

д.м.н., доц., проф. Бойко И.В., Андреев О.Н.

кафедра медицины труда ФГБОУ ВО «Северо-
Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России
ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены
и общественного здоровья»

**ТРАДИЦИОННЫЕ СЛОЖНОСТИ
ЭКСПЕРТИЗЫ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ С
ПРОФЕССИЕЙ И РЕФОРМА НОРМАТИВНО-
ПРАВОВОЙ БАЗЫ ПРОФПАТОЛОГИИ**

**Санкт-Петербург,
2024**

В связи с тем, что установление диагноза профессионального заболевания (ПЗ) в нашей стране, как правило, влечет получение заболевшим ряда существенных материальных выгод, процесс установления связи заболевания с профессией выделен в особый вид экспертизы. Но он традиционно имеет весьма слабое нормативно-правовое и методологическое обеспечение. К сожалению, в РФ утвержденный Минздравом перечень ПЗ не сопровождается какими-либо инструкциями по применению или комментариями. Остальные обязательные к применению профильные нормативные акты лишь в общих чертах рассматривают порядок действий медицинских учреждений при выявлении подозрения на наличие у больного ПЗ.

Из-за несовершенства нормативной базы проблемы могут возникнуть уже на этапе направления больного, страдающего вероятно ПЗ, в профцентр. Приказ Минздрава от 13.11.2012 г. № 911н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях», с нашей точки зрения, довольно неудачно для реального положения дел регламентирует этот порядок. Так, согласно п. 15 и 16 этого приказа, врач, выявивший признаки ранее не установленного хронического ПЗ, направляет больного в кабинет врача-профпатолога. И лишь профпатолог устанавливает предварительный диагноз ПЗ, а затем направляет больного в центр профессиональной патологии. Однако, в муниципальных медицинских учреждениях профпатологов практически нет, так как для них в штатном расписании не предусмотрены соответствующие ставки.

При обследовании в профцентре больного с подозрением на ПЗ возникает ещё большее число нормативно-правовых проблем. Наиболее острые из неурегулированных вопросов:

- В каком объеме должен быть обследован больной с подозрением на ПЗ?
- Какие аргументы являются достаточными для обоснования связи заболевания с профессией?

По традиции такого рода рекомендации даются в методической литературе по профессиональной патологии, в частности, в национальном руководстве по этой дисциплине. Однако, руководства, учебные пособия и научные монографии отражают лишь точку зрения авторов, которая не обязательна к всеобщему применению. За последние примерно 10 лет создана система клинических рекомендаций по некоторым наиболее распространенным ПЗ. Она отчасти сглаживает упомянутый недостаток, но ни один из указанных документов Минздравом не утвержден, и, таким образом, не является обязательным к применению. Причем, ни ключевое для профпатологии постановление Правительства РФ от 5 июля 2022 г. № 1206 "О порядке расследования и учета случаев профессиональных заболеваний работников" (далее – Постановление 1206), ни профильные для профпатологии приказы Минздрава клинические рекомендации даже не упоминают.

Возможность последних нескольких лет направить сложные и конфликтные случаи в федеральный профцентр, действующий на базе Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, также лишь отчасти сглаживает обозначенные проблемы, так как решение этой организации носит рекомендательный характер и не обязательно к исполнению. Следовательно, традиционно существовавшая проблема отсутствия единства экспертной практики радикально не решена.

В процессе работы у добросовестного врача при довольно скудной и малоспецифической клинической картине вероятного ПЗ обычно возникает желание провести обследование с максимально возможным использованием существующих на сегодняшний методик лабораторной и функциональной диагностики. Выполнить желаемое количество высокотехнологичных исследований по линии ОМС или госгарантий за 2-3 недели оказывается на практике невозможным, в первую очередь, в связи с недостаточным оснащением большинства профцентров современной диагностической аппаратурой. К тому же профпатология в РФ традиционно не входит в систему ОМС. Поэтому не так уж редко

больным приходилось выполнять их за свой счет без гарантии компенсации понесенных затрат даже в случае подтверждения диагноза ПЗ.

Ещё один аспект вопроса о полноте обследования больного связан с тем обстоятельством, что нередко врач из медицинского учреждения по месту работы или жительства направляют больного в профцентр с предположительным диагнозом всего 1-2 вероятных ПЗ, в то время как квалифицированный сотрудник профцентра находит гораздо больше возможно ПЗ. Следует ли тратить время, силы и ресурсы на обследование больного по всему спектру заболеваний, которые вероятно могут быть вызваны неблагоприятными условиями труда, или допустимо отвечать лишь на вопросы, официально поставленные в направлении? Если стоять на позициях здравого смысла и защиты интересов заболевшего, то обследование больного в таких случаях должно быть максимально широким. Но формальная логика упоминавшихся нами нормативных актов совсем не обязывает профцентры при проведении экспертизы выходить за рамки диагнозов, указанных в направлении на обследование.

Немало вопросов возникает и по содержанию документации, которая представляется в профцентр для проведения экспертизы связи заболевания с профессией. В отношении санитарно-гигиенической характеристики условий труда наиболее типична проблема недостаточности её данных для вынесения адекватно обоснованного решения о связи заболевания с профессией.

В подобных случаях некоторые учреждения Роспотребнадзора иногда приводят сведения об условиях труда по литературным данным или аналогичным рабочим местам. Некоторые же составители санитарно-гигиенических характеристик условий труда отказываются проводить такую работу, так как действующие нормативные акты (Приказ 176) прямо не обязывают их к этому, хотя и предусматривают такую возможность.

Новая проблема по оценке риска развития ПЗ возникла в связи с введением Постановлением 1206 нормы о том, что для экспертизы связи заболевания с профессией используется не только санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, но и копии протоколов замеров вредных производственных факторов, карты специальной оценки условий труда (СОУТ). Как быть, если разные документы не согласуются в выводах о наличии превышений гигиенических нормативов? Комментариев по такому актуальному вопросу нет. Между тем, он регулярно возникает, например, при трактовке соответствия ПДУ параметров вибрации. Система нормирования в СанПиНах и нормативных документах СОУТ не совпадает. Поэтому в экспертной практике регулярно воспроизводится несоответствие выводов сотрудников Роспотребнадзора и составителей карт СОУТ о наличии превышений ПДУ по общей вибрации.

Нередко возникают совершенно не урегулированные действующими нормативными актами вопросы по документации о состоянии здоровья больных с подозрением на ПЗ за прошлый период времени. В профцентр в обязательном порядке для проведения экспертизы связи заболевания с профессией представляются выписка из амбулаторной карты и сведения о ранее проведенных предварительном и периодических медицинских осмотрах. Оформление и содержание такого рода документации опять-таки четко не регламентируется. В нашей практике сведения о ранее проводившихся медицинских осмотрах обычно сводятся к 2-3 фразам типа: «периодические медицинские осмотры проводились регулярно (не регулярно), признаки ПЗ и противопоказания к продолжению работ не выявлялись». Для проведения экспертизы по существу такой информации слишком мало.

Нам в далеко не единичных случаях приходилось сталкиваться с ситуацией, когда по записям врачей и проведенным лабораторным и функциональным исследованиям вырисовывалась картина явно имеющихся вероятно ПЗ, но в заключении врача стояли фразы типа «годен, здоров» или «противопоказаний не выявлено». Такие ситуации могут объясняться недостатком квалификации медицинских работников, а также и отсутствием как у врачей, проводящих медицинские осмотры, так и у работников заинтересованности в установлении диагноза ПЗ на ранних стадиях.

Поэтому представляется, что было бы очень уместным при проведении экспертизы анализировать по существу содержания записей врачей, данных лабораторных и функциональных исследований, которые имеются в картах профосмотров и картах «по обращаемости». Но каких-либо указаний об обязательном или хотя бы возможном представлении этих документов в профцентр действующие нормативные акты не содержат.

Весьма много возможностей сделать ошибочное заключение о состоянии здоровья пациента в прошлом заключается в формальном восприятии сведений выписки из амбулаторной карты, которая нередко, видимо из соображений экономии времени и сил составителя, обычно представляет собой механическое повторение листа уточненных диагнозов амбулаторной карты. При анализе содержания записей по существу их содержания достаточно регулярно встречаются ситуации, когда смысл записей явно не соответствует установленному диагнозу.

Встречающиеся в последние 2-3 года распечатки базы данных поликлиник по обращениям больных, где приводятся лишь коды диагнозов по МКБ и факты выдачи/не выдачи больничного листа, из-за своей крайне низкой содержательности для объективной экспертизы практически не пригодны. Но ни в одном из нормативных документов об этом никак не говорится. По существу порочная практика продолжается.

Особенно много сложностей возникает при обосновании диагноза ПЗ у больных, уже прекративших трудовую деятельность в условиях воздействия вредных производственных факторов. Действующими нормативными актами не установлено каких-либо временных ограничений для установления диагноза ПЗ в указанной ситуации. Между тем, в практике работы многих клиник профессиональных болезней предложение провести такого рода экспертизу у больного уже 1-2 года, как прекратившего работу в тех условиях, которые могли бы вызвать развитие ПЗ, вызывает выраженный пессимистический настрой.

Но даже и установление диагноза ПЗ не всегда означает конец правовых коллизий. Согласно действующему в настоящее время законодательству само по себе решение врачебной комиссии профцентра об установлении диагноза ПЗ не дает больному никаких материальных благ. Права больного на получение возмещения за вред, причиненный здоровью ПЗ, возникают лишь после составления акта о случае ПЗ, в котором будет зафиксирована вина конкретного работодателя.

При составлении акта о случае ПЗ не исключены варианты, когда при положительном решении профцентра о связи заболевания с профессией, комиссия по расследованию случая ПЗ придет к обратному выводу. Встречаются случаи, когда в акте о случае ПЗ фиксируются неурегулированные противоречия членов комиссии. Например, специалисты Роспотребнадзора выносят заключение, что заболевание является профессиональным, представитель ФСС фиксирует особое мнение об отсутствии связи заболевания с профессией, а работодатель вовсе отказывается от подписи акта. Впоследствии типична ситуация, когда больной с такими документами подает в ФСС заявление о назначении страховых выплат, а страховщик выносит решение о признании случая нестраховым.

Ещё одна проблема, существовавшая более 20 лет, - это возможность затягивать до бесконечности процедуру составления акта о случае ПЗ. Время, отведенное на эту процедуру с 2001 г. никак не регламентировалось. Лишь в этом вопросе вновь введенное в действие Постановление 1206 указало четкий срок работы комиссии, составляющий указанный акт: «Комиссия обязана завершить расследование в течение 30 рабочих дней со дня своего создания».

Завершая краткий обзор, приходится заключить, что начавшиеся в введении в действие Постановления 1206 реформа нормативно-правовой базы отечественной профпатологии пока не привела к радикальному сокращению числа и остроты традиционно существовавших в экспертизе связи заболевания с профессией проблем.