

Е.Н. Богданова, М.Ю. Задорин, А.А. Лобанов, А.И. Попов, С.В. Андронов, Р.А. Кочкин

ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ КОРЕННЫХ НАРОДОВ РОССИЙСКОЙ АРКТИКИ: «КОЛЛИЗИОННОЕ ПОЛЕ» И ПОИСК НОВЫХ РЕШЕНИЙ

Статья подготовлена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 18-010-00875\18).

Статья посвящена актуальным вопросам правового обеспечения охраны здоровья коренных малочисленных народов России (преимущественно Арктической зоны Российской Федерации). Осуществлен анализ нормативно-правового сопровождения в области обеспечения прав и гарантий арктических «аборигенов». В заключении формулируются предложения по улучшению и совершенствованию системы здравоохранения применительно к лицам, ведущим традиционный образ жизни в суровых климатических условиях Арктической зоны РФ.

Ключевые слова: коренные малочисленные народы; Российская Арктика; конституционное право; медицинское право; право социального обеспечения.

Введение

Процессы глобализации, ставшие характерной и неизбежной особенностью конца XX – начала XXI в., усиливают нивелирование этнического и культурного многообразия малочисленных народов, постепенно уничтожая их традиционный образ жизни. Это не могло не сказаться на образе их жизни и физиологических показателях здоровья.

Лишь в конце 80-х гг. XX в. в полной мере на международном уровне была осознана необходимость выделения специальных коллективных прав коренных народов, что легло в основу Конвенции МОТ № 169 «О коренных народах...» (1989 г.) и Декларации ООН «О правах коренных народов» (2007 г.). Это заметно повысило статус коренных народов, возведя проблему сохранения их этнокультурной идентичности и развития (в рамках традиционных форм общежития) в ранг задачи общемирового значения.

В России, несмотря на фундаментальное значение ст. 69 Конституции, гарантирующей права коренных малочисленных народов в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, непосредственно сам Федеральный закон № 82-ФЗ «О гарантиях прав коренных малочисленных народов...» появился лишь в 1999 г. К тому моменту время уже было значительно упущено, так как влияние цивилизации и промышленного освоения Севера и Арктики на изменение традиционного образа жизни превратилось в разрушительный и в целом необратимый процесс: невосполнимый вред экологии, угроза утраты природного биоразнообразия Арктики, распространение алкоголизма и инфекционных заболеваний, что, наряду с переездом «аборигенов» в города, явилось причиной высокой смертности и депопуляции.

Согласно исследованию, проведенному Ю.А. Сумароковым, Т. Бренном, А.В. Кудрявцевым и О. Нильсеном, высокий уровень ментальных проблем и суицидальных рисков среди коренных народов (в частности, ненцев в НАО) приходится на фокус-группу резидентов городских агломераций, которые утратили чувство принадлежности к своей этнокультурной общности. Таким образом, процесс культур-

ной ассимиляции и жизнь в городе фактически явились причиной высокой смертности вследствие ощущения оторванности от родных корней и образа жизни предков, эмоциональной пустоты и депрессии [1]. Специалисты обозначают это явление как «этно-психологические факторы», влияющие на распространение заболеваний и формирующие «неблагоприятные индивидуально-психологические свойства – сужение временной перспективы, пассивность и равнодушное отношение к собственному будущему» [2. С. 27].

Необходимо признать, что промышленное освоение Арктики не соответствует «экологической емкости природной среды» при «практическом отсутствии адекватных мер по ее реабилитации» [3. Р. 167], именно поэтому оно имеет столь губительное воздействие на состояние здоровья населения, ведущего традиционный образ жизни. Примечательно, что это характерно не только для Арктической зоны Российской Федерации (АЗРФ), но и для всего Арктического региона. Как отмечает Е.Е. Торопушина: «В настоящее время для зарубежного Севера характерно отсутствие единообразия в формировании и реализации политики в сфере охраны здоровья: политика в этой сфере осуществляется исходя из сложившейся системы государственного управления, структуры организации систем здравоохранения и пр.» [4. С. 179]. Вместе с тем в Скандинавии и Северной Америке исторически традиционно более высокий, чем в России, уровень развития местного самоуправления. В связи с чем муниципалитеты обладают большей свободой и вариативностью развития собственных позитивных практик по охране здоровья. Например, как отмечает автор, в Дании целые ассоциации пациентов принимаются непосредственное участие в формировании и реализации политики в сфере охраны здоровья [Там же. С. 178]. Тем не менее в законодательстве стран Арктического региона отсутствуют отдельные нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы охраны здоровья коренных народов [5. С. 9–13; 6. С. 152–156; 7; 8; 9].

По справедливому высказыванию А.И. Козлова, М.А. Козловой и др., «коренное население Севера РФ представляет собой группу этнических меньшинств, в социальном плане чрезвычайно уязвимых. Переход от политики государственного патернализма к рыночным

отношениям привел к резкому падению качества жизни значительной доли северян, выразившемуся в неадекватном уровне доходов, маргинализации и люмпенизации, ориентации на выживание за счет местных ресурсов на фоне сокращения объемов традиционного природопользования» [10. С. 5]. Сложившиеся условия напрямую затрагивают успешную реализацию концепции национальной этнополитики в АЗРФ [11. С. 125–142].

В настоящее время коренные малочисленные народы составляют около 15% от общего населения российской части Арктики. В Арктической зоне России, по данным на 2011 г., проживало порядка 1 млн человек, при этом более 150 тыс. из них – представители 17 малочисленных народов (саамы, ненцы, ханты, манси, селькупы, кеты, энцы, нганасаны, долганы, эвенки, эвены, юкагиры, чукчи, эскимосы, керекы, чуванцы и коми-ижемцы) [12. С. 91]. Необходимо отметить, что если внимательно соотнести места традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности коренных малочисленных народов с районами, входящими в состав АЗРФ, то, исключив коми-ижемцев из Республики Коми (не входящих в Единый правительственный перечень) и чулымцев из Красноярского края (районы их проживания не относятся к АЗРФ), и включив коряков Чукотки, мы как раз и получим число 17.

В национальной политике арктических государств достаточное внимание уделяется вопросам охраны традиционной культуры и языка, но проигнорирован ключевой фактор сохранения коренных народов – охрана их здоровья. Тем не менее анализ официальных статистических данных Росстата, аналитических отчетов Минздрава и уполномоченных по правам человека в регионах АЗРФ показывает, что в настоящее время наблюдается устойчивая тенденция к снижению качества здоровья коренных народов за счет нарушения биологических и функциональных процессов в их организме, изменений социально-профессиональной структуры, социально-культурных и этнических ритмов. Профессор М.А. Шрага указывает на острую необходимость в создании сети «подразделений (учреждений) гигиенической (санитарной) экологии», организации современного медико-эпидемиологического мониторинга в Российской Арктике [13. С. 54]. Связано это, прежде всего, с промышленным освоением АЗРФ, где сосредоточены основные загрязнители – нефтегазовые, горнодобывающие и транспортные компании [14. С. 115].

Это подтверждается и в резолюции по итогам научно-практической конференции с международным участием в октябре 2017 г. «Проблемы сохранения здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Арктике», организаторами которой выступили Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральное бюджетное учреждение науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора. В резолюцию вошел целый ряд предложений, в том числе наиболее ценные из них:

– разработка федеральной целевой программы улучшения санитарно-эпидемиологической ситуации на территории АЗРФ;

– включение Роспотребнадзора в состав рабочей группы в рамках Арктического Совета и в экспертную группу по медико-экологическим вопросам Государственной Комиссии по вопросам развития Арктики;

– создание общественного организационного комитета по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия на территории АЗРФ;

– предложение органам здравоохранения администраций арктических регионов России использовать опыт Архангельской области по созданию и ведению онкорегистра и регистра родов;

– разработка нормативно-правовых актов в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, касающихся соответствующих требований с учетом особых условий АЗРФ и принципов районирования в России;

– обоснование требований к корректировке программ социально-гигиенического мониторинга с включением показателей, характеризующих содержание высокотоксичных загрязняющих веществ и возбудителей опасных инфекций и инвазий, передающихся по пищевой цепи через объекты традиционного промысла населения;

– разработка нормативных требований к оценке и управлению индивидуальным риском возникновения нарушений здоровья работников при выполнении трудовых операций в условиях экстремального холодового воздействия.

Очевидно, что решение глобальных проблем освоения и развития Арктического региона России невозможно без реализации сбалансированной политики «аборигенного нативизма» и «устойчивого развития» в отношении здоровья коренных народов АЗРФ. «Аборигенный нативизм» – это политика, проводимая в интересах коренных малочисленных народов, связанная с оживлением их родовой культуры и традиционного образа жизни. Эти политические практики органично вписываются в концепцию развития «арктического интеллектуального сервиса», охватывающего различные направления экономической деятельности (полярная гидрография, наблюдения за изменением климата, ледовой обстановкой, арктическими экосистемами и т.д.), которые напрямую затрагивают жизнь и деятельность коренного населения [15. Р. 73].

Здоровье коренных народов АЗРФ как объект правовой охраны. Особенностью современного положения коренных народов в мировой политической и юридической практике является то, что основной акцент делается на утверждение и защиту их права на *самоопределение и развитие*. Эти права относятся к третьему поколению прав человека, так называемым *коллективным правам*. Прежде всего, это право на самоуправление, языковые, культурные и религиозные права, и, конечно, право на традиционное природопользование.

И если под указанные формы реализации этнокультурной самобытности коренных народов государства принимают соответствующие нормативно-правовые акты и утверждают политико-правовые институты, то право на здоровье коренных народов фактически не рассматривается как нечто особенное. Презюмируется, что коренные народы обладают пра-

вом на получение квалифицированной медицинской помощи наравне с другими гражданами государства. Остается лишь вопрос о механизме реализации этого права, насколько он прозрачен и понятен самим коренным народам. Прежде всего, это касается кочевников.

Таким образом, обнаруживается определенная политико-правовая коллизия. С одной стороны, утверждается, что коренные народы обладают особым правовым статусом в силу их малочисленности, исторической несправедливости в результате колониционных процессов и традиционного образа жизни в особых климатических условиях. С другой стороны, в рамках защиты права на здоровье они *de jure* не обладают таким статусом, за исключением *de facto* проводимых государством или различными научно-исследовательскими институтами разовых мероприятий медицинского характера в местах традиционного проживания аборигенов. Указанные мероприятия субсидируются на конкретный срок в рамках определенных программ.

Очевидно, что иммунитет коренных народов существенно отличается от иммунитета жителей урбанизированного пространства. На этот традиционный исторически влиял целый комплекс факторов: изоляционный, нутриционный, гигиенический, иммунный (в том числе вопросы вакцинации). Именно поэтому при принудительном переселении коренных (прежде всего, кочевников) в поселки и города в эпоху освоения северных территорий, контактах с другими этническими группами у первых развился целый комплекс нетипичных для их среды заболеваний.

Более того, указанные критерии можно также применять и в отношении «укорененного» и «старожильческого» населения, которое подобно коренным народам ведет традиционный образ жизни в сельской местности. Таким образом, основным критерием в данном случае выступает не фактор этничности, а образ жизни в суровых климатических условиях. Примечательно, что этот тезис подтверждается и позицией Верховного Суда России (см.: Постановление Пленума ВС РФ от 23.11.2010 № 27 (ред. от 18.10.2012)).

В связи с этим, при регулировании вопросов охраны здоровья коренных народов необходимо наличие четких и понятных правовых конструкций, позволяющих обеспечить реализацию ст. 69 Конституции.

Охрана здоровья «аборигенов» в контексте международных обязательств. *De facto* правовое регулирование охраны здоровья коренных народов АЗРФ выстраивается в соответствии с положениями вышеупомянутой Декларации ООН 2007 г., несмотря на то, что Россия *de jure* не является государством-участником этого документа «мягкого права» («soft law»).

Являясь международным документом рекомендательного характера, декларация, тем не менее, имеет большое политическое значение, в связи с чем отсылки к этому документу можно найти даже в решениях высших судов Российской Федерации (см.: Решение ВАС РФ от 03.12.2012 № ВАС–12173/12).

Так, согласно ст. 21 Декларации: «1. Коренные народы имеют право без дискриминации на улучше-

ние социально-экономических условий их жизни, в том числе, в частности, в таких областях, как образование, занятость, профессионально-техническая подготовка и переподготовка, обеспечение жильем, санитария, здравоохранение и социальное обеспечение. Государства принимают действенные меры и, при необходимости, особые меры по обеспечению непрерывного улучшения социально-экономических условий их жизни. Конкретное внимание уделяется правам и особым потребностям престарелых, женщин, молодежи, детей и инвалидов, принадлежащих к коренным народам».

Право граждан России на медицинскую помощь – конституционное, оно закреплено в ч. 1 ст. 41 Конституции, а ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья...» гласит, что «каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме...».

Применительно к коренным народам действует п. 9 ч. 2 ст. 8 Федерального закона № 82-ФЗ, определяющий, что «лица, относящиеся к коренным малочисленным народам, имеют право получать бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий обязательного медицинского страхования». Также ст. 10 Федерального закона № 323-ФЗ предусмотрено, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения, транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения и др.

Статья 23 Декларации указывает на необходимость реализации специальных программ поддержки коренных народов: «Коренные народы имеют право определять приоритеты и разрабатывать стратегии в целях осуществления своего права на развитие. В частности, коренные народы имеют право активно участвовать в разработке и определении здравоохранительных, жилищных и других социально-экономических программ, которые их затрагивают, и, насколько это возможно, реализовывать такие программы через свои собственные институты».

В статьях 24 и 31 декларируется недопустимость дискриминации коренных народов и их права на «традиционную медицину»: «Коренные народы имеют право на свою традиционную медицину и на сохранение своей практики врачевания, включая сохранение важнейших лекарственных растений, животных и минералов. Лица, принадлежащие к коренным народам, также имеют право на доступ без какой бы то ни было дискриминации ко всем видам социального и медицинского обслуживания».

Статья 29 Декларации констатирует необходимость осуществления программ мониторинга, сохранения и восстановления здоровья коренных народов: «Государства принимают также действенные меры по обеспечению, в случае необходимости, надлежащего осуществления программ мониторинга, сохранения и восстановления здоровья коренных народов в том

виде, как они разрабатываются и осуществляются народами, подвергшимися негативному воздействию таких материалов».

Как подчеркивает Абрютин, «в ходе реформ и перестройки системы здравоохранения централизованный сбор и систематизация статистических данных по аборигенным народам Севера постепенно сворачивались и к настоящему времени прекратились совсем». Она также отмечает острую необходимость учета коренных без привязки к Единому правительственному перечню: «Начать необходимо с восстановления сбора статистических данных по категории коренных малочисленных народов в регионах их проживания. Также, приступая к разработке и реализации программ по повышению эффективности медицинской помощи, принципиально важно отказаться от использования в качестве критерия официального Единого перечня коренных малочисленных народов Российской Федерации и ориентироваться только на конкретные группы населения (независимо от национального состава), дифференцируя их по признакам занятия традиционной деятельностью, проживания в удаленных труднодоступных местах и районах, подверженных наибольшим промышленным разрушениям и химическим загрязнениям» [16. С. 221; 230–231].

Среди документов юридически обязательного характера следует выделить Конвенцию МОТ № 169, в ст. 20 которой установлено, что: «1. Правительства, в рамках своих национальных законодательств и в сотрудничестве с соответствующими народами, принимают специальные меры в отношении найма и условий занятости трудящихся, если они не получают эффективной защиты по законам, распространяющимся на всех трудящихся. <...> 3. Принятые меры включают меры, обеспечивающие: б) чтобы трудящиеся, принадлежащие к соответствующим народам, не ставились в условия, представляющие опасность для их здоровья, в частности в связи с воздействием пестицидов и других токсических веществ...».

Также ст. 25 устанавливает, что «1. Правительства обеспечивают соответствующим народам должное медицинское обслуживание или предоставляют им ресурсы, позволяющие им организовывать и осуществлять такое обслуживание под собственную ответственность и под их контролем, с тем чтобы по состоянию своего физического и психического здоровья они могли находиться на наиболее высоком достижимом уровне».

Россия не является государством – участником указанного соглашения, а среди арктических стран ее ратифицировали только Норвегия (1990 г.) и Дания (1996 г.). Таким образом, Россия выстраивает систему защиты прав коренных народов АЗРФ, ориентируясь, прежде всего, на внутреннее право.

«Острые углы» российской правовой и институциональной системы. Одним из «каменной преткновения» для России является пересмотр системы социального обеспечения и здравоохранения с учетом интересов коренных народов АЗРФ. В настоящее время, когда статус «традиционной медицины» в России находится еще на стадии становления, а организация системы здравоохранения централизована, реализа-

ция определенной части международных конвенционных стандартов представляется затруднительной. Так, сложно обеспечить планирование служб здравоохранения и управление ими в сотрудничестве с соответствующими народами с учетом экономических, географических, социальных и культурных условий, а также их «традиционной превентивной медицины», «традиционных методов врачевания» и лекарственных средств.

Более того, ратификация Конвенции МОТ № 169 гипотетически может обнажить нерешенные проблемы, в частности, рассогласованность действий органов местного самоуправления и местных общин коренных народов АЗРФ. Ведь, согласно договору, система здравоохранения должна отдавать предпочтение подготовке и найму работников здравоохранения из жителей местных общин и обеспечивать преимущественно первичную медицинскую помощь при одновременном поддержании тесных связей со службами здравоохранения на других уровнях.

Вместе с тем нельзя не отметить и положительную динамику по вопросам подготовки специалистов в указанной области. Так, согласно «Общероссийскому классификатору занятий», утвержденному в 2014 г. Приказом Росстандарта № 2020-ст, знания о «традиционной медицине» входят в квалификационные требования «среднего медицинского персонала здравоохранения», к числу задач которого относится «применение лечения травами и других видов терапии, основанных на народной медицине, верованиях и опыте разных народов и культур».

Также и анализ законотворческой активности российских парламентариев в области защиты права на охрану здоровья коренных народов позволяет продемонстрировать наиболее значимые инициативы (которые, к сожалению, пока не нашли своего отражения в действующем законодательстве).

Эволюция права постсоветской России на охрану здоровья «аборигенов». В 1994 г. в Государственную Думу России был внесен на рассмотрение законопроект № 94700302-1 «Основы правового статуса малочисленных коренных (аборигенных) народов России». Его судьба была непростой: он был принят «нижней палатой парламента» в июле 1995 г. и отклонен президентом в августе того же года. Затем в ноябре он был вновь принят парламентариями и месяц спустя снова отклонен президентом. В мае 1996 г. законопроект опять был принят в Государственной Думе и в июне отклонен Советом Федерации. В сентябре 1997 г. он был окончательно снят с рассмотрения Советом Государственной Думы.

Тем не менее именно этот законопроект достаточно полно учитывал ключевые положения Конвенции МОТ № 169, связанные с организацией медико-санитарной помощи коренным народам:

- планирование и регламентация ежегодной обязательной диспансеризации на территориях традиционного расселения и хозяйственной деятельности малочисленных народов;

- размещение и функционирование учреждений здравоохранения на территориях традиционного расселения и хозяйственной деятельности малочислен-

ных народов с учетом их социально-культурных особенностей;

- укомплектование медицинскими кадрами учреждений здравоохранения с учетом обычаев и традиций малочисленных народов;

- использование традиционных методов врачевания, принятых у малочисленных народов, при осуществлении органами здравоохранения санитарно-гигиенических мероприятий;

- бесплатность медицинского обслуживания лиц, относящихся к малочисленным народам, в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, включая обеспечение лекарственными средствами.

Одновременно с внесением в Государственную Думу указанного законопроекта Правительством России было утверждено Постановление от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», в котором «малочисленные народы Севера», проживающие в сельской местности районов Крайнего Севера и приравненных к ним территориях, были включены в перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно.

Парадоксально, но право на охрану здоровья коренных народов было закреплено впоследствии сначала в Постановлении Правительства от 06.01.1997 № 13 «Об утверждении Правил добыwania объектов животного мира, принадлежащих к видам, занесенным в Красную книгу Российской Федерации, за исключением водных биологических ресурсов», где основное внимание было уделено вопросам сохранения биоразнообразия и экологической безопасности.

Затем гарантии прав коренных народов получать бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий обязательного медицинского страхования были окончательно закреплены в пп. 9 п. 2 ст. 8 Федерального закона № 82-ФЗ «О гарантиях...». После этого был принят ряд законов, которые формально расширили права коренных народов на охрану здоровья. Так, например, согласно ст. 2 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» «члены семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера подлежат обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в случае, если они добровольно вступили в отношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и уплачивают за себя страховые взносы в соответствии со статьей 4.5 настоящего Федерального закона».

Однако реализовать это право для коренных народов весьма затруднительно.

Во-первых, их официальный трудовой статус не всегда определен. Часто и мужчины, и женщины из

числа коренных народов оформлены как «оленоводы», так как с 1983 г. в перечень не были внесены профессии, связанные с традиционным образом жизни, например «чумработница» (Постановление Госкомтруда СССР, Секретариата ВЦСПС от 19.07.1983 № 156/15–28).

Во-вторых, не до конца проясненным является вопрос о том, кто и каким образом должен уплачивать страховые взносы в рамках «обязательного медицинского страхования», ведь не все «аборигены» имеют официальный трудовой статус, ведут кочевой образ жизни и не получают стабильные доходы в денежной форме.

Признание особого правового статуса кочевых коренных народов послужило бы катализатором для запуска организационно-экономического механизма государственного субсидирования.

В 2009 г. Постановлением Правительства РФ от 04.02.2009 № 132-р была утверждена Концепция устойчивого развития коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации. Ее цели и задачи получили реализацию через региональные и муниципальные долгосрочные целевые программы.

С 2011 г. изменилось отношение органов власти и к традиционной медицине, которая, наконец, после отклоненного Государственной Думой *законопроекта № 99059204–2* 1999 г. получила официальный статус. В статье 50 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определен порядок реализации права на занятие народной медициной, которая отграничена от «услуг оккультно-магического характера» и «совершения религиозных обрядов».

Право на выдачу разрешений на занятие народной медициной, согласно утвержденным областными законами административным регламентам, передано региональным правительствам. Тем не менее ни в федеральном, ни в региональных законах о реализации государственных полномочий в сфере охраны здоровья граждан нет упоминания коренных народов.

С 2015 г. при диспансеризации собирается информация о принадлежности больного к коренному народу. Согласно Приказу Минздрава от 06.03.2015 № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению», в п. 7 Учетной карты отмечается принадлежность гражданина к «коренному малочисленному народу». При этом достоверность предоставляемых пациентом сведений не проверяется. Тем не менее введение данного пункта в учетную карту позволило усовершенствовать статистический сбор информации и более точно планировать объемы государственного финансирования для обеспечения коренных народов бесплатной социальной и медицинской помощью.

На начало 2018 г. в Государственной Думе находится на рассмотрении *законопроект № 1026256–6* «О государственной поддержке лиц, относящихся к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и

Дальнего Востока Российской Федерации, ведущих кочевой образ жизни», в котором делается акцент на необходимости приоритетного предоставления мер государственной поддержки кочевников, в том числе по вопросу обеспечения бесплатной медицинской помощью в рамках программы обязательного медицинского страхования.

Роль регионов и муниципалитетов в охране здоровья «аборигенов». Законодательство, регулирующее вопросы охраны здоровья, на уровне регионов и муниципалитетов носит еще менее системный характер. Оно сводится к региональному плану мероприятий по реализации Концепции устойчивого развития коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, утверждаемому распоряжением Правительства субъекта Федерации. Так, в настоящее время в целях реализации распоряжения Правительства Российской Федерации от 25.08.2016 № 1792-р эти планы действительны в субъектах на 2017–2025 гг. Участие в его исполнении принимают департаменты по делам коренных малочисленных народов Севера. Фактически, на текущий момент это единственный документ, регулирующий вопросы охраны здоровья коренных малочисленных народов Севера на региональном уровне. Остальные нормативы закреплены в локальных документах медицинских учреждений.

Это во многом связано с переходом Правительства на *проектно-ориентированный тип управления государственным бюджетом*, который направил все усилия органов власти на выполнение государственных программ и отвлек внимание законодательной власти от правотворческой деятельности и «латания» пробелов в федеральном и региональном законодательстве. В «коллизиином поле» оказалась и охрана здоровья как в целом граждан РФ, так и в особенности коренных народов [17. С. 862–868].

Одновременно с этим состояние здоровья коренных народов Севера и их традиционный образ жизни претерпели неизбежные изменения [18. С. 10–11]. На примере Ямала, как одного из самых перспективных арктических регионов РФ, можно продемонстрировать степень и характер этих изменений.

На территории Ямало-Ненецкого автономного округа проживает более 37 тыс. человек из числа «аборигенов». Кочевой образ жизни ведут более 17 тыс. человек. Среди коренных жителей тундры и национальных поселков Ямальского, Тазовского и Надымского районов ЯНАО в течение 5 лет наблюдается тенденция к снижению распространенности хронического необструктивного бронхита и повышению распространенности гипертонической болезни (рост на 84% за последние 3 года) и избыточной массы тела. Наиболее высокая заболеваемость гипертонической болезнью наблюдается в Тазовском районе (50,0%), хроническим необструктивным бронхитом (27,1%) и избыточной массой тела (35,6%) в Надымском районе. Эти негативные тенденции в ухудшении состоянии здоровья коренного населения обусловлены комплексом факторов: экологических, социально-экономических и пр. Однако ведущими, на наш взгляд, являются изменение традиционного образа

жизни и рациона питания. Так, в 2012–2016 гг. в Ямальском и Тазовском районах ЯНАО, где сосредоточена основная часть коренного населения, наблюдается драматическое снижение потребления традиционных продуктов питания, местной рыбы и оленины в среднем наполовину. Это оказывает негативное влияние на показатели здоровья: периферическое кровообращение, поддержание нормального артериального давления и массы тела, усвоение кислорода, антиоксидантную активность [19. Р. 1–27].

Немалую роль в снижении объемов потребления рыбы сыграло ужесточение регулирования вылова рыбы и установления квот в соответствии со ст. 30 Федерального закона от 20.12.2004 № 166-ФЗ (ред. от 05.12.2017) «О рыболовстве...», которые недостаточны для «обеспечения традиционного образа жизни и осуществления традиционной хозяйственной деятельности коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации», как это заявлено в законе. Для представителей коренных народов, основным промыслом которых является рыболовство, установленные объемы вылова (добычи) рыбы не позволяют получать доход, который обеспечил бы им поддержание минимального уровня жизни своей семьи или общины, и подталкивает их к смене традиционного образа жизни и переселению в поселки или города.

Наблюдается проблемная ситуация и с охраной репродуктивного здоровья женщин и материнства. Так, в Тазовском и Ямальском районах из-за экстремальных условий проживания в тундре отмечается высокий уровень самопроизвольного прерывания беременности, что говорит о недостаточной доступности медицинской помощи. Тем не менее именно данное направление охраны здоровья – защита детства и материнства коренных народов – является ключевым при их сбережении. Его важность осознана и законодательно урегулирована (применительно к инуитам) только в одном из арктических государств – Канаде [20. С. 481–512].

В настоящее время разработана концептуальная региональная модель гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, которая строится на выработке приоритетных направлений через мониторинговые мероприятия (среды обитания, алиментарного статуса и общего состояния здоровья). Результатом их реализации является установление факторов риска заболевания, а затем научное обоснование управленческих решений. Это отражается в нормативно-методической базе и, в конечном счете, в целевой комплексной программе, которая утверждается Постановлением Губернатора [21. С. 80–82].

Представляется, что подобная модель может быть основой для принятия управленческих решений во всех регионах АЗРФ, где проживает коренное население.

Заключение

В целях улучшения нормативно-правового и институционального обеспечения права на здоровье коренными народами Российской Арктики необходимо предпринять целый комплекс мер, включающий в себя:

– принятие федерального закона о защите прав коренного населения, ведущего кочевой образ жизни, с разъяснением стандартов оказания медицинской помощи применительно к данной группе населения;

– внесение изменений в федеральное законодательство, а также в подзаконные акты, определив перечень профессий коренных народов для цели обяза-

тельного социального страхования и обязательного медицинского страхования;

– разработка программ поддержки репродуктивного здоровья женщин из числа коренных народов;

– обеспечение нормативного сопровождения и реализации наиболее ценных положений законопроекта № 94700302-1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sumarokov Y.A., Tormod B., Kudryavtsev A.V., Nilssen O. Suicides in the indigenous and non-indigenous populations in the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia, and associated socio-demographic characteristics // *International Journal of Circumpolar Health*. 2014. Vol. 73. DOI: 73: 10.3402/ijch.v73.24308. EID: 2-s2.0-84899814578.
2. Sorokina S.A., Zagdyn Z.M. Social-economic and psychological factors affected the tuberculosis and HIV-infection spread among indigenous peoples in Russia (review) // *MEDalliance*. 2016. № 3. P. 24–29.
3. Lipina S.A., Zaikov K.S., Lipina A.V. Introduction of Innovation Technology as a Factor in Environmental Modernization in Russian Arctic // *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 2017. Vol. 10, № 2. P. 164–180. DOI: 10.15838/esc/2017.2.50.9. WOS:000402768600010.
4. Торопушина Е.Е. Муниципальная социальная политика в сфере охраны здоровья: зарубежный опыт северных территорий // *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2013. № 2. С. 171–180.
5. Кайгородова Т.В., Запороженко В.Г., Ермолаев А.Р. Международный опыт по охране здоровья коренных народов // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2012. № 1. С. 9–13.
6. Богданова Е.Н., Залывский Н.П. Сбережение населения в Российской Федерации: социально-правовой аспект // *Перспективы науки и образования*. 2015. № 1 (13). С. 152–156.
7. Гарипов Р.Ш. Защита прав коренных народов в России и США. Казань : Изд-во Татар. гос. гуманитар.-пед. ун-та, 2010. 252 с.
8. Люди Севера: права на ресурсы и экспертиза. Серия: Исследования по антропологии права / отв. ред. Н.И. Новикова. М. : Стратегия, 2008. 512 с.
9. Black K., McBean E. Increased Indigenous Participation in Environmental Decision-Making: A Policy Analysis for the Improvement of Indigenous Health // *The International Indigenous Policy Journal*. 2016. Vol. 7 (4). DOI: 10.18584/iipj.2016.7.4.5.
10. Здоровье коренного населения Севера РФ: на грани веков и культур / А.И. Козлов, М.А. Козлова, Г.Г. Вершубская, А.Б. Шилов. 2-е изд. Пермь : ОТ и ДО, 2013. 205 с.
11. Zaikov K., Tamitskiy A., Zadorin M. Legal and political framework of the federal and regional legislation on national ethnic policy in the Russian Arctic // *The Polar Journal*. 2017. № 1 (7). P. 125–142. DOI: 10.1080/2154896X.2017.1327748; EID: 2-s2.0-85019695925.
12. Мурашко О.А. Коренные народы Арктики и «народы Севера»: история, традиции, современные проблемы // *Арктика: экология и экономика*. 2011. № 3. С. 90–105.
13. Шпрага М.Х. Циркумполярная среда обитания: безопасность и здоровье населения // *Арктика и Север*. 2011. № 1. С. 35–55.
14. Хакназаров С.Х. Исследование общественного мнения в Нефтеюганском районе Югры о промышленной разработке полезных ископаемых // *Арктика и Север*. 2017. № 28. С. 106–117. DOI: 10.17238/issn2221-2698.2017.28.106.
15. Богданова Е.Н., Лобанов А.А., Попов А.И. Социально-экономическая политика Российской Федерации в сфере охраны здоровья: вызовы и прогнозы // *Экономика и предпринимательство*. 2017. № 9–3 (86–3). С. 862–868.
16. Вязьмин А.М., Санников А.Л., Мордовский Э.А. Социально-медицинские проблемы народонаселения циркумполярных стран – вызовы современному развитию Арктики // *Арктика и Север*. 2012. № 8. С. 1–17.
17. Zaikov K.S., Kalinina M.R., Kondratov N.A., Tamitskii A.M. Innovation course of economic development in the Northern and Arctic territories in Russia and in the Nordic countries // *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 2017. Vol. 10, № 3. P. 59–77. DOI: 10.15838/esc/2017.3.51.3. WOS:000411528100004
18. Абрютина Л.И. Между двух огней. Влияние социальных и экологических факторов на здоровье коренных малочисленных народов Севера // *Современное состояние и пути развития коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации*. М. : Издание Совета Федерации, 2013. С. 218–231.
19. Anderson I., Robson B., Conolly M. et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study // *Lancet*. 2016. Vol. 386. P. 1–27. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00345-7.
20. Dyck E., Lux M. Population Control in the “Global North”? Canada’s Response to Indigenous Reproductive Rights and Neo-Eugenics // *The Canadian Historical Review*. 2016. Vol. 97 (4). P. 481–512. DOI: 10.3138/chr.Dyck.
21. Надточий Л.А. Решение проблем сохранения здоровья коренных и малочисленных народов в отдельных регионах России (медико-социальные аспекты). Красноярск, 2014. 173 с.

Статья представлена научной редакцией «Право» 22 мая 2018 г.

THE RIGHT TO HEALTH PROTECTION OF INDIGENOUS PEOPLES OF THE RUSSIAN ARCTIC: “COLLISION FIELD” AND SEARCH FOR NEW SOLUTIONS

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Tomsk State University Journal, 2018, 432, 210–217.

DOI: 10.17223/15617793/432/28

Elena N. Bogdanova, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (Severodvinsk, Russian Federation). E-mail: e.n.bogdanova@narfu.ru

Maksim Yu. Zadorin, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (Arkhangelsk, Russian Federation). E-mail: m.zadorin@narfu.ru

Andrei A. Lobanov, Arctic Research Centre of the Yamal-Nenets Autonomous District (Nadym, Russian Federation). E-mail: alobanov89@gmail.com

Andrei I. Popov, Arctic Research Centre of the Yamal-Nenets Autonomous District (Nadym, Russian Federation). E-mail: anpopov2007@yandex.ru

Sergey V. Andronov, Arctic Research Centre of the Yamal-Nenets Autonomous District (Nadym, Russian Federation). E-mail: sergius198010@mail.ru

Ruslan A. Kochkin, Arctic Research Centre of the Yamal-Nenets Autonomous District (Nadym, Russian Federation). E-mail: kochkin25011983@mail.ru

Keywords: indigenous small-numbered peoples; Russian Arctic; constitutional law; medicine law; social security law.

The article is devoted to the topical issue of health protection of indigenous peoples in the framework of modern state political and legal systems. The article focuses on the indigenous minorities of the Russian Arctic, which are a collective ethno-cultural community united by a common goal – the maintenance of the traditional way of living and the protection of their ethno-cultural identity. The health of indigenous peoples as a subject of legal protection stems from the very specific nature of life in harsh climatic conditions, as well as by the nature of their crafts and nutrition. At present, it is necessary to state that the right to health of Arctic “natives” is not fixed at the level of political and legal institutions and mechanisms in any state of the circumpolar region. The existing practice of studying the health status of indigenous peoples and prevention measures seem to be sporadic and not of a systemic nature. Indigenous peoples at the normative and legal level are formally integrated into the health system, which does not take into account their way of living, which is particularly relevant for nomads. International instruments and declarations on the rights of indigenous peoples focus on the protection of their right to self-determination and development, with little regard to the mechanism for the realization of the right to health. Russia is not a state party to ILO conventions on the rights of indigenous peoples, and has not signed the UN Declaration, but it is clear that a number of provisions of these documents are reflected in Russia’s law and law enforcement practices. The authors make an attempt to trace the evolution of regulatory initiatives for the health of indigenous peoples in post-Soviet Russia. It is noted that attempts to transform the health system in the areas of traditional residence and traditional economic activities of indigenous peoples have not been successful. However, the materials of the draft laws that have not passed in the State Duma can be used in the future when making management decisions, including in the implementation of state programs. The characteristic of regional system of social security and health care is also given; its “painful points” are designated. In conclusion, the authors work out recommendations to improve the legal and institutional framework for the right to health of indigenous peoples, which relate to the need to clarify standards of health care, reproductive health issues, as well as the list of professions for the purpose of compulsory social and health insurance.

REFERENCES

1. Sumarokov, Y.A., Tormod, B., Kudryavtsev, A.V. & Nilssen, O. (2014) Suicides in the indigenous and non-indigenous populations in the Nenets Autonomous Okrug, Northwestern Russia, and associated socio-demographic characteristics. *International Journal of Circumpolar Health*. 73. DOI: 73: 10.3402/ijch.v73.24308. EID: 2-s2.0-84899814578.
2. Sorokina, S.A. & Zagdyn, Z.M. (2016) Social-economic and psychological factors affected the tuberculosis and HIV-infection spread among indigenous peoples in Russia (review). *MEDalliance*. 3. pp. 24–29.
3. Lipina, S.A., Zaikov, K.S. & Lipina, A.V. (2017) Introduction of Innovation Technology as a Factor in Environmental Modernization in Russian Arctic. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 10(2). pp. 164–180. DOI: 10.15838/esc/2017.2.50.9. WOS:000402768600010.
4. Toropushina, E.E. (2013) Northern municipal social policy in the field of health care: international experience. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya – Public Administration Issues*. 2. pp. 171–180. (In Russian).
5. Kaygorodova, T.V., Zaporozhchenko, V.G. & Ermolaev, A.R. (2012) International experience with health care for indigenous peoples. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 1. pp. 9–13. (In Russian).
6. Bogdanova, E.N. & Zalyvskiy, N.P. (2015) Saving of population in the Russian Federation: legal aspect. *Perspektivy nauki i obrazovaniya – Perspectives of Science & Education*. 1 (13). pp. 152–156. (In Russian).
7. Garipov, R.Sh. (2010) *Zashchita prav korennykh narodov v Rossii i Ssha* [Protection of the rights of indigenous peoples in Russia and the United States]. Kazan: Tatar SHPU.
8. Novikova, N.I. (ed.) (2008) *Lyudi Severa: prava na resursy i ekspertiza* [People of the North: the right to resources and examination]. Moscow: Strategiya.
9. Black, K. & McBean, E. (2016) Increased Indigenous Participation in Environmental Decision-Making: A Policy Analysis for the Improvement of Indigenous Health. *The International Indigenous Policy Journal*. Vol. 7 (4). DOI: 10.18584/iipj.2016.7.4.5
10. Kozlov, A.I., Kozlova, M.A., Vershubskaya, G.G. & Shilov, A.B. (2013) *Zdorov'e korennykh naseleniya Severa RF: na grani vekov i kul'tur* [Health of the indigenous population of the North of Russia: on the verge of centuries and cultures]. 2nd ed. Perm: OT i DO.
11. Zaikov, K., Tamitskiy, A. & Zadorin, M. (2017) Legal and political framework of the federal and regional legislation on national ethnic policy in the Russian Arctic. *The Polar Journal*. 1 (7). pp. 125–142. DOI: 10.1080/2154896X.2017.1327748. EID: 2-s2.0-85019695925.
12. Murashko, O.A. (2011) Autochtons of the Arctic and Population of North: history, traditions, modern problems. *Arktika: ekologiya i ekonomika – The Arctic: Environmental and Economy*. 3. pp. 90–105. (In Russian).
13. Shraga, M.Kh. (2011) Circumpolar habitat: safety And health of population. *Arktika i Sever – Arctic and North*. 1. pp. 35–55. (In Russian).
14. Khaknazarov, S.Kh. (2017) The study of public opinion on industrial mining in the Nefteyugansk district of Yugra. *Arktika i Sever – Arctic and North*. 28. pp. 106–117. (In Russian). DOI: 10.17238/issn2221-2698.2017.28.106
15. Bogdanova, E.N., Lobanov, A.A. & Popov, A.I. (2017) Socio-economic policy of the Russian Federation in the sphere of health protection: challenges and predictions. *Ekonomika i predprinimatel'stvo – Journal of Economy and Entrepreneurship*. 9–3 (86–3). pp. 862–868. (In Russian).
16. Vyaz'min, A.M., Sannikov, A.L. & Mordovskiy, E.A. (2012) Social and medical problems of the population of the circumpolar countries – challenges of the modern development of the Arctic. *Arktika i Sever – Arctic and North*. 8. pp. 1–17.
17. Zaikov, K.S., Kalinina, M.R., Kondratov, N.A. & Tamitskii, A.M. (2017) Innovation course of economic development in the Northern and Arctic territories in Russia and in the Nordic countries. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 10(3). pp. 59–77. DOI: 10.15838/esc/2017.3.51.3. WOS:000411528100004
18. Abryutina, L.I. (2013) Mezhdru dvukh ogney. Vliyanie sotsial'nykh i ekologicheskikh faktorov na zdorov'e korennykh malochislennykh narodov Severa [Between two fires. Influence of social and environmental factors on the health of indigenous small-numbered peoples of the North]. In: Shtyrov, V.A. (ed.) *Sovremennoe sostoyaniye i puti razvitiya korennykh malochislennykh narodov Severa, Sibiri i Dal'nego Vostoka Rossiyskoy Federatsii* [Current state and ways of development of indigenous small-numbered peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation]. Moscow: Izdanie Soveta Federatsii.
19. Anderson, I. et al. (2016) Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*. 386. pp. 1–27. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00345-7.
20. Dyck, E. & Lux, M. (2016) Population Control in the “Global North”? : Canada’s Response to Indigenous Reproductive Rights and Neo-Eugenics. *The Canadian Historical Review*. 97 (4). pp. 481–512. DOI: 10.3138/chr.Dyck
21. Nadtochiy, L.A. (2014) *Reshenie problem sokhraneniya zdorov'ya korennykh i malochislennykh narodov v otel'nykh regionakh Rossii (mediko-sotsial'nye aspekty)* [Solving the problems of preserving the health of indigenous and small-numbered peoples in certain regions of Russia (medical and social aspects)]. Krasnoyarsk: NII meditsinskikh problem Severa.

Received: 22 May 2018