# ПОДХОД «ЗДОРОВЬЕ ВО ВСЕХ ПОЛИТИКАХ» И ОЦЕНКА РЕГУЛИРУЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В РОССИИ И В МИРЕ

#### Д.А. ХАЛТУРИНА<sup>1</sup>, В.А. ЗЫКОВ<sup>1</sup>, Т.С. ЗУБКОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия

#### УДК: 614.2

#### Аннотация

#### DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-4-15-33

В статье проведен анализ международного и российского опыта внедрения в законодательство подхода «Здоровье во всех политиках», а также оценки регулирующего воздействия на общественное здоровье. Определенные шаги в направлении реализации этого подхода в России уже сделаны, однако, в целом, еще предстоит продвинуться в направлении его внедрения. Выявлено, что действующая система оценки регулирующего воздействия нормативных правовых актов (ОРВ) в России имеет узкую направленность и ориентирована на защиту интересов бизнеса, что не соответствует устоявшейся мировой практике, предполагающей комплексную ОРВ, включая воздействие регулирования на общественное здоровье. Представлены рекомендации по усилению принципа «здоровье по всех политиках» в российском законодательстве и введению практики оценки регулирующего воздействия на общественное здоровье в России.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, регулирование, государственное и муниципальное управление, оценка регулирующего воздействия, экономика.

**Для цитирования:** Халтурина Д.А., Зыков В.А., Зубкова Т.С. Подход «Здоровье во всех политиках» и оценка регулирующего воздействия на общественное здоровье в России и в мире // Общественное здоровье. 2021, 1(4):15–33. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-4-15-33.

Контактная информация: Халтурина Дарья Андреевна, khaltourina@mednet.ru

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 27.10.2021. Статья принята к печати: 30.11.2021. Дата публикации: 03.12.2021.

#### UDC: 614.2

#### DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-4-15-33

## "HEALTH IN ALL POLICIES" APPROACH AND HEALTH IMPACT ASSESSMENT IN RUSSIA AND THE WORLD D.A. Khalturina<sup>1</sup>, V.A. Zykov<sup>1</sup>, T.S. Zubkova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

#### **Abstract**

This study presents analysis of the international and Russian experience of implementation of "health in all policies" approach into legislation, as well as of health impact assessment.

Certain steps towards the implementation of this approach have already been made in Russia, however, in general, there is still a lot to be done. It was revealed that the current system regulatory impact assessment (RIA) in Russia has a narrow focus and is focused on protecting the interests of business, which does not correspond to the well-established world practice, which presupposes complex RIA, including the impact of regulation on public health. Recommendations for strengthening the principle of "health by all policies" in Russian legislation and the introduction of the practice of assessing the regulatory impact on public health in Russia are presented.

**Keywords:** public health, regulation, public administration, Ключевые слова: общественное здоровье, регулирование, государственное управление, health impact assessment, economics.

**For citation:** Khalturina D.A., Zykov V.A., Zubkova T.S. "Health in All Policies" Approach and Health Impact Assessment in Russia and the world // Public health. 2021; 1(4):15–33. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-4-15-33.

Corresponding author: Darya A. Khalturina, khaltourina@mednet.ru

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

© Д.А. Халтурина, В.А. Зыков, Т.С. Зубкова, 2021 г.

#### ВВЕДЕНИЕ

В 2020 г. в результате всенародного голосования внесены изменения в Статью 72 Конституции Российской Федерации. В перечень предметов совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов включены вопросы сохранения и укрепления общественного здоровья. Таким образом, подчеркивается особая значимость развития системы общественного здоровья для российского общества.

То, что общественное здоровье зависит не только от качества и доступности медицинской помощи, но и от регулирования общественных отношений в других сферах, было известно с давних времен. Так, пионерский «Закон об укреплении общественного здоровья» Англии и Уэльса 1848 г. касался вопросов градостроительства (водопровод, канализация) в целях профилактики инфекционных заболеваний [1].

Исходя из общепринятых определений общественного здоровья [1, 2], к вопросам общественного здоровья относятся факторы и мероприятия, оказывающие значимое влияние на продолжительность жизни и показатели здоровья населения [2].

Например, специалисты Центров контроля заболеваний США (Centers for Disease Control, CDC) относят к успехам в сфере общественного здоровья в XX веке вакцинацию и борьбу с инфекционными заболеваниями, улучшение безопасности на дорогах, на рабочих местах, снижение смертности от заболеваний сердца и инсультов, более безопасное и здоровое питание, улучшение здоровья матери и ребенка, планирование семьи, фторирование воды и признание табака угрозой для здоровья [3].

Исследователи выделяют в качестве ключевых мер в сфере общественного здоровья следующие меры:

▶ наиболее значимые аспекты организации медицинской помощи [4], включая профилактику поведенческих факторов риска [5, 6], например, борьбу против табака, предотвращение вождения в нетрезвом виде [7], санитарные меры [8, 9], улучшение условий жизни

и труда, включая борьбу с загрязнением окружающей среды, и многое другое [3, 5, 7].

Сантоса с соавт. выделили следующие виды мер общественного здоровья:

- предоставление населению стандартизированных продуктов (медицинские препараты, вакцины);
- предоставление медицинских услуг (например, услуги первичной медицинской помощи);
- изменение поведения человека (например, стратегии распространения заболеваний, передающихся половым путем);
- контроль рисков, связанных с окружающей средой (например, борьба с загрязнением воздуха) [7].

И. Масик видит основным достижением в сфере общественного здоровья в современном мире и его приоритетом профилактику хронических заболеваний за счет снижения воздействия факторов риска [6].

Дж. Филдинг включил в число достижений XX в. в сфере общественного здоровья в США увеличение продолжительности жизни, снижение бремени инфекционных заболеваний, снижение смертности от хронических заболеваний, снижение распространенности поведенческих факторов риска, таких как табакокурение, потребление некоторых незаконных наркотических веществ, снижение распространенности вождения в нетрезвом состоянии, вакцинацию, улучшение санитарной ситуации и условий труда [5].

Таким образом, мы видим, что на состояние здоровья населения так или иначе может влиять широкий спектр направлений государственного и муниципального управления, включая политику ведомств, осуществляющих выработку или контроль реализации законодательства в сфере не только здравоохранения, но и бюджета и налогов [10, 11], социальной защиты, трудовых отношений, сельского хозяйства и продовольственной безопасности, регулирования торговли и производства, защиты окружающей среды, защиты прав человека, транспортной и жилищной политики, рекламы, СМИ, туризма, образования и т.д. [12, 13].

В частности, интересы общественного здоровья напрямую зависят от решений, принимаемых финансовыми ведомствами, включая размеры бюджетного финансирования здравоохранения, ставки акцизов на вредные продукты, а также уровень неравенства в целом, который может отражаться на здоровье населения [12, 13] и при этом формируется в высокой степени в результате налоговой и бюджетной политики [10, 11].

Интересы общественного здоровья могут быть затронуты в других сферах политики неумышленно, в силу несогласованности действий, или идти вразрез с интересами других отраслей. К таким примерам можно отнести производителей алкоголя [14], табака, [15] наркотиков [16], вредных продуктов питания [17], молочных смесей [18], лекарств [16], нефти [19], вредных для окружающей среды производств [20], оружия, игорный бизнес и т. д.

Таким образом, помимо здравоохранных ведомств значительное влияние на общественное здоровье могут оказывать ведомства, отвечающие за торговлю, финансы, промышленность, сельское хозяйство, которые руководствуются прежде всего экономическими интересами, к тому же нередко в краткосрочной перспективе. Развитие отраслей производства товаров и услуг, вредных для человека или окружающей среды, может входить в целевые показатели ведомств, отвечающих за торговлю, промышленность, сельское хозяйство и т.д.

При участии страны в торговых соглашениях представители экономических и дипломатических ведомств могут не заметить или проигнорировать интересы общественного здоровья. Так, например, после присоединения к ЕС в 2004 г. Эстонии, где акцизы на алкогольную продукцию были низкими, ввиду единой таможенной территории акцизы были понижены и в Финляндии, что привело там к росту ассоциированной с алкоголем смертности [21].

Ответом на ситуации, когда интересы общественного здоровья не учитываются, стал подход «Здоровье во всех политиках» в государственном управлении. Одним из

важнейших инструментов такого подхода является проведение оценки регулирующего воздействия нормативных правовых актов на общественное здоровье.

Задачей данного исследования является анализ перспектив применения подхода «Здоровье во всех политиках», включая оценку регулирующего воздействия нормативных правовых актов на общественное здоровье в России.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Методы данного исследования включают классический анализ литературных источников, в том числе с использованием базы IRIS – институционального хранилища ВОЗ для обмена информацией, а также анализ международного законодательства и законодательства Российской Федерации.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Советский Союз одним из первых начал внедрять принцип здоровья во всех политиках в законодательство. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 18.06.1979 г. № 286-X Закон СССР от 19 декабря 1969 г. № 4589-VII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» был дополнен Статьей 4 «Охрана здоровья населения — обязанность всех государственных органов, общественных организаций» следующего содержания:

«Охрана здоровья населения является обязанностью всех государственных органов, предприятий, учреждений и организаций. Полномочия указанных органов, предприятий, учреждений и организаций по охране здоровья населения определяются законодательством Союза ССР и союзных республик.

Профессиональные союзы, кооперативные организации, общества Красного Креста и Красного Полумесяца и другие общественные организации в соответствии с их уставами (положениями) принимают участие

в обеспечении охраны здоровья населения в порядке, предусмотренном законодательством Союза ССР и союзных республик.

Граждане СССР должны бережно относиться к своему здоровью и здоровью других членов общества».

В 1986 г. была принята Оттавская хартия по укреплению здоровья, в которой было рекомендовано применять принцип учета интересов здоровья во всех политиках (секторах, стратегиях) (Health in All Policies, - англ., НіАР) - общегосударственный подход к охране здоровья, при котором учитывается воздействие, оказываемое на здоровье политикой всех секторов, и правительства получают рычаг воздействия на ключевые детерминанты здоровья благодаря систематическому подходу. Официальный перевод этого термина ВОЗ на русский язык «здоровье во всех стратегиях» представляется не слишком удачным, поскольку здоровье должно учитываться не только на стратегическом, но и на тактическом уровне.

Еще одним примером интеграции этого принципа в законодательство является Европейский союз. Согласно части 1 статьи 9 Договора о функционировании Европейского союза (ДФЕС) «при определении и осуществлении своей политики и деятельности учитывает потребности в содействии высокому уровню занятости, в обеспечении адекватной социальной защиты, в борьбе с социальной маргинализацией и в высоком уровне образования, обучения и охраны здоровья людей».

Кроме того, согласно части 1 Статьи 168 раздела XIV «Общественное здоровье» ДФЭС «При определении и осуществлении всех направлений политики и деятельности Союза обеспечивается высокий уровень охраны здоровья людей».

На 3019-м заседании Комитета по занятости, социальной политике и здоровью Совета Европейского союза 8 июля 2010 г. было принято заключение Совета о равенстве и здоровье во всех политиках «Солидарность в здоровье».

Действия по внедрению принципа «здоровье во всех политиках» включают два

основных направления. Это взаимовыгодное сотрудничество и контроль вреда.

Взаимовыгодное сотрудничество основано на повышении межведомственной координации и реализации неиспользованного потенциала укрепления здоровья.

Например, программа ВОЗ «Школы, содействующие укреплению здоровья» способствует снижению индексу массы тела (ИМТ) учащихся (т.е. профилактике избыточного веса и ожирения), повышению уровня физической активности, потреблению фруктов и овощей, профилактике потребления табака, снижает риски стать жертвой издевательств, иными словами школы имеют потенциал делать учеников более здоровыми [22]. Однако он не будет реализован без сотрудничества между секторами здравоохранения и образования.

В Южной Австралии принцип здоровья во всех политиках был использован для повышения уровня грамотности среди детей из бедных семей (в том числе коренного населения), так как был использован аргумент о том, что грамотность – доказанный фактор здоровья [23].

Еще одним из примеров налаженной межсекторальной связи между службой здравоохранения и социальными службами являются программы по борьбе с онкологическими заболеваниями во Франции, разработанные при президентах Жаке Шираке и Николя Саркози. По данным 2003 года смертность от рака во Франции была самой высокой в Евросоюзе. План борьбы с раком (French Cancer Plan) был запущен 24 марта 2003 г., основная цель которого заключалась в снижении смертности от рака на 20% за пять лет. Среди приоритетных направлений его реализации можно выделить усиление координации между врачами и лечением на дому, обеспечение более гуманной и всесторонней системы социальной поддержки, помогающей больным раком продолжать заниматься профессиональной деятельностью, поощрение и содействие медицинскому обслуживанию на дому и возможностей для родителей остаться рядом с госпитализированными детьми, оказание пациентам психологической поддержки.

Предотвращение вреда, связанного с другими секторами и/или коммерческими интересами, является более сложным, конфликтным направлением реализации принципа «здоровье во всех политиках».

Международный опыт показывает, что декларации не всегда транслируются в практику.

Так, например, в Евросоюзе, несмотря на достаточно однозначное закрепление принципа «здоровье во всех политиках», есть многочисленные сообщения о негативном воздействии корпоративного лоббизма на общественное здоровье, включая производителей и продавцов табака [24], алкоголя, продуктов питания [25].

Одним из вариантов реализации данного принципа может быть законодательно установленный приоритет интересов здоровья населения над коммерческими интересами конкретных отраслей.

Например, согласно Статье 5.3 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) «при разработке и осуществлении своей политики общественного здравоохранения по борьбе против табака Стороны действуют таким образом, чтобы защитить свою политику от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности в соответствии с национальным законодательством».

В 2013 г. специалисты Министерства социального обеспечения и здравоохранения Финляндии опубликовали монографию «Здоровье во всех стратегиях. Использование возможностей, реализация стратегий». В монографии рассматривали реализацию этого принципа применительно к развитию ребенка в раннем детстве, сфере трудовой занятости, укреплению психического здоровья, сельского хозяйства, регулированию табака, алкоголя, защиты окружающей среды, а также вопросы обеспечения справедливости в отношении здоровья [26].

В России введение данного принципа в законодательство имеет длительную историю. В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 18.06.1979 г. № 286-X не только Закон СССР от 19 декабря 1969 г.

№ 4589-VII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», но и Закон РСФСР от 29 июля 1971 г. «О здравоохранении» был дополнен положением о том, что «охрана здоровья населения является обязанностью всех государственных органов, предприятий, учреждений и организаций» 1.

Закон СССР от 19 декабря 1969 г. № 4589-VII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» был признан не действующим на территории Российской Федерации в соответствии с подпунктом 1 части 1 статьи 99 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии со Статьей 9 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья»:

- «1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации, организации социального обслуживания и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.
- 2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации».

В настоящее время согласно части 2 статьи 5 Федерального закона № 303-ФЗ (Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий), «государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места

Выражаем признательность А.В. Коротковой за консультацию по данном вопросу.

жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств».

Таким образом, принцип «здоровье по всех политиках» не обозначен в российском законодательстве в должной мере, существующие положения Федерального закона № 303-ФЗ воспринимаются как гарантии в сфере охраны здоровья, которую, в свою очередь, большинство государственных органов понимает как медицинскую помощь и профилактику заболеваний, не относящихся к их сфере деятельности.

В связи с этим, требуется внесение изменений в Статью 9 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ с целью закрепления данного принципа, а именно учета органами государственной власти и органами местного самоуправления интересов охраны здоровья граждан при принятии нормативных правовых актов и реализации иных функций в пределах своих полномочий.

При этом, может быть учтен также советский опыт. Однако, к сожалению, декларация принципа «здоровье по всех политиках» в законодательстве СССР не трансформировались в значительное улучшение здоровья населения, поскольку продолжительность жизни советских граждан не росла столь значительно как во многих других странах. Однако, по всей видимости, это было связано не с нарушением данного принципа, а с недостаточностью информации в связи с тем, что не в полной степени использовался адвокативный потенциал эпидемиологических исследований неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, а также оценки регулирующего воздействия на общественное здоровье, поскольку ожидаемая продолжительность жизни в СССР начала падать с конца 1960-х гг.

Немаловажным фактором стало, по всей видимости, сокрытие официальной статистики смертности с 1970-х гг., как и многих других показателей общественного здоровья на фоне роста смертности с конца 1960-х гг. [27]. Среди основных причин роста смертности в СССР называют рост потребления алкоголя,

прежде всего крепкого, распространенности курения среди мужчин [28], загрязнение окружающей среды, отставание в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний [29] и т.д.

Такая ситуация не уникальна, в качестве примера можно привести рост смертности среди мужчин европейского происхождения в средних возрастах в США от причин, связанных с поведенческими факторами риска [30]. Особенностью советского кризиса смертности было то, что непубличность статистики смертности сужала круг вовлеченных в решение этой проблемы. Сокрытие статистики смертности СССР препятствовало проведению и широкому обсуждению разносторонних, независимых исследований вопросов общественного здоровья. По сути, интересы политики, идеологии, имиджа государства были поставлены выше вопросов общественного здоровья.

В то же время, советское общество было лишено многих недостатков обществ с рыночной экономикой, где коммерческие интересы часто вредят общественному здоровью. Например, распространенность курения среди женщин в СССР в условиях отсутствия агрессивной рекламы была невысокой и составляла около 10% [31].

В России некоторые вопросы общественного здоровья инкорпорированы в нормативные правовые акты, относящиеся к другим сферам, нежели здравоохранение, что свидетельствует о потенциале дальнейшей реализации межведомственного подхода к профилактике неинфекционных заболеваний в Российской Федерации.

Так, например, согласно Указу Президента Российской Федерации от 31.12.2015 № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации», к угрозам национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан относятся массовое распространение таких заболеваний, как онкологические, сердечно-сосудистые, эндокринологические, а также наркомания и алкоголизм, увеличение случаев травм и отравлений, доступность психоактивных и психотропных веществ для незаконного потребления.

Доктриной продовольственной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 21 января 2020 г. № 20, предусмотрена разработка и реализация комплекса мер, направленных на сокращение потребления алкогольной и табачной продукции.

Определенные достижения в России есть в части декларирования принципа приоритета здоровья над коммерческими интересами производителей и продавцов табачной и алкогольной продукции.

Статья 4 Федерального закона 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» предусматривает «приоритет охраны здоровья граждан перед интересами табачных организаций». Статьей 8 данного федерального закона предусмотрены требования к взаимодействию органов государственной власти и органов местного самоуправления с табачными организациями. Однако эти требования нередко нарушаются, в связи с чем необходимы дополнительные усилия по их реализации.

На практике это может быть осуществлено путем дополнения главы 19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях статьей, предусматривающей ответственность за нарушение установленного федеральным законом порядка взаимодействия органов государственной власти и органов местного самоуправления с табачными организациями.

Одним из принципов Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р, являлся принцип обеспечения приоритетности защиты жизни и здоровья граждан по отношению к экономическим интересам участников алкогольного рынка.

Однако есть немало примеров, когда потенциал подхода «Здоровье по всех политиках» в России используется недостаточно.

Например, наблюдается несогласованность государственной политики в области питания в России. Так, Стратегией развития пищевой и перерабатывающей промышленности РФ на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2012 г. № 559-р, было предусмотрено увеличение производства продуктов питания, включая те, избыточное потребление которых увеличивает риски ожирения. В то же время Федеральным проектом «Укрепление общественного здоровья» предусматривается снижение темпов роста ожирения.

Вместе с тем политика защиты бизнеса в России периодически может препятствовать укреплению общественного здоровья. Например, в рамках т.н. «регуляторной гильотины», которая задумывалась как инструмент масштабного пересмотра и отмены нормативных правовых актов, негативно влияющих на общий бизнес-климат и регуляторную среду (Механизм «регуляторной гильотины»), было отменено Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2014 № 1425, которым были утверждены Правила определения органами местного самоуправления границ территорий, прилегающих к социально значимым организациям и объектам (школы, больницы, военные части и т.д.), в границах которых не допускается розничная продажа алкогольной продукции. Принятое взамен Постановление Правительства Российской Федерации от 23 декабря 2020 г. № 2220 вводит дополнительные требования к процедуре установления или увеличения размеров указанных расстояний, что может существенно затруднить деятельность органов муниципальной власти по сокращению злоупотребления алкоголем, реализуемую в пределах их полномочий.

Таким образом, можно сказать, что определенные шаги в направлении реализации принципа «здоровье по всех политиках» в России уже сделаны, однако, в целом, России еще

предстоит продвинуться в направлении его реализации.

#### Оценка регулирующего воздействия на общественное здоровье в России и в мире

Оценка регулирующего воздействия на здоровье является важным инструментом реализации принципа «здоровье во всех политиках».

Оценка регулирующего воздействия (ОРВ, Policy Impact Assessment – англ., также анализ регулирующего воздействия (АРВ)) – оценка социально-экономических последствий вводимого государственного регулирования для возможности отклонения или отправления на доработку нормативных актов, дающих негативный эффект. Оценка фактического воздействия (ОФЗ) является разновидностью ОРВ, выполняемой после принятия политики.

Оценка регулирующего воздействия на здоровье (ОВЗ) (Health impact assessment, HIA, – англ.) – разновидность ОРВ, которая проводится для выявления потенциальных последствий (преднамеренных или непреднамеренных) влияния политик, проектов, программ и планов действий на здоровье населения как внутри, так и (все чаще) за пределами сектора здравоохранения. ОВЗ может проводиться в разных формах как в рамках комплексной оценки регулирующего воздействия, так и отдельно [32].

Быстрая (ускоренная) оценка регулирующего воздействия представляет собой структурированный сбор и анализ экспертных оценок. Быстрая ОРВ проводится, когда трудно рассчитать более точно эффект регулирующего воздействия, когда сравниваются две или более версии программы, например, обновление программы либо просто требуется взгляд извне [33]. Технология быстрой оценки начала применяться сначала в отношении ОВЗ, а также в отношении других социальных аспектов, а затем и для ОРВ в целом.

## Этапы развития оценки регулирующего воздействия в мире

Элементы OPB использовались в XX веке и в СССР в рамках социально-экономического

планирования, и в странах Запада. Считается, что активизации использования процедур оценки программ в США способствовал так называемый «спутниковый шок» после запуска в СССР первого в истории искусственного спутника Земли в 1957 г. [34].

В США Федеральным постановлением № 12291 от 1981 г. было введено требование экономической оценки правовых актов, что стимулировало развитие экономического анализа выгод и издержек [35].

В канадской Британской Колумбии регулярные оценки воздействия инициатив на здоровье проводились с 1990-х гг. [36], однако в дальнейшем представители общественного здравоохранения провинции жаловались на утрату мирового лидерства в сфере ОВЗ и недоиспользование этого механизма [37].

В Евросоюзе оценка регулирующего воздействия развивалась под влиянием экологического движения, в результате чего была принята Директива Европейского Парламента и Совета Европейского Союза 2001/42/ЕС от 27 июня 2001 г. об оценке влияния некоторых планов и программ на окружающую среду [38]. Данным актом предусматривается проведение национальными правительствами государств-членов ЕС стратегической оценки регулирующего воздействия программ высокого уровня на окружающую среду [39].

Еврокомиссия в 2003 г. ввела систему оценки всех крупных инициатив, включающую оценку экономического, социального воздействия (включая здоровье населения) и влияния на окружающую среду [40].

В пункте 4.2 Приложения 2 Сообщения Еврокомиссии «Об оценке регулирующего воздействия» (СОМ(2002) 276) упомянут ряд методов анализа, которые могут быть использованы, включая анализ выгод и издержек, анализ эффективности издержек, анализ издержек соблюдения, многокритериальный анализ.

В Евросоюзе оценка регулирующего воздействия проводится в отношении инициатив, которые, как ожидается, окажут значительное экономическое, социальное или экологическое воздействие. Оценка должна

включать анализ экологических, социальных и экономических последствий, включая воздействие на малые и средние предприятия и конкурентоспособность, а также ясное выраженное заявление, если какое-либо из этих воздействий не считается значительным.

Такой же комплексный подход рекомендуется Организацией экономического сотрудничества и развития. В 2008 г. ОЭСР было опубликовано «Вводное руководство по проведению анализа регулятивного воздействия», в котором рекомендуется проведение анализа выгод и издержек, включая административные, экономические, социальные и экологические, а также выгоды и издержки в части контроля и соблюдения. В данном руководстве описываются рекомендованные методы [41]. Согласно рекомендациям Совета ОЭСР по регуляторной политике 2012 г., членам ОЭСР рекомендуется (4.1) применять оценку регулирующего воздействия на стадиях, предшествующих внедрению законов и стандартов (ex ante), соразмерно значению соответствующего инструмента регулирования, предусмотрев анализ выгод и издержек с учетом влияния регулирования на благополучие общества, приняв во внимание его экономические, социальные и экологические последствия, эффекты распределения этих последствий, которые проявятся со временем, и определяя кто, вероятнее всего, выиграет от нововведения, а кто будет нести основное бремя издержек.

ОЭСР с 1995 г. выступает за принцип пропорциональности (соразмерности) при проведении ОРВ, т.е. чтобы ОРВ проводилось только при значительном воздействии, чтобы был установлен некий количественный порог для проведения ОРВ в каком-либо виде, а также для проведения не полноценной экспертизы, а быстрой (ускоренной) ОРВ [42]. Иными словами, не рекомендуется проводить ОРВ всех принимаемых регуляторных актов без оглядки на их значимость.

Также ОЭСР разработал композитный индекс iREG «Индикаторы регуляторной политики и управления» (Indicators of Regulatory Policy and Government), включающий показатели

качества ОРВ [42], однако Россия в нем пока что не участвует.

Всемирный банк выпустил ряд методических работ по методам оценки регулирующего воздействия, заложив тем самым высокие стандарты аналитических методов на глобальном уровне [43, 44].

## Развитие института **OPB** в Российской Федерации

В Российской Федерации Первым заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко 5 марта 2004 г. было утверждено Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду (Р 2.1.10.1920-04).

7 мая 2012 г. был принят Указ Президента Российской Федерации № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления», содержащий внедрение оценки регулирующего воздействия в субъектах Российской Федерации и переходе к 2014 году на работу с ОРВ в обязательном порядке.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2012 года № 1318 были утверждены Правила проведения федеральными органами исполнительной власти оценки регулирующего воздействия проектов нормативных правовых актов и проектов решений Евразийской экономической комиссии и установлено, что «разъяснения о применении Правил, утвержденных настоящим постановлением, дает Министерство экономического развития Российской Федерации». Тем самым Минэкономразвития России было назначено ответственным федеральным органом исполнительной власти за проведение ОРВ.

Согласно пункту 4 Правил, «целью оценки регулирующего воздействия проектов актов и проектов решений являются определение и оценка возможных положительных и отрицательных последствий принятия проекта акта на основе анализа проблемы, цели

ее регулирования и возможных способов решения, а также выявление в проекте акта положений, вводящих избыточные обязанности, запреты и ограничения для физических и юридических лиц в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности или способствующих их введению, а также положений, способствующих возникновению необоснованных расходов физических и юридических лиц в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности, а также бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации».

Согласно пункту 1.2 Приложения 3 к Приказу Министерства экономического развития Российской Федерации от 27 мая 2013 г. № 290 «Об утверждении формы сводного отчета о проведении оценки регулирующего воздействия, формы заключения об оценке регулирующего воздействия, методики оценки регулирующего воздействия», «процедура ОРВ проектов актов осуществляется в целях обоснованного выбора способа правового регулирования общественных отношений на основе анализа альтернативных вариантов и возможных положительных и (или) отрицательных последствий (экономических, социальных, экологических) введения такого регулирования, а также обеспечения возможности учета мнений лиц, интересы которых затрагиваются предлагаемым правовым регулированием» [45].

Из этого можно сделать вывод, что приказом Минэкономразвития России от 27 мая 2013 г. № 290 оценка регулирующего воздействия предполагалась как комплексная. Однако Приложением № 1 к указанному приказу утверждена Форма сводного отчета о проведении оценки регулирующего воздействия, которой не предусмотрены специально выделенные разделы для анализа социальных и экологических последствий, в отличие от «анализа влияния социально-экономических последствий реализации проекта акта на деятельность субъектов малого и среднего предпринимательства» (п. 7.1).

Следует отметить, что указанная Форма напоминает разработанную Всемирным

Банком для Бангладеш в 2014 г. форму «Должен ли я регулировать» (Should I Regulate (SIR) Checklist (Version 3, June 2014) [46]. Сходство неполное, но достаточное, чтобы можно было уверенно сказать, что эти два документа имеют общий источник. В то же время в бангладешском документе, в отличие от приказа Минэкономразвития России от 27 мая 2013 г. № 290, уделяется больше внимания анализу экономического, социального и экологического воздействия, а не только вопросам защиты предпринимательства.

Приказом Министерства экономического развития Российской Федерации от 22 сентября 2015 г. № 669 утверждена Методика оценки стандартных издержек субъектов предпринимательской и иной экономической деятельности, возникающих в связи с исполнением требований регулирования.

Исходя из предмета, проводимого ОРВ в Российской Федерации, в том числе обозначенного в статье 26.3-3 Федерального закона от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (Федеральный закон № 184-ФЗ), эту процедуру следует переименовать как «оценку регулирующего воздействия на осуществление предпринимательской и инвестиционной деятельности». При этом, такой формат беспрецедентно узкий и однобокий по мировым стандартам.

В соответствии с лучшими международными практиками [40], рекомендациями ОЭСР [42] и Всемирного Банка [46], проведение оценки регулирующего воздействия должно осуществляться в комплексе и соотноситься с данными о том, какое влияние предлагаемое регулирование окажет на социальную сферу, здоровье и экологию.

Согласно статье 1 Федерального закона от 2 июля 2013 г. № 176-ФЗ в Федеральный закон от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» были

внесены изменения, в том числе появилась статья 26-3-3 «Оценка регулирующего воздействия проектов нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации и экспертиза нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации», в соответствии с частью 1 которой:

«Проекты нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации, устанавливающие новые или изменяющие ранее предусмотренные нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации обязанности для субъектов предпринимательской и инвестиционной деятельности, а также устанавливающие, изменяющие или отменяющие ранее установленную ответственность за нарушение нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации, затрагивающих вопросы осуществления предпринимательской и инвестиционной деятельности, подлежат оценке регулирующего воздействия, проводимой уполномоченными органами государственной власти субъектов Российской Федерации в порядке, установленном нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации», за исключением актов в налоговой и бюджетной сфере, а также касающихся чрезвычайных ситуаций». [47]

Таким образом, в 2013 г. окончательно было закреплено решение отказаться от комплексной оценки регулирующего воздействия и выполнять ее в усеченной версии, направленной на защиту интересов бизнеса. В отличие от Евросоюза, воздействие на социальную сферу, а также окружающую среду в указанных документах не упомянуто.

При этом, в 2014 г. российский вариант процедуры ОРВ был скопирован и использован на уровне Евразийского экономического союза. Так, в соответствии с разделом IX Регламента работы Евразийской экономической комиссии (утвержден Решением Высшего Евразийского экономического совета от 23.12.2014 № 98, далее — Регламент) проводится ОРВ проектов решений Комиссии.

Согласно пункту 144 Регламента оценка регулирующего воздействия является обязательным этапом процесса подготовки проектов решений Комиссии, которые могут оказать влияние на условия ведения предпринимательской деятельности. Оценка регулирующего воздействия направлена на выявление и устранение предусмотренных положениями проектов решений Комиссии или возникающих в связи с указанными положениями избыточных обязанностей, ограничений и (или) запретов для субъектов предпринимательской деятельности, необоснованных расходов субъектов предпринимательской деятельности, создающих барьеры для свободного движения товаров, услуг, капитала и рабочей силы на территории Союза.

В результате это оказывает значительное влияние на разработку и принятие мер в сфере технического регулирования, которое осуществляется в рамках Евразийского экономического союза (раздел X Договора о Евразийском экономическом союзе (подписан в г. Астане 29.05.2014 г.)).

С 1 января 2016 г. взамен ранее проводимой экспертизы постановлением Правительства Российской Федерации от 30 января 2015 г. № 83 введена процедура оценки фактического воздействия нормативных правовых актов, которая должна позволить пересматривать малоэффективные нормативные акты в целях совершенствования действующего регулирования в контексте исключения необоснованных обязанностей, запретов и ограничений в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности. Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 августа 2018 г. № 1026 эти функции возложены на подкомиссию по оценке фактического воздействия нормативных правовых актов при Правительственной комиссии по проведению административной реформы.

Безусловно, предприниматели являются важной социальной группой и ценным ресурсом общества, и необоснованное, избыточное регулирование предпринимательской деятельности вредит всему обществу.

Однако государство не должно допускать ситуаций, когда интересы бизнеса наносят вред общественному здоровью. В случае, когда правовое регулирование имеет отношение

к общественному здоровью, то есть последствия выражаются в конкретных цифрах заболеваемости и смертности, а интересы промышленности и продавцов напрямую вступают в конфликт с интересами общественного здоровья, критически важно проводить оценку взвешено, не допуская перекоса в сторону интересов предпринимателей.

Это тем более важно, поскольку по многим вопросам в конечном итоге для государства экономически выгоднее принимать решения именно в интересах общественного здоровья, тогда как оценка бизнеса включает в себя мнение сугубо о последствиях введения регулирования в разрезе влияния на доходы компаний.

Другая серьезная проблема – качество ОРВ в России.

Так, с 2010 по 2019 годы Минэкономразвития России подготовило 9482 заключения об ОРВ, из них 3188 заключений носили отрицательный характер и указывали на требования и положения, которые могли повлечь избыточные расходы субъектов предпринимательской деятельности. В среднем разработчиками учитывается 61% замечаний, поступивших в ходе оценки. По данным Минэкономразвития России, в 2020 г. «ОРВ внедрена во всех субъектах Российской Федерации. Только в 2019 году на региональном уровне было подготовлено 4691 заключение об ОРВ, на муниципальном - 10 496 заключений. В 42% субъектов Российской Федерации ОРВ проводится не только в отношении актов органов исполнительной власти, но и актов, разработчиками которых являются законодательные органы власти» [48].

Такой объем, без сомнения, не может выполняться в формате полноценной оценки регулирующего воздействия, требующей проведения специализированных исследований и расчетов высококвалифицированными специалистами. Очевидно, что в Российской Федерации в связи с необходимостью проведения ОРВ в огромных объемах, несопоставимых с кадровыми резервами высококвалифицированных и неполностью загруженных экономистов, социологов, специалистов по

общественному здоровью и проблемам окружающей среды, получил распространение формат не только усеченной, но и быстрой оценки регулирующего воздействия.

Следует также отметить, что качественная даже быстрая ОРВ может осуществляться только специалистами, способными читать научную литературу и законодательство не только на русском языке, но и на английском, знакомыми с современными методами исследования и научными школами, а следовательно предполагается владение английским языком на высоком уровне. Несмотря на то, что уровень владения английским языком в России растет, Россия еще значительно отстает от многих неанглоговорящих стран Европы [49].

В качестве примера рассмотрим ОРВ по проекту технического регламента Таможенного союза «Технический регламент на табачную продукцию», проведенный Минэкономразвития России в 2012 г. Текст отзыва был во многом идентичен позициям, представленным ассоциацией «Табакпром» и Советом по развитию табачной промышленности, членами которых являются все ведущие транснациональные табачные компании, присутствующие в России. При этом, ряд положений содержал информацию, противоречащую результатам научных исследований.

Примечательно, что представленная в рамках процедуры ОРВ позиция объединения предпринимателей «Деловая Россия», направленная на поддержку предлагаемых Минздравом России мер с целью снижения распространенности курения табака среди работников, и, как следствие, повышения их трудоспособности, уменьшения заболеваемости и количества дней, проведенных на больничном, не была объективно учтена в заключении по ОРВ.

Уже упоминаемый проект технического регламента Таможенного союза «Технический регламент на табачную продукцию» еще раз прошел процедуру ОРВ на уровне Евразийской экономической комиссии, где также оказывалось значительное давление на чиновников ЕЭК с целью ослабить предложенные Минздравами стран ЕАЭС нормы о размере

и виде предупреждений о вреде потребления табака, наносимых на потребительскую упаковку сигарет.

Таким образом, ОРВ в России и на уровне ЕЭК использовалась как инструмент лоббирования своих интересов крупными компаниями.

Исходя из этих примеров можно сказать, что ОРВ, введенная в России, по факту является быстрой оценкой регулирующего воздействия, при этом не всегда корректно исполняемой. Кроме того, она отражает исключительно мнение бизнеса, занимающегося производством или продажей товаров или услуг, которые предлагаемые изменения законодательства непосредственно затрагивают. Минэкономразвития России не всегда должным образом проводит анализ аргументов и данных, представленных такими предпринимателями, что негативно отражается на качестве проводимой процедуры даже в таком усеченном варианте.

Есть основания полагать наличие значительных проблем с качеством проведения ОРВ в Российской Федерации, и при этом это напрямую отражается на аспектах, обозначенных как «приоритетные», включая вопросы общественного здоровья.

В связи с этим рекомендуется проведение анализа качества и научной обоснованности ОРВ, проводимой в Российской Федерации, в части последствий воздействия данной процедуры на сферу общественного здоровья.

Поскольку в России стандарты ОРВ, также как и ОФВ, включают невысокие требования к методам исследования и уклон в сторону защиты интересов бизнеса, это оказывает влияние и на развитие исследований негосударственных научных центров. В качестве примера можно привести исследование Центра развития потребительского рынка Московской школы управления Сколково «Определение фактического влияния дополнительных региональных ограничений розничной продажи алкогольной продукции» от 2020 г.

В рамках исследования не был учтен в достаточной степени международный [50] и российский [51, 52] опыт исследований результативности региональных временных

ограничений в части общественного здоровья. Анализ был проведен не по всем, а по 4 субъектам Российской Федерации, при этом использовалась база данных РМЭЗ, которая не является репрезентативной на региональном уровне в связи с малым числом наблюдений. Не были рассмотрены альтернативные объяснения наблюдаемых тенденций [53].

Очевидно, что институт ОРВ в России нуждается в совершенствовании и повышении качества экспертизы, включая воздействие на общественное здоровье. Было бы разумным предложить применение принципа пропорциональности ОРВ, использование ОРВ только в отношении проектов нормативных правовых актов, оказывающих значительное регуляторное воздействие.

При этом формат быстрой оценки регулирующего воздействия на предпринимателей, без сомнения, имеет определенную ценность, однако он может быть реализован в рамках общественного обсуждения, предусмотренного Федеральным законом от 21 июля 2014 г. № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации».

Также можно предложить развитие полноценной, углубленной оценки регулирующего воздействия под другим названием, например, комплексный анализ регулирующего воздействия.

## Развитие оценки регулирующего воздействия на общественное здоровье: мировой и российский опыт

В качестве примера ОВЗ, проводимой специально, а не в рамках комплексной или интегрированной оценки регулирующего воздействия, можно привести доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья ВОЗ по ситуации в Европейском регионе ВОЗ, в котором была показана важность воздействий на общественное здоровье в сфере налоговой, бюджетной, социальной, образовательной, сельскохозяйственной, жилищной, транспортной, экологической политики, регулирования производства и оборота отдельных товаров, а также трудовых отношений и защиты прав человека [12, 13].

Развитие специализированной оценки регулирующего воздействия на здоровье (OP3) является альтернативой комплексной OPB, включающей вопросы общественного здоровья.

Если на уровне Евросоюза ОВЗ включена в комплексную ОРВ, то в государствах-членах ЕС ОВЗ в том или ином виде применяется систематически лишь в некоторых странах и территориях.

С 1994 по 2005 гг. государства-члены Европейского региона ВОЗ отчитались о проведении 158 ОВЗ, в том числе 28 в Англии, 24 в Уэльсе и 18 в Нидерландах [54].

Опрос экспертов показал, что OB3 более всего распространена в Европе, а вторым по значимости регионом является Африка южнее Сахары. Наиболее популярным применением OB3 является оценка проектов, вторым по популярности направлением - оценка политик (законопроектов и т. д.). Чаще всего ОВЗ выполняется отдельно от других тематик либо в сочетании с экологической оценкой. ОВЗ в рамках комплексной оценки регулирующего воздействия выполнялась специалистами нечасто, чаще всего ОВЗ выполняются в контексте оценки экологического воздействия либо в качестве специализированной ОВЗ. Такие оценки проводятся чаще всего по инициативе исследователя либо его работодателя (61,5%) либо по заказу клиента (47,9%). Это, по всей видимости, говорит о том, что сектор здравоохранения и является основным инициатором проведения ОВЗ. В качестве методической литературы большинство специалистов используют материалы на сайте ВОЗ [55], Гетеборгский консенсусный документ 1999 г. [56], монографию М. Билли [57], руководство Международной ассоциации оценки регулирующего воздействия (IAIA) по OP3 [58].

Среди 122 опрошенных экспертов, участвовавших в проведении ОВЗ, 63% участвовали в специализированных тренингах по ОВЗ [59], 48% преподавали ОВЗ в университетах, 27% преподавали его государственным и муниципальным служащим.

В руководстве Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения «Оценка воздействия на здоровье.

Руководство для городов» 2005 г. приводятся оценки, что ускоренная экспертиза без привлечения (участия) заинтересованных лиц обычно занимает от нескольких часов до нескольких дней, ускоренная экспертиза с привлечением (участием) заинтересованных лиц — 1–2 месяца, а полная, детальная экспертиза — от нескольких месяцев до нескольких лет [60].

Сторонники неолиберальных подходов в правительствах часто выступают против ОВЗ. Так, в 2012 г. премьер-министр Великобритании Д. Камерон пообещал отменить проведение оценок воздействия на равенство в отношении здоровья, назвав их «бюрократическим мусором», сдерживающим экономический рост [32].

В России необходима существенная реформа института ОРВ в целях интеграции вопросов общественного здоровья, наравне с другими вопросами, такими как социальное, экологическое развитие, включая вопросы защиты окружающей среды.

Одним из путей может стать расширение предмета ОРВ в России до комплексного, включающего вопросы общественного здоровья. Препятствием к этому может послужить поистине огромный массив быстрой оценки регулирующего воздействия на бизнес, выполняемый в России. Ясно, что даже в режиме ускоренной оценки потребуются значительные усилия для обработки около 4 документов за 1 рабочий день только в отношении нормативно-правовых актов, разрабатываемых Правительством Российской Федерации. У Минэкономразвития России навряд ли хватит компетенции расширить и провести быстро ОРВ, включив в него вопросы общественного здоровья. Систематическое проведение Минздравом России даже ускоренного ОВЗ не менее 1000 проектов правительственных актов в год, может потребовать значительных кадровых и временных ресурсов, даже с учетом привлечения ресурсов подведомственных учреждений.

В качестве варианта можно предложить внесение изменений в Приказ Министерства экономического развития Российской

Федерации от 27 мая 2013 г. № 290 «Об утверждении формы сводного отчета о проведении оценки регулирующего воздействия, формы заключения об оценке регулирующего воздействия, методики оценки регулирующего воздействия», предусматривающий учет сведений о воздействии на общественное здоровье при их доступности. Такая ситуация не возложит избыточных обязательств на Минздрав России, но даст возможность влиять на результаты ОРВ.

Большим заделом является российская научная традиция оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду в рамках социально-гигиенического мониторинга, развиваемая Роспотребнадзором, в частности, в соответствии с Руководством по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду (Р 2.1.10.1920-04), утвержденным Первым заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко 5 марта 2004 г. Специалисты Роспотребнадзора и его региональных отделений участвуют в проведении социально-гигиенического мониторинга в соответствии с Методикой проведения социально-гигиенического мониторинга в соответствии с Методическими рекомендациями по проведению социально-гигиенического мониторинга № 2001/83, утвержденными Первым заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации Г.Г. Онищенко 25 мая 2001 года.

В то же время, указанная Методика проведения социально-гигиенического мониторинга отражает лишь некоторые аспекты общественного здоровья и поведенческих факторов риска, как это видно, в частности, из ежегодных Докладов Роспотребнадзора «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» [61].

Так, например, потребление алкоголя в докладах Роспотребнадзора оценивается по показателям розничной продажи в натуральном выражении, что не соответствует

современному научному консенсусу о том, что наилучшим показателем злоупотребления алкоголем является потребление алкоголя на душу населения в литрах этанола [62]. Вопросы здорового питания отражены в Докладе Роспотребнадзора 2020 г. в минимальной степени. В то же время, в Докладах приводится ряд уникальных и интересных данных.

В связи с вышесказанным, целесообразно развивать традицию полноценной высококачественной ОВЗ в России. К этому следует двигаться поэтапно, не делая компромиссов по качеству исследования.

Важными шагами были бы разработка и публикация методики ОВЗ на русском языке, создание рабочей группы по ОВЗ в рамках научного сообщества, проведение и публикация нескольких модельных ОВЗ. В дальнейшем можно взять курс на увеличение числа ОВЗ и ОФЗ и интеграцию их в систему государственного и муниципального управления в Российской Федерации, а также применение на уровне ЕАЭС.

Сотрудничество специалистов Минздрава России, Роспотребнадзора, Минэкономразвития России, научных учреждений и межгосударственных организаций могло бы привести к быстрому развитию оценки регулирующего воздействия на общественное здоровье в Российской Федерации.

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на то, что Советский Союз, а вместе с ним и Россия были пионерами внедрения подхода «Здоровье во всех политиках», в настоящий момент этот подход применяется несистемно. Для реализации полноценного учета интересов общественного здоровья во всех сферах государственного и муниципального управления требуется изменение как нормативно-правового регулирования, так и применения. Повышение статуса вопросов общественного здоровья путем введения этого термина в Конституцию Российской Федерации дает для этого дополнительные основания.

Подход «Здоровье во всех политиках» может потребовать внесения изменений в нормативные правовые акты Российской Федерации, в том числе:

- в Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;
- в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- в Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2012 г. № 1318 «О порядке проведения федеральными органами исполнительной власти оценки регулирующего воздействия проектов нормативных правовых актов и проектов решений Евразийской экономической комиссии, а также о внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации»;
- в Приказ Министерства экономического развития Российской Федерации от 27 мая 2013 г. № 290 «Об утверждении формы сводного отчета о проведении оценки регулирующего воздействия, формы заключения об оценке регулирующего воздействия, методики оценки регулирующего воздействия».

Процедура оценки регулирующего воздействия в Российской Федерации не соответствует мировой практике. В норме анализ воздействия регулирования на разные сферы, включая общественное здоровье. В России же процедура ОРВ выполняется в усеченной версии, направленной на защиту интересов бизнеса, при этом в подавляющем большинстве случаев она проводится в формате «быстрой оценки» на основе экспертных

мнений, прежде всего представителей бизнеса, не включающей специализированные исследования. Очевидно, что процедура ОРВ в России, а вслед за ней и в Евразийском экономическом союзе, требует реформирования, с тем, чтобы включить, в числе прочего, оценку регулирующего воздействия на общественное здоровье. При этом повышение стандартов научной экспертизы ОРВ, включая ОРЗ, может потребовать сокращения объемов анализируемых НПА и применения его исключительно к наиболее потенциально значимым регулирующим воздействиям.

Важной задачей является развитие научной школы специалистов по ОВЗ в России, в том числе преподавания методов ОВЗ, подготовка специалистов по этому направлению, включая международный обмен.

#### выводы

- Подход «Здоровье во всех политиках» в настоящий момент в Российской Федерации системно не применяется.
- Процедура оценки регулирующего воздействия в России и ЕАЭС представляет собой краткую оценку регулирующего воздействия на осуществление предпринимательской и инвестиционной деятельности и не включает вопросы общественного здоровья. Такой узкий формат не соответствует мировой практике и нуждается в реформировании.
- Целесообразно развивать традицию полноценной высококачественной оценки регулирующего воздействия на общественное здоровье в России.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

- 1. An Act for Promoting the Public Health. Parliament of the United Kingdom, 1868.
- Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / ред. Вялков А.И., Оганов Р.Г. – Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention. Ten Great Public Health Achievements – United States,
- 1900-1999. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1999. Vol. 48. № 12. P. 241-243.
- **4.** *McKee M., Rechel B., Busse R.* Общественное здравоохранение с акцентом на медицинскую помощь // Аспекты общественного здравоохранения в Европе / ed. Rechel B., McKee M. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2018. P. 157–176.

- Fielding J. E. Public health in the twentieth century: advances and challenges // Annu. Rev. Public Health. 1999. – Vol. 20. – P. xiii – xxx.
- Masic I. Public Health Aspects of Global Population Health and Well-being in the 21st Century Regarding Determinants of Health // Int. J. Prev. Med, 2018. – Vol. 9.
- Santosa C., Santosa V., Tavaresa A., Varajão J. Project Management Success in Health – The Need of Additional Research in Public Health Projects // Procedia Technology, 2014. – Vol. 16. – P. 1080–1085.
- Porter D. Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times. – Routledge, 2005.
- Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. A History of the Public Health System // The Future of Public Health, 1988.
- **10.** McCartney G., Hearty W., Arnot J., Popham F., Cumbers A., McMaster R. Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews // Am. J. Public Health. 2019. Vol. 109. № 6. P. e1–e12.
- 11. Naik Y., Baker P., Ismail S.A., Tillmann T., Bash K., Quantz D., Hillier-Brown F., Jayatunga W., Kelly G., Black M., Gopfert A., Roderick P., Barr B., Bambra C. Going upstream – an umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities // BMC Public Health. – 2019. – Vol. 19. – № 1. – P. 1678.
- **12.** Marmot M., Allen J., Bell R., Bloomer E., Goldblatt P., Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide // Lancet. − 2012. − Vol. 380. − № 9846. − P. 1011−1029.
- Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад / ed. Marmot M. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014.
- **14.** *McCambridge J., Hawkins B., Holden C.* Vested interests in addiction research and policy. The challenge corporate lobbying poses to reducing society's alcohol problems: insights from UK evidence on minimum unit pricing // Addiction. − 2014. − Vol. 109. − № 2. − P. 199–205.
- **15.** Lee S., Ling P.M., Glantz S.A. The vector of the tobacco epidemic: tobacco industry practices in low and middle-income countries // Cancer Causes Control. 2012. Vol. 23. Suppl 1. P. 117–129.
- 16. Marks J. H. Lessons from Corporate Influence in the Opioid Epidemic: Toward a Norm of Separation // J. Bioeth. Inq. – 2020. – Vol. 17. – № 2. – P. 173–189.
- **17.** Mialon M., Gaitan Charry D.A., Cediel G., Crosbie E., Baeza Scagliusi F., Pérez Tamayo E.M. "The architecture of the state was transformed in favour of the interests of companies": corporate political activity of the food industry in Colombia // Global. Health. − 2020. − Vol. 16. − № 1. − P. 97.
- 18. Casswell S. Addressing NCDs: Penetration of the Producers of Hazardous Products into Global Health

- Environment Requires a Strong Response Comment on "Addressing NCDs: Challenges From Industry Market Promotion and Interferences" // International journal of health policy and management. 2019. Vol. 8. № 10. P. 607–609.
- 19. Mialon M., Vandevijvere S., Carriedo-Lutzenkirchen A., Bero L., Gomes F., Petticrew M., McKee M., Stuckler D., Sacks G. Mechanisms for addressing and managing the influence of corporations on public health policy, research and practice: a scoping review // BMJ Open. – 2020. – Vol. 10. – № 7. – P. e034082.
- **20.** Clausen L.P.W., Hansen O.F.H., Oturai N.B., Syberg K., Hansen S.F. Stakeholder analysis with regard to a recent European restriction proposal on microplastics // PLoS One. 2020. Vol. 15. № 6. P. e0235062.
- 21. Herttua K., Mäkelä P., Martikainen P. An evaluation of the impact of a large reduction in alcohol prices on alcohol-related and all-cause mortality: time series analysis of a population-based natural experiment // Int. J. Epidemiol. 2011. Vol. 40. № 2. P. 441–454.
- **22.** Langford R., Bonell C., Jones H., Pouliou T., Murphy S., Waters E., Komro K., Gibbs L., Magnus D., Campbell R. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis // BMC Public Health. 2015. Vol. 15. P. 130.
- 23. van Eyk H., Delany-Crowe T., Lawless A., Baum F., Mac-Dougall C., Wildgoose D. Improving child literacy using South Australia's Health in All Policies approach // Health Promot. Int. 2020. Vol. 35. № 5. P. 958–972.
- 24. Costa H., Gilmore A. B., Peeters S., McKee M., Stuckler D. Quantifying the influence of the tobacco industry on EU governance: automated content analysis of the EU Tobacco Products Directive // Tob. Control. − 2014. − Vol. 23. − № 6.
- **25.** Tselengidis A., Östergren P.-O. Lobbying against sugar taxation in the European Union: Analysing the lobbying arguments and tactics of stakeholders in the food and drink industries // Scand. J. Public Health. − 2019. − Vol. 47. − № 5. − P. 565–575.
- 26. Здоровье во всех стратегиях. Использование возможностей, реализация стратегий / ed. Leppo K., et al. Хельсинки: Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии, 2013.
- **27.** *Тольц М.* Тайны советской демографии // Демоскоп Weekly. 2004. Vol. 171–172.
- **28.** Shkolnikov V.M., Leon D.A. Commentary: N Eberstadt's "The health crisis in the USSR" and sustainable mortality reversal in the post-Soviet space during communism and after // Int. J. Epidemiol. − Int J Epidemiol. − 2006. − Vol. 35. − № 6.
- 29. Eberstadt N. The health crisis in the USSR // Int. J. Epidemiol. 2006. Vol. 35. № 6.
- **30.** Woolf S.H., Chapman D.A., Buchanich J.M., Bobby K.J., Zimmerman E.B., Blackburn S.M. Changes in midlife death rates across racial and ethnic groups in the

- United States: systematic analysis of vital statistics // BMJ. 2018. Vol. 362.
- **31.** Zaridze D.G., Dvoirin V.V., Kobljakov V.A., Pisklov V.P. Smoking patterns in the USSR // IARC Sci. Publ. 1986. № 74. P. 75–86.
- **32.** *Davies N., Lincoln P.* Оценка воздействия на здоровье // Аспекты общественного здравоохранения в Европе / ed. Rechel B., McKee M. Москва: WHO Regional Office for Europe. 2018. P. 245–259.
- 33. Treasury Board of Canada Secretariat. Guide to Rapid Impact Evaluation [Electronic resource]. 2017. URL: https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/audit-evaluation/centre-excellence-evaluation/guide-rapid-impact-evaluation.html (Accessed: 20.12.2020).
- **34.** Stamm M. Evaluation und ihre Folgen für die Bildung: eine unterschätzte pädagogische Herausforderung. Munchen: Waxmann Verlag, 2003.
- **35.** Hahn R.W., Sunstein C.R. A New Executive Order for Improving Federal Regulation? Deeper and Wider Cost-Benefit Analysis // SSRN Electronic Journal. 2002.
- **36.** Frankish C.J., Green L. W., Ratner P.A., Chomik T., Larsen C. Health impact assessment as a tool for health promotion and population health // WHO Reg. Publ. Eur. Ser. 2001. № 92.
- **37.** Benusic M. Mandatory health impact assessments are long overdue // BCMJ. 2014. Vol. 56. № 6. P. 38–239.
- 38. European Parliament and of the Council. Directive 2001/42/EC of the European Parliament and of the Council of 27 June 2001 on the assessment of the effects of certain plans and programmes on the environment: 2001/42/EC. – 2001. – Vol. 197. – P. 0030–0037.
- **39.** Wright J., Parry J., Scully E. Institutionalizing policy-level health impact assessment in Europe: is coupling health impact assessment with strategic environmental assessment the next step forward? // Bull. World Health Organ. 2005. Vol. 83. № 6. P. 472–477.
- **40.** Communication from the commission on impact assessment: Brussels, 5.6.2002 COM(2002) 276 final. European Commission, 2002.
- 41. Вводное руководство по проведению анализа регулятивного воздействия (АРВ). – Париж: Организация экономического сотрудничества и развития. 2008.
- **42.** OECD. Better Regulation Practices across the European Union. OECD Publishing, 2019. 196 p.
- **43.** Khandker S., Koolwal G.B., Samad H. Handbook on Impact Evaluation. Washington, DC: World Bank, 2009.
- **44.** Khandker S.R., Koolwal G.B., Samad H.A. Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 1963.
- 45. Приказ Министерства экономического развития Российской Федерации (Минэкономразвития России) от 27 мая 2013 г. № 290 г. Москва "Об утверждении формы сводного отчета о проведении

- оценки регулирующего воздействия, формы заключения об оценке регулирующего воздействия, методики оценки регулирующего воздействия" [Electronic resource] // Российская газета. – 2013. – URL: https://rg.ru (Accessed: 12.12.2020).
- **46.** SIR and SMART Checklists V3 June 2014.pdf. Bangladesh: World Bank, 2014.
- 47. Федеральный закон от 02.07.2013 г. № 176-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и статьи 7 и 46 Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» по вопросам оценки регулирующего воздействия проектов нормативных правовых актов и экспертизы нормативных правовых актов" [Electronic resource]. – 2013. – URL: http://kremlin.ru/acts/bank/37412.
- 48. Минэкономразвития России. 2/3 замечаний в связи с угрозой издержек бизнеса учитывается в рамках ОРВ. Минэкономразвития России, 22 мая 2020 г.
- **49.** EF EPI. EF English Proficiency Index. Рейтинг 100 стран и регионов по уровню владения английским языком. EF EPI, 2020.
- **50.** Sanchez-Ramirez D.C., Voaklander D. The impact of policies regulating alcohol trading hours and days on specific alcohol-related harms: a systematic review // Inj. Prev. Inj Prev, 2018. Vol. 24. № 1.
- **51.** Колосницына М.Г., Хоркина Н.А., Доржиев Х.Н., Ситдиков М.Т. Меры антиалкогольной политики работают ли в России? // Демоскоп Weekly. 2015. № 665–666.
- **52.** Колосницына М.Г., Хоркина Н.А., Волков А.Ю. Влияние мер алкогольной политики на динамику дорожно-транспортных происшествий в регионах России // Вопросы статистики. 2016. № 5. Р. 50–62.
- 53. Определение фактического влияния дополнительных региональных ограничений розничной продажи алкогольной продукции. Москва: Исследование Центра развития потребительского рынка Московской школы управления Сколково, 2020.
- 54. Blau J. The use of HIA across Europe // The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe / ed. Matthias W. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2007. P. 37–56.
- Health impact assessment. World Health Organization, 2020.
- 56. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels: European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe, 1999.
- **57.** *Birley M.* Health Impact Assessment: Principles and Practice. Routledge, 2013. 370 p.

- **58.** Health Impact Assessment. International Best Practice Principles: 5. Fargo, ND: IAIA, 2006.
- **59.** Winkler M.S., Furu P., Viliani F., Cave B., Divall M., Ramesh G., Harris-Roxas B., Knoblauch A. M. Current Global Health Impact Assessment Practice // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. Vol. 17. № 9.
- 60.Оценка воздействия на здоровье. Руководство для городов. Документ 1. Методические основы: концепции, процессы реализации, используемые методы. От теории к практике / trans. Abrosimova Y. Москва: Европейское
- Региональное Бюро Всемирной организации здравоохранения, 2005.
- 61. Роспотребнадзор. Доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 г.». – Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020.
- **62.** Rehm J., Hasan O.S.M. Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy // Alcohol. 2020. Vol. 82. P. 1–10.

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ ABTOPAX/ABOUT THE AUTORS

**Халтурина Дарья Андреевна** – канд. ист. наук, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия.

**Darya A. Khalturina** – Ph.D. (Historical Sciences), Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0002-1230-9385. E-mail: khaltourina@mednet.ru.

**Зыков Виктор Александрович** – ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия.

**Viktor A. Zykov** – Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0001-9095-6281. E-mail: zykov@mednet.ru.

**Зубкова Татьяна Сергеевна** – ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия.

**Tatiana S. Zubkova** – Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

ORCID: 0000-0002-7971-5855. E-mail: zubkova@mednet.ru.