов больных с посторонними лицами; устанавливается перечень продуктов, предметов и веществ, запрещенных к хранению больными, находящимися на лечении; проводятся проверки для изъятия продуктов, предметов и веществ, запрещенных к хранению».

Таковы основные изменения и дополнения, которые должны быть внесены в Закон о психиатрической помощи для того, чтобы использовать его при оказании наркологической помощи.

Уголовная статистика свидетельствует о том, что значительная часть насильственных и корыстно-насильственных преступлений в Российской Федерации совершается лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. В связи с этим УК РФ предусматривал возможность назначать решением суда лицам, страдающим алкоголизмом или наркоманией и осужденным за совершенные преступления, не только мер наказания, но принудительные меры медицинского характера. Федеральный закон от 08.12.2003 №162-ФЗ исключил из УК РФ положения о применении принудительных мер медицинского характера в отношении осужденных, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Вместо принудительного лечения в УК РФ было внесено изменение, в соответствии с которым к осужденным, больным алкоголизмом или наркоманией, учреждением, исполняющим наказание в виде лишения свободы, по решению медицинской комиссии должно применяться обязательное лечение.

Последствия этого решения следует признать негативными, поскольку недобровольное наркологическое лечение осужденных выпало из сферы судебной власти, оказавшись полностью в ведении учреждений УИС. Во-первых, снизился уровень процессуальных гарантий прав лиц, к которым применяется обяза-

тельное лечение. Принудительное лечение назначалось судом на основании заключения комиссии экспертов; уклонение от принудительного лечения не влекло негативных последствий для осужденного. Обязательное лечение назначается медицинской комиссией исправительного учреждения, отказ от обязательного лечения влечет применение к осужденному дисциплинарного взыскания. Во-вторых, при обязательном лечении оказался сокращенным круг лиц, подлежащих наркологическому лечению, поскольку ст. 18 УИК РФ допускает применение обязательного лечения только в отношении осужденных к трем видам наказаний: ограничению свободы, аресту и лишению свободы.

Следует отметить, что принудительное лечение алкоголизма и наркомании в том виде, в котором оно существовало до декабря 2003 г., не могло считаться эффективным. Это было связано с тем, что лечение осуществлялось только в период исполнения наказания, когда осужденный и так находился под достаточно жестким контролем, а также с недостаточной мотивированностью осужденных на лечение. В связи с этим представляется необходимым внести в УК России положение, дающее возможность замены наказания или его части принудительным лечением алкоголизма или наркомании. Возобновление осужденным употребления алкоголя или наркотиков в период исполнения принудительных мер медицинского характера должно влечь назначение наказания.

Исходя из приоритета профилактических мер административного, медицинского и общественного характера целесообразно внесение в законодательство изменений, направленных на формирование правовой основы снижения спроса на алкоголь и наркотики, сочетающих соблюдение прав человека, разумные ограничения и запреты, уголовно-правовые и административные санкции, дифференцированные формы и методы лечения, информирование, консультирование, помощь и иные профилактические меры. Также в спектре мер правового реагирования на правонарушающее поведение лиц, злоупотребляющих ПАВ, следует значительно активнее использовать лечение как альтернативу наказанию.

11. Антикризисная программа профилактики алкоголизации и наркотизации у лиц, потерявших работу

11.1. Особенности рынка труда в Российской Федерации

Рынок труда в современной России находится на этапе становления, что требует новых подходов к регулированию социально-трудовых отношений, которые учитывали бы особенности российской экономи-

ки, в том числе ее существенные региональные различия. Значительную роль на рынке труда играют возрастная и гендерный факторы. Отечественный рынок труда перегружен специалистами с высшим образованием: их в 4—5 раз больше, чем необходимо. При этом существует нехватка работников со средним специальным (в 2 раза меньше) и начальным профессиональным (в 6—7 раз меньше, чем требуется) образованием.

В рыночных условиях работодатели должны следовать концепции затрат на прирост прибыли, согласно которой, создание каждого дополнительного рабочего места целесообразно лишь в том случае, если оно обеспечивает прирост прибыли, больший, чем связанные с его созданием затраты.

За последние годы произошли определенные изменения в источниках получения дохода (банковские проценты, доход от ценных бумаг, сдача в наем собственности, предпринимательская деятельность, различные виды самозанятости). Однако для подавляющей части населения главным источником доходов продолжает оставаться заработная плата. В связи с этим отмечающаяся в российском обществе высокая доля лиц, не удовлетворенных оплатой труда, создает существенное социальное напряжение, которое значительно усугубляется большим притоком трудовых мигрантов, в том числе и нелегальных.

Важнейшей особенностью российского рынка труда является то обстоятельство, что даже при существенном повышении производительности труда экономический рост в стране невозможен без масштабного пополнения трудовых ресурсов за счет миграции, не только внутренней, но и внешней. Последнее обстоятельство превращает Россию в один из крупнейших наряду с США и Германией центров мировой иммиграции. Следует учитывать, что процесс "перелива" рабочей силы зачастую способствует расширению теневой и криминальной экономики. Эти проблемы становятся и приобретают особую значимость в экономически развитых странах. Так, несмотря на строгие меры по ограничению иммиграции, принятые во многих странах Западной Европы, США, Канаде, Австралии, численность трудящихся-мигрантов постоянно увеличивается, что усиливает нагрузку на национальный рынок труда.

Специфическими для Российской Федерации факторами, стимулирующими активный приток иммигрантов, являются:

- малая мобильность внутренних трудовых ресурсов;
- высокая доля непривлекательных рабочих мест на рынке труда;
- значительная протяженность границ со странами, имеющих избыток рабочей силы (или недостаток рабочих мест);

- советское прошлое, благодаря которому население большинства приграничных государств владеет русским языком.

Отмеченные обстоятельства свидетельствуют о необходимости формирования механизмов социального приспособления населения к быстро меняющимся условиям на рынке труда. Эти механизмы должны быть ориентированы на все слои населения, все возрастные группы и все регионы страны. Однако в наибольшей степени в поддержке нуждаются уязвимые группы, к каковым относятся лица, имеющие ограниченные возможности здоровья, в том числе больные алкоголизмом и наркоманией, молодежь и лица старше 45 лет. Однако именно эти возрастные группы наименее готовы приобрести другую специальность или профессию, повысить свою квалификацию.

В современных условиях наряду с макроэкономическими факторами на динамику трудовой занятости оказывают влияние демографические и миграционные процессы. Темпы роста населения, изменение его структуры и качества обуславливают движение рабочей силы на рынке труда. Изменения половозрастной структуры, образовательного уровня и здоровья населения — все это способствует развитию различных форм занятости населения.

Острота этих проблем в современных условиях подчеркивается влиянием нарастающей открытости национальных экономик и глобализации мирохозяйственных связей на занятость и безработицу. Это выражается и в свободе перемещения рабочей силы, которая может осуществляться негативными способами. Все это свидетельствует о необходимости разработки различных форм контроля и применения протекционистских мер для защиты национального рынка труда. В централизованной экономике, где государство осуществляет обширный круг функций управления социальными процессами, имеет место разделение воздействия государства на демографические процессы и трудовую занятость на две категории.

К первой категории относятся государственное управление и финансирование процессов подготовки и переподготовки трудовых ресурсов, их распределения и использования, осуществляемые в масштабах экономики страны, отраслей народного хозяйства, регионов.

Ко второй категории воздействия относятся анализ и прогнозирование, основанное на них частичное регулирование роста общей численности населения: процессов рождаемости, смертности, миграции; возрастной структуры населения; качественных параметров: физического, психического и социального здоровья людей, морально-нравственных критериев и норм поведения.

В условиях социально-экономических рыночных преобразований, осуществляемых в нашей стране, возможности планирования образовательных процессов, связанных с подготовкой и переподготовкой трудовых ресурсов, распределения выпускников учебных заведений, создания новых и ликвидации устаревших рабочих мест, ограничения безработицы, переселения рабочей силы, а также государственного регулирования демографической ситуации резко сузились. Это связано, в первую очередь, с недостаточностью финансовых ресурсов государственного бюджета, которые могут быть использованы в качестве рычагов управления. Для этих целей целесообразно применять следующий арсенал инструментов государственного управления и регулирования:

- целевые программы обеспечения занятости трудоспособного населения и ограничения безработицы;
- принятие государственного и муниципального бюджетов с учетом необходимости решения на бюджетной основе наиболее острых проблем демографической и миграционной политики;
- использование выделенных средств бюджета таким образом, чтобы можно было расширить круг взаимосвязанных задач, сочетая, например, социальную помощь безработным с их переподготовкой, переквалификацией.

Кроме этого, государству необходимо осуществлять регулирование деятельности коммерческих организаций, позволяющее в максимально возможной мере привлечь их средства и направить их усилия на способствование решению проблем роста народонаселения и обеспечения занятости. К числу подобных регулирующих воздействий относятся:

- способствование развитию систем негосударственного образования и государственного платного образования, обеспечивающих высокое качество учебной подготовки с привлечением средств самих обучающихся при одновременном переходе на систему государственных заказов в образовании;
- применение методов, средств, рычагов, побуждающих предприятия осуществлять подготовку и переподготовку кадров, включая административно-распорядительное воздействие со стороны государства;
- развитие системы морального поощрения, использование социально-психологических методов для улучшения ситуации в области создания и поддержания института семьи, увеличения рождаемости, улучшения здоровья населения страны.

Государство перестало быть единственным гарантом занятости, и в сложившихся условиях каждый работник самостоятельно решает вопрос, работать ему или нет. Государство выполняет следующие функции регулирования занятости:

- содействие развитию экономики и создание благоприятного инвестиционного климата;

- совершенствование системы распределительных отношений в экономике и обществе;

- организация социальной защиты населения и обеспечение социальных гарантий в рамках занятости и охраны труда;

- создание и обеспечение деятельности государственной службы занятости;

- разработка и реализация целевых программ занятости для определенных категорий населения;

- осуществление государственной политики в области трудовой миграции.

Предлагаемой системой мер не исчерпывается весь диапазон средств государственного регулирования демографических процессов и трудовой занятости населения, но они могут способствовать решению основных проблем в этой области.

11.2. Проблемы трудовой занятости в условиях экономического кризиса

Проблема занятости является одной из фундаментальных в развитии и функционировании современного общества, поскольку с психологической точки зрения труд выступает в качестве основного вида деятельности для совершеннолетних лиц. Соответственно, безработица (отсутствие занятости) влечет для личности комплекс неблагоприятных социально-психологических последствий. В то же время как социальное явление безработица присуща стадии товарного производства и выполняет функции одного из важнейшего регуляторов рынка труда. Следует понимать, что рыночные отношения не способствуют всеобщей занятости населения. Таким образом, безработица на современном уровне развития общества неизбежна, поэтому центральное значение приобретает задача минимизации связанных с ней потерь.

Среди основных социально-экономических и правовых проблем в России, требующих нового осмысления и практического решения, безусловно, находятся вопросы трудовой занятости населения и ее обеспечения. К сожалению, в трудовом законодательстве до сих пор отсутствует определение «обеспечение трудовой занятости», много споров вызывает само определение понятия «занятость». В п. 1 ст. 1 Закона от 19 апреля 1991 г. «О занятости населения в Российской Федерации» занятость определяется как деятельность граждан, связанная с удовлетворением личных и общественных потребностей, не противоречащая законодательству РФ и приносящая им, как правило, заработок, трудовой доход. Из этого определения неясно, о каких именно видах деятельности трудовой, учебной или иной идет речь. В Законе о занятости перечислены только те виды и формы занятости общественно полезной деятельностью, которые не дают гражданину права на получение пособия по безработице. Такой подход к определению заня-

тости затрудняет правовую регламентацию деятельности по трудоустройству неработающих граждан.

Под *трудоустройством* следует понимать занятость граждан в сфере общественного или личного труда в не противоречащих законодательству формах, направленную на получение заработка или иного дохода. Формами трудовой занятости являются:

- работа по найму; предпринимательская деятельность;
- членство в производственных кооперативах;
- занятость в подсобных промыслах с реализацией продукции по договорам; ведение крестьянского (фермерского) хозяйства.

С этой точки зрения, обеспечением занятости будут являться комплекс социально-экономических, юридических и организационных гарантий, способствующих сокращению безработицы, реализации всеми желающими своего права на труд.

Кризисные явления значительно обострили ситуацию на рынке труда. Эффективность механизмов его регулирования в последнее десятилетие оставалась недостаточной и не позволяла осуществлять в полном объеме институциональные изменения в экономике. Первые проявления ухудшения экономической ситуации, связанные с мировым кризисом, были отмечены уже в сентябре—октябре 2008 г. В 2009 г. кризисные явления охватили все отрасли экономики. Предприятия недополучали прибыль, следствием чего стало сокращение персонала, снижение оплаты труда и рост скрытой безработицы (вынужденные отпуска, неполная занятость). В наибольшей степени кризис сказался на промышленности, строительстве и торговле.

Результаты социологических опросов свидетельствуют о том, что около четверти работающих предполагают вероятность потери работы, а 10% считают эту вероятность высокой. Следовательно, более трети работающих находятся в период кризиса в ситуации перманентной фрустрации. Одним из традиционных способов снятия психологического напряжения является прием ПАВ. Таким образом, в ситуации кризиса лица, злоупотребляющие ПАВ, оказываются в наиболее неблагоприятной ситуации на рынке труда. Во-первых, наличие зависимости от ПАВ снижает их привлекательность для работодателей. Во-вторых, в ситуации связанного с кризисом роста социально-психологической напряженности возрастает вероятность возобновления злоупотребления ПАВ у больных, находящихся в ремиссии. Своеобразие российского рынка труда проявляется в том, что наиболее стабильным свое положение считают неквалифицированные рабочие, поскольку работников на должности санитаров, дворников, уборщиц и т.д. всегда не хватает. Таким образом, в прошлом квалифицированный специалист, утративший работу вследствие злоупотребления ПАВ, в настоящее время не имеет стимула к восстанов-

лению своего профессионального и социального статуса, поскольку это ставит его в уязвимое положение на рынке труда.

В числе других услуг подавляющему большинству обратившихся в центр занятости в период кризиса требуется юридическая помощь. Как показывают результаты социологических исследований, менее трети обращающихся для трудоустройства в службу занятости считают себя информированными в области трудового законодательства. В условиях нынешнего экономического кризиса отмечаются многочисленные нарушения прав работников со стороны работодателей с целью максимальной экономии средств. Это выражается в отказе от выплаты или сокращении размеров выходного пособия, понуждение к увольнению по собственному желанию и т.п. **Таким образом, важной антикризисной мерой может стать создание службы бесплатного консультирования работников по вопросам трудового законодательства и разрешению трудовых конфликтов в центрах занятости.**

Как показывают социологические исследования, в числе безработных в настоящее время оказываются, в первую очередь, такие социальные группы, как молодежь, пожилые работники, женщины с детьми. Молодежь, женщины, работники предпенсионного и пенсионного возраста составляют до 70% безработных и более.

Несмотря на значительную распространенность злоупотребления ПАВ, лица с зависимостью от ПАВ не рассматриваются как особая группа на рынке труда. Соответственно и государственная политика занятости представлена следующими направлениями:

- защита трудовых прав работающих;
- содействие в трудоустройстве незанятого населения;
- оказание помощи в повышении квалификации и профессиональной переподготовке.

В этих условиях найти работу лицам с зависимостью от ПАВ крайне сложно. Утрата ситуационного и количественного контроля над потреблением ПАВ, возникающая еще на первой стадии зависимости, обуславливает непредсказуемость поведения больного, который в случае срыва ремиссии может в любой момент не выйти на работу. При прогрессировании заболевания происходит перестройка системы ценностей больного, он утрачивает прежние интересы, что также негативно сказывается на его качествах как работника. Также необходимо учитывать, что наркологический диагноз в ряде случаев исключает для больного возможность продолжения прежней профессиональной деятельности, что предполагает необходимость профессиональной переподготовки. Такая переподготовка для многих наркологических больных оказывается

крайне сложной, что объясняется психической ригидностью, связанной со злоупотреблением ПАВ.

Лица, злоупотребляющие ПАВ, в большей степени подвержены риску получения трудового увечья или причинения вреда здоровью других лиц, что также не повышает заинтересованность работодателей. **Отмеченное обстоятельство требует создания специальной системы социальных гарантий для работодателей, принимающих на работу потребителей ПАВ.**

Лицам, злоупотребляющим ПАВ, в настоящее время предлагаются рабочие места, не пользующиеся спросом у работников без ограничений по состоянию здоровья (непрестижные и малооплачиваемые). К этой категории относятся следующие вакансии:

- тяжелая или опасная работа, в неблагоприятных условиях, не требующая квалификации;
- монотонный труд, связанный с повышенной интенсивностью (конвейер);
- подсобные малооплачиваемые виды работ в строительстве, промышленности или сельском хозяйстве;
- неквалифицированные виды работ в сфере обслуживания, торговли, оказания коммунальных услуг;
- занятость в теневом и криминальном секторах экономики (в незарегистрированных фирмах, производстве контрафактной продукции).

11.3. Технологии решения проблемы

трудоустройства наркологических больных

Одним из наиболее эффективных механизмов трудоустройства определенных групп населения является квотирование рабочих мест. В настоящее время в регионах действуют законы о квотировании рабочих мест, призванные содействовать приему на работу инвалидов и молодежи, созданию и сохранению специальных рабочих мест для инвалидов, созданию рабочих мест для молодежи, а также обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к рабочим местам и инфраструктуре организаций. Примером такого закона является Закон г.Москвы от 22 декабря 2004 г. №90 «О квотировании рабочих мест». Положения этого закона распространяются на ограниченную категорию лиц:

- инвалидов, признанных таковыми федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- несовершеннолетних в возрасте от 14 до 18 лет;
- лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте до 23 лет;
- выпускников учреждений начального и среднего профессионального образования в возрасте от 18 до 24 лет, высшего профессионального образования в возрасте от 21 года до 26 лет, ищущих работу впервые.

Кроме того, квотировать рабочие места должны только организации, среднесписочная численность работников которых составляет более 100 чел. Размер квоты составляет 4% от числа работающих. В случае

отсутствия специализированных рабочих мест выполнением квоты может считаться ежемесячная уплата в городской целевой бюджетный фонд квотирования рабочих мест компенсационной стоимости рабочего места в размере прожиточного минимума на день уплаты. Незначительная величина прожиточного минимума делает для работодателей экономически более привлекательными компенсационные выплаты, а не создание специальных рабочих мест.

Для содействия трудовой занятости определенных категорий населения в регионах могут создаваться специализированные организации. Например, в Москве создается городской центр по профессиональной реабилитации и трудоустройству инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, выполняющий функции специализированной биржи труда. Аналогичные центры могут создаваться и для наркологических больных.

Анализ статистических данных о деятельности служб занятости населения по трудоустройству несовершеннолетних свидетельствует о том, что при отсутствии вакантных мест основной формой трудоустройства лиц в возрасте 14—18 лет является временная работа с привлечением средств федерального бюджета, общественные работы еще не стали значимой формой трудоустройства. **Из этого следует, что рабочие места для лиц с наркологическими заболеваниями также должны создаваться за счет средств федерального бюджета.**

Федеральное законодательство (Закон РФ от 19 апреля 1991 г. №1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации») предусматривает создание координационных комитетов содействия занятости населения. Эти комитеты создаются из представителей объединений профессиональных союзов, иных представительных органов работников, работодателей, органов службы занятости и других заинтересованных государственных органов, общественных объединений, представляющих интересы граждан в целях выработки согласованных решений по определению и осуществлению политики занятости населения на федеральном, территориальном уровнях в рамках социального партнерства.

Региональное законодательство, например Закон г.Москвы от 1 октября 2008 г. №46 «О занятости населения в городе Москве», дает более подробную регламентацию деятельности координационных комитетов. Так, московский закон наделяет координационный комитет следующими правами:

- рассматривать проекты городских программ по содействию занятости населения;
- участвовать в рассмотрении проектов законов и иных нормативных правовых актов г.Москвы по проблемам занятости населения;

- вносить в органы исполнительной власти города Москвы предложения по совершенствованию государственной политики содействия занятости населения и повышению социальной защищенности граждан;

- вносить предложения по направлениям расходования финансовых средств, предназначенных для реализации мероприятий содействия занятости населения и материальной поддержки безработных граждан;

- координировать деятельность в области содействия занятости населения;

- рассматривать иные вопросы содействия занятости населения.

Координационные комитеты разрабатывают конкретные рекомендации по вопросам интегрирования и реабилитации определенных категорий населения, в том числе с ограниченными возможностями здоровья, включая профессиональную подготовку и содействие их занятости на рынке труда.

Еще одной формой трудоустройства определенных контингентов лиц являются **федеральные или региональные целевые программы**. Так, Тамбовской областной думой была принята региональная целевая программа содействия трудовой занятости осужденных к наказанию в виде лишения свободы на период до 2000 г.

Примером детальной проработки развития занятости осужденных может служить Комплексная программа трудовой занятости лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь. Аналогичные программы могут разрабатываться и для трудоустройства лиц, зависимых от ПАВ. **При трудоустройстве больные алкоголизмом или наркоманией, прошедшие реабилитационную программу, должны быть отнесены к категории инвалидов, что создаст им дополнительные возможности в поиске работы.**

11.4. Трудоустройство

несовершеннолетних и молодежи

Проблема трудовой занятости несовершеннолетних и молодежи в Российской Федерации остается одной из наиболее острых социальных проблем. В период переживаемого в настоящее время экономического кризиса ситуация на рынке труда она усугубилась, причем в наибольшей степени пострадали социально уязвимые группы, в том числе несовершеннолетние и молодежь. Отмена в 1990 г. системы государственного распределения выпускников учебных заведений привела к тому, что значительная часть молодых людей после окончания учреждений среднего и высшего профессионального образования не могут найти работу, соответствующую полученному образованию. Широкое распространение платного высшего образования, с одной стороны, создало дополнительные преграды на пути малообеспеченных выпускников школ, желающих продолжить свое обра-

зование, с другой стороны, привело к существенному снижению уровня высшего профессионального образования и дискредитации диплома как свидетельства о наличии определенных профессиональных навыков.

Ограничение доступности основных институтов социализации — образовательной и трудовой деятельности, несовершеннолетние юноши и девушки пополняют контингент «группы риска», начинают злоупотреблять алкоголем и наркотиками.

Основными направлениями работы с этим контингентом являются:

- содействие созданию и развитию молодежных бирж труда и молодежных предприятий;

- организация временной летней занятости школьников старших классов и учащейся молодежи;

- организация системы профессиональной подготовки кадров с учетом вероятных потребностей рынка труда;

- профориентационная работа среди учащихся школ, направленная на повышение престижности профессий, пользующихся спросом на рынке труда.

Временная трудовая занятость учащейся молодежи организуется для приобщения молодежи к общественно полезному труду и получению трудовых навыков, адаптации к трудовой деятельности и подготовке к самостоятельному выходу на рынок труда, а также для улучшения материального благосостояния их семей. Кроме того, временная трудовая занятость учащейся молодежи в период каникул ограничивает время бессодержательного проведения досуга, сопряженного с высоким риском употребления ПАВ.

Основными формами временного трудоустройства учащейся молодежи являются:

- работа лагерей труда и отдыха;

- временное трудоустройство в межшкольных учебно-производственных комбинатах;

- временное трудоустройство на дополнительно созданные рабочие места;

- участие в оплачиваемых общественных работах, организуемых органами по труду, занятости и социальной защите;

- работа студенческих отрядов.

Добиться поставленной цели позволяют:

- диверсификация механизмов обеспечения занятости молодежи и адаптация их на рынке труда с учетом местных условий, обеспечение различных форм занятости несовершеннолетних и молодежи;

- принятие законодательных мер, создающих заинтересованность предприятий, вне зависимости от форм собственности в трудоустройстве молодежи.

Одной из активно используемых форм является Молодежная биржа труда, которая осуществляет мероприятия по трудовой занятости несовершеннолетних граждан в возрасте от 14 до 18 лет на территории субъекта Федерации или муниципального образования. Кроме того, мо-

лодежная биржа труда призвана содействовать расширению возможностей для молодежи и подростков получать профориентационные услуги, услуги по адаптации на рынке труда и решению проблем трудовой занятости.

Программы по временному трудоустройству несовершеннолетних и молодежи реализуются территориальными управлениями федеральной государственной службы занятости населения. Участие в этих программах позволяет трудоустроиться на временную работу учащимся общеобразовательных школ, учреждений начального и среднего профессионального образования как в период каникул, так и в свободное от учебы время в течение всего учебного года, а также подросткам, по каким-либо причинам не являющимся учащимися на момент обращения в территориальные центры занятости. Организация трудоустройства подростков на временную работу проводится при непосредственном участии органов государственной исполнительной власти, занятости, образования, здравоохранения, комиссий по

делам несовершеннолетних и органов по делам молодежи, общественных организаций и объединений.

В настоящее время основными видами работ, на которые привлекаются несовершеннолетние и учащаяся молодежь, являются:

- благоустройство и озеленение территорий города, благоустройство пойм, берегов рек;
- восстановление и реставрация историко-культурных памятников;
- мелкие ремонтные и подсобные работы;
- уход за сельскохозяйственными культурами и сбор урожая;
- обслуживание культурно-массовых мероприятий;
- социально-бытовое обслуживание;
- полиграфические услуги;
- курьерские услуги.

Указанные работы не требуют специальной подготовки, но и не предполагают высокой оплаты, а потому не представляют интереса для молодежи.

DRAFT CONCEPT OF ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL PLAN FOR THE TRANSFORMATION OF THE RUSSIAN DRUG SERVICE