

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования «Южно-Уральский государственный университет  
(национальный исследовательский университет)»  
Институт открытого и дистанционного образования  
Кафедра «Современные образовательные технологии»  
Направление подготовки «Юриспруденция»

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Заведующий кафедрой,  
к.т.н., доцент  
\_\_\_\_\_ А.В.Прохоров  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Проблемы правового статуса медицинского работника в сфере трудового  
права**

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА  
ЮУрГУ – 40.03.01. 2019. 301. ВКР

Руководитель,  
д.ю.н., доцент кафедры СГиПД  
\_\_\_\_\_ Д.Б. Абушенко  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Автор работы  
студент группы ДО-541  
\_\_\_\_\_ С.В. Кузьменко  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Нормоконтролер,  
д.ю.н., доцент  
\_\_\_\_\_ Д.Б. Абушенко  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования «Южно-Уральский государственный университет  
(национальный исследовательский университет)»  
Институт открытого и дистанционного образования  
Кафедра «Современные образовательные технологии»  
Направление подготовки «Юриспруденция»

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой  
\_\_\_\_\_ А.В.Прохоров  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

## ЗАДАНИЕ

на выпускную квалификационную работу студента  
Кузьменко Сергея Витальевича  
Группа ДО-541

1. Тема работы: «Проблемы правового статуса медицинского работника в сфере трудового права» утверждена приказом по университету от 25.04.2019 г. № 899.
2. Срок сдачи законченной работы 30.05.2019 г.
3. Исходные данные к работе: научная, учебная и методическая литература по гражданскому, медицинскому, трудовому праву, материалы правоприменительной практики, гражданское, медицинское, трудовое законодательство Российской Федерации.
4. Перечень вопросов, подлежащих разработке:
  - 1) проанализировать историю становления и развития правового статуса медицинского работника в России;
  - 2) рассмотреть современное состояние правового статуса медицинского работника;
  - 3) исследовать вопросы, связанные с ответственностью медицинских работников;
  - 4) выявить проблемы правового регулирования, труда медицинских работников.
5. Дата выдачи задания 27.02.2019 г.

## КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН

Наименование разделов выпускной квалификационной работы	Срок выполнения разделов работы	Отметка руководителя о выполнении (дата, подпись)
<p>ГЛАВА 1 ИСТОРИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА</p> <p>1.1 История становления и развития правового статуса медицинского работника в России</p> <p>1.2 Современное состояние правового статуса медицинского работника</p>	<p>20.03.2019</p> <p>02.04.2019</p>	
<p>ГЛАВА 2 ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ОБЛАСТИ ТРУДОВОГО ПРАВА</p> <p>2.1 Вопросы, связанные с ответственностью медицинских работников</p> <p>2.2 Проблемы правового регулирования труда медицинских работников</p>	<p>20.04.2019</p> <p>10.05.2019</p>	
<p>Введение. Заключение</p>	<p>14.05.2019</p>	

Руководитель работы \_\_\_\_\_ / Д.Б. Абушенко /

Студентка \_\_\_\_\_ / С.В. Кузьменко/

## АННОТАЦИЯ

Кузьменко С.В. Проблемы правового статуса медицинского работника в сфере трудового права. – Челябинск: ЮУрГУ, ДО-541, 2019. – 103 с., библиогр. список – 134 наим.

Выпускная квалификационная работа выполнена с целью анализа проблем правового статуса медицинского работника в сфере трудового права.

Для достижение поставленной цели в выпускной квалификационной работе исследованы: история становления и развития правового статуса медицинского работника в России; современное состояние правового статуса медицинского работника; вопросы, связанные с ответственностью медицинских работников; проблемы правового регулирования труда медицинских работников.

Выполненная работа отличается новизной, поскольку является исследованием, включающим в себя рассмотрение актуальных теоретико-исторических, практических проблем правового статуса медицинского работника в сфере трудового права.

Результаты исследования могут найти применение в работе юристов, специализирующихся в области медицинского, трудового права. Также выводы, представленные в работе, могут быть использованы для совершенствования учебного процесса в учебных заведениях юридического профиля.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1 ИСТОРИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	
§ 1.1 История становления и развития правового статуса медицинского работника в России .....	10
§ 1.2 Современное состояние правового статуса медицинского работника .....	23
ГЛАВА 2 ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ОБЛАСТИ ТРУДОВОГО ПРАВА	
§ 2.1 Вопросы, связанные с ответственностью медицинских работников .....	43
§ 2.2 Проблемы правового регулирования труда медицинских работников .....	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	76
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....	87

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность** темы определена особой значимостью современного состояния правового статуса медицинского работника. В современных социальных и экономических условиях заинтересованность в эффективном развитии общественных отношений, связанных с правовым статусом медицинского работника, проявляют как в целом общество, так и государство в лице своих органов, что является отражением существующей тенденции в мире по повышению значимости статуса медицинского работника как важного фактора уверенного развития общества. В нашей стране данная тенденция получила нормативное закрепление в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, которая была утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1662-р<sup>1</sup>. В данном нормативном акте сформулирована задачи развития в нашей стране эффективной системы подготовки и переподготовки медицинских кадров, повышения их квалификации на основе передовых технологий и др. Постановка в указанной Концепции задач такого масштаба, наряду с другими задачами, вызвана необходимостью достижения не только цели модернизации системы здравоохранения в целом, но и цели усиления правового статуса медицинского работника, а также соответствующего ей законодательной базы. На важность достижения вышеуказанных целей указывает и Президент Российской Федерации в своем послании Федеральному Собранию от 01 марта 2018 года. При этом Президент РФ отдельно отмечает, что «в 2019-2024 годах на развитие системы здравоохранения из всех источников потребуются ежегодно направлять в среднем более 4 процентов ВВП. Но стремиться нужно, безусловно, к 5

---

<sup>1</sup> Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 года № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»)» // Собрание законодательства РФ. 2008. № 47. Ст. 5489.

процентам. В абсолютном выражении это будет означать, что общие объемы расходов на здравоохранение должны увеличиться вдвое...»<sup>2</sup>.

При этом, следует отметить, что на сегодняшний день процесс построения новой и обновления существующей нормативно-правовой базы, связанный с изменившимися после мирового экономического кризиса условиями еще не завершился, более того многие существующие нормативно-правовые акты, как и практика их применения требуют пересмотра, в основе которого, должен лежать научный анализ существующих проблем, связанных с правовым статусом медицинского работника и выработки конкретных обоснованных предложений<sup>3</sup>.

Например, сегодня существуют, активно обсуждаются в научных кругах, проблемы: а) законодательного закрепления правового статуса медицинского работника в специально федеральном законе; б) соотношения понятий врач и медицинский работник; ответственности медицинских работников на разных уровнях; определения трудового статуса медицинского работника, как составляющей части правового статуса и др.

**Объектом** исследования являются совокупность общественных отношений, возникающих на основании правового статуса медицинского работника.

**Предметом** исследования являются историко-правовые аспекты правового статуса медицинского работника, современное его состояние, вопросы, связанные с ответственностью медицинских работников, а также проблемы правового регулирования, труда медицинских работников.

**Цель** исследования заключается в изучение сущностных особенностей правового статуса медицинского работника в процессе становления и развития этого статуса, современного его состояния, а также отдельных проблемных

---

<sup>2</sup> Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01 марта 2018 года // Российская газета. 2018. № 46.

<sup>3</sup> Сергеев Ю.Д. Законодательное закрепление правового статуса медицинского работника актуальная проблема // Медицинское право. 2014. № 4. С. 4.

аспектов, исходя из полученных результатов, предложение конкретных мер по совершенствованию содержания правового статуса медицинского работника.

Для достижения заявленной цели исследования в работе поставлены следующие **задачи**:

1) проанализировать историю становления и развития правового статуса медицинского работника в России;

2) рассмотреть современное состояние правового статуса медицинского работника;

3) исследовать вопросы, связанные с ответственностью медицинских работников;

4) выявить проблемы правового регулирования, труда медицинских работников.

**Методологическая основа** данного исследования состоит в применении как общенаучных приемов и методов, так и специальных научных методов, выработанных в правоведении. В частности, при решении поставленных задач были использованы следующие методы: всеобщий диалектический метод изучения и анализа научной литературы, действующего законодательства, изучения и обобщения судебной практики, историко-правовой метод, формально-юридический, сравнительно-правовой методы и др.

**Степень разработанности темы.** Различные упоминания о правовом статусе медицинского работника встречаются в трудах многих ученых, среди которых следует выделить: Н.Г. Александрова, С.С. Алексеева, Д.Н. Бахраха, Н.И. Беседкину, М.О. Буянову, С.Ю. Головину, К.Н. Гусова, М.А. Ковалевского, Е.Я. Конюхова, М.Н. Марченко, Д.А. Медведева, Л.А. Мицкевича, А.С. Пашкова, А.В. Полякова, В.Л. Попова, А.В. Риффеля, Ю.Д. Сергеева, Г.С. Скачкову, В.Н. Смирнова, И.О. Снигиреву, Н.А. Соколову, Ю.Н. Старилова, С.Г. Стеценко, Л.С. Таля, и др.

При этом следует отметить, что выбранная тема разработана учеными-юристами недостаточно. Законодательная (нормативно-правовая) база,



регулирующая вопросы, связанные с правовым статусом медицинского работника недостаточно развита, существующие правовые конструкции и механизмы правового статуса медицинского работника, как показывает практика и теория, часто не срабатывают в действующих реалиях. Несмотря на то, что в последнее время практики и ученые дают разъяснения, уточнения многих проблемных вопросов связанных с правовым статусом медицинского работника, имеется целый ряд острых нерешенных актуальных проблем.

**Научная новизна** заключается в том, что данная выпускная квалификационная работа является исследованием, включающим в себя рассмотрение актуальных теоретико-исторических, практических проблем правового статуса медицинского работника. В результате проведенного исследования предложены изменения действующего законодательства Российской Федерации, направленные на устранение существующих проблем.

**Практическая значимость** выпускной квалификационной работы связана с тем, что результаты исследования могут найти применение в работе юристов, специализирующихся в области медицинского, трудового права. Также выводы, представленные в работе, могут использоваться для совершенствования учебного процесса в учебных заведениях юридического профиля.

Структурно выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, включающих четыре параграфа, заключения и библиографического списка. Первая глава посвящается историко-теоретическим аспектам правового статуса медицинского работника. Вторая глава касается отдельных аспектов правового статуса медицинского работника. В заключении подводятся итоги по проведенному исследованию, делаются необходимые выводы и предложения. В библиографическом списке приводится перечень использованных нормативных актов, правоприменительной практики, научной и учебной литературы.

# ГЛАВА 1 ИСТОРИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

## § 1.1 История становления и развития правового статуса медицинского работника в России

Прежде чем говорить непосредственно о становлении и развитии правового статуса медицинского работника в России укажем общие истоки правового статуса медицинских работников, т.к. в целом данный институт зародился во времена Античности. Первоначально установление правового статуса медицинского работника в целом (а не отдельные его элементы), по мнению Е.В. Саворщиковой, произошло в Древнем Риме, когда врачам, помимо определения прав и обязанностей, установления ответственности и др., были дарованы определенные привилегии и льготы: а) освобождение от воинской повинности; б) освобождение от уплаты налогов. Благодаря этим факторам профессия врача в Древнем Риме была очень распространена и почетна. В Древнегреческих государствах врачей освобождали также от ряда обязанностей, по сравнению с другими гражданами и даровали определенные привилегии и льготы, например, освобождение от воинской повинности и др. Врачей призывали в армию лишь на добровольной основе и в случае широкого распространения эпидемий, болезней и так далее<sup>4</sup>.

В России же начало становления и развития правового статуса медицинского работника видится в письменных упоминаниях прообразов врачей, которые содержатся в Краткой Русской Правде, где их именовали лечцы. По существу, они представляли собой знахарей, которые черпали свои знания из практического опыта, который передавался в порядке

---

<sup>4</sup> Саворщикова Е.В. Правовой статус медицинского работника: история вопроса и современность // Современная юриспруденция: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей V Международной научно-практической конференции (Пенза, 25 января 2018 г.). Пенза: Наука и Просвещение, 2018. С. 335.

преемственности от отца к сыну. Причем лечцы, как указывают ученые, умели лечить людей не только травами и мазями, но и умели делать своего рода операции путем «прижигания» или «разрезания тканей»<sup>5</sup>. Лечцы наряду с волхвами, знахарями и др. составляли особый костяк народной медицины сила которой ощущается и в современном мире. Как писал еще в дореволюционное время профессор Н.П. Загоскин: «Русская народная медицина так же стара, как старая и историческая жизнь русского народа. Она пережила затем тысячелетний период уже исторической жизни его и до наших дней сохраняет за собой огромную силу»<sup>6</sup>.

После установления христианства на Руси, особую активность набирает развитие монастырская медицина. В монастырях монахи помимо лечения больных в специально обустроенных больницах занимались просвещением. Они собирали греческие и византийские (римские) рукописи и обучали медицине. При этом занимаясь переводами данных текстов, монахи делали дополнения исходя из своих собственных познаний, в том числе почерпнутых и из народной медицины<sup>7</sup>. Здесь следует также указать, что помимо монастырской существовала и медицина светская (как правило врачи приглашались из-за рубежа), которая, однако также брала свои корни в медицине народной. На протяжении почти всего времени до имперского периода истории России, монастырская медицина активно боролась с проявлениями медицины светской, а особенно народной<sup>8</sup>.

С момента воцарения на российском престоле Петра I начали происходить первые попытки реформировать весь государственно-правовой механизм, в том числе и при регламентации медицинской деятельности.

---

<sup>5</sup> Печникова О.Г. Организационно-правовые основы деятельности государственных лечебно-профилактических учреждений в России: историко-правовое исследование: Автореф. дис. канд. юрид. наук / О.Г. Печникова. М., 2007. С. 12–13. URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie62250.html> (дата обращения: 13.04.2019).

<sup>6</sup> Загоскин Н.П. Врачи и врачебное дело в старинной России. Казань: Тип. Императорского Университета, 1891. С. 6. URL: <http://e-biblio.ru/xbook/new/xbook0001/files/course/.pdf>. (дата обращения: 13.04.2019).

<sup>7</sup> Печникова О.Г. Возникновение государственной медицины в России (историко-правовой аспект) // Медицинское право. 2009. № 3. С. 39.

<sup>8</sup> Лахтин М.Ю. Медицина и врачи в Московском государстве (в допетровской Руси) / М.Ю. Лахтин. М.: Унив. тип., 1906. С. 4.

Причинами, побудившими государство реформировать правовое регулирование медицинской деятельности лежат, как отмечают ученые в активной внешней политике государства, которое наращивалось вместе с активным ведением войн. На тот период Россия не обладала эффективным механизмом подготовки достаточного количества медицинских работников высокого уровня квалификации, в основном осуществлялось привлечение специалистов из-за рубежа. Однако в условиях ведения войн единичных специалистов оказалось недостаточно, в связи с чем была поставлена задача постепенного отказа от услуг дорогостоящих иностранных специалистов и поэтапного замещения этих специалистов отечественными медицинскими работниками. В этой связи, некоторые ученые справедливо указывают, что время правления Петра I можно считать началом становления государственно-правового механизма организации и функционирования системы здравоохранения<sup>9</sup>.

Момент возникновения государственной системы здравоохранения Российской империи ученые связывают с созданием Медицинской канцелярии, которая по существу являлась центральным государственным органом в области здравоохранения. Медицинская канцелярия осуществляла общее руководство вопросами медицины, проводила в жизнь государственную политику в этой области, распределяла государственное финансирование и др. При этом отметим, что в связи с активным ведением войн медицина вынуждена была идти по этой же «дороге». Первые элементы правовой регламентации медицинской деятельности, в том числе и элементы правового статуса медицинского работника, содержатся именно в военных юридических документах, к которым относятся Воинский устав 1716 года и Морской устав 1720 года. К примеру, Воинский устав 1716 года регламентировал организационно-штатную структура медицинской службы в армии, реализовывал дифференциацию медицинского персонала по должностям,

---

<sup>9</sup> Войтенков Е.А. Становление и развитие основ государственного управления и законодательства в сфере здравоохранения в Российской империи: теоретические и историко-правовые аспекты // История государства и права. 2014. № 21. С. 60.

закреплял безвозмездность получения медицинской помощи в армии (за исключением лечения венерических заболеваний и бытовых травм вне службы). При этом, Морской устав 1720 года уделял внимание правовой регламентации вопросов здравоохранения на российском флоте. Данный документ отражает особое положение медицинского работника на военном корабле во время сражения ему запрещалось выходить из внутренних помещений корабля, дабы не подвергать себя опасности. Вместе с тем Морской устав определял и ответственность медицинских работников за ненадлежащее выполнение своих обязанностей<sup>10</sup>.

В послепетровское время в целом была сохранена преемственность выбранного для страны политического курса в области правового регулирования медицинской деятельности. Одним из значимых документов данного периода является Указ императрицы Анны Иоанновны от 13 февраля 1732 года «О бытии Медицинской канцелярии в ведомстве Кабинета, о неприсылке в оную указов и нетребовании донесений», который закреплял исключительное положение Медицинской канцелярии среди иных ведомств. Основной тенденцией, характеризующей дальнейшую нормотворческую деятельность в данной сфере, является стремление государства максимально расширить свое влияние на данную сферу общественных отношений<sup>11</sup>.

Позднее, во времена Екатерины II, ее Указом от 12 ноября 1763 года «Об учреждении Коллегии Медицинского факультета с разделением на два департамента и о бытии оной в особливом ведении Ея Императорского Величества» Медицинская канцелярия была преобразована в Медицинскую коллегия. К основным ее функциям было отнесено: а) организация медицинской помощи населению; б) подготовка медицинских специалистов; в) выдача разрешений на медицинскую деятельность; г) контроль за

---

<sup>10</sup> Войтенков Е.А. Указ. соч. С. 61.

<sup>11</sup> Мирский М.Б. Медицина России X–XX веков: очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005. URL: [https://www.booksite.ru/ancient/reader/work\\_1\\_02.htm](https://www.booksite.ru/ancient/reader/work_1_02.htm). (дата обращения: 14.04.2019).

деятельностью аптек и оборотом лекарственных средств. Помимо этого, Екатерина II активно уделяла внимание подготовке медицинских кадров.

Позднее последовал следующий «виток» масштабных организационно-правовых изменений в области здравоохранения, который в Российской империи пришелся на начало XIX века, когда Медицинская коллегия перешла в подчинение Министерства внутренних дел в качестве Медицинского департамента. При этом сложилась новая трехуровневая система управления здравоохранением, которая состояла из уездных и городских врачей (первый уровень), врачебных управ (второй уровень) и Медицинского совета (высший уровень, который в различные годы находился в ведении разных министерств Российской империи). Здесь же следует отметить, что на середину XIX века приходится издание первого систематизированного документа, комплексно регламентирующего медицинскую деятельность в стране, Врачебного устава, что само по себе являлось весьма прогрессивным явлением, как для сферы здравоохранения страны, так и для ее уровня законодательной техники. При этом, важным моментом в правовом регулировании системы здравоохранения является закрепление обязанностей медицинских работников, что нашло свое отражение в первом разделе Устава врачебного и получило наименование «Установление обязанностей врачей», регламентируя при этом право отстранения врачей от практики при совершении врачебной ошибки. Здесь также отметим, что вышеуказанным документом регулировалась и так называемая частная практика и вопросы подготовки медицинских кадров и другие вопросы<sup>12</sup>.

Далее необходимо отметить, что в начале XX века вновь были предприняты попытки реформирования системы здравоохранения Российской империи. В 1904 году Медицинский департамент был упразднен, а его функции были возложены на созданные в составе МВД Российской империи Управление главного врачебного инспектора и Отдел народного здоровья и общественного

---

<sup>12</sup> Ташбекова И.Ю. Медицинский кодекс: миф или реальность? (историко-правовой анализ) // История государства и права. 2012. № 3. С. 21.

презрения. В дальнейшем предпринимались попытки воссоздания единого управляющего органа в сфере здравоохранения в 1916 году было создано Главное управление государственного здравоохранения, однако в силу последующих революционных событий 1917 году его существование было недолгим<sup>13</sup>.

Переходя к советскому этапу развития правового статуса медицинского работника необходимо указать, что после Февральской и Октябрьской революций 1917 года и последующим распадом империи Россия, по многим причинам (отказ от достижений имперской России, закрытие многих государственных, в том числе образовательных учреждений и др.) столкнулась с широким распространением различного рода эпидемий (холеры, брюшного и сыпного тифа) и заболеваний. Страна была измучена и истощена Первой мировой войной, а подступившая гражданская война еще более усугубила ситуацию во всех областях жизни общества и государства. В этой связи отечественной медицине крайне не хватало квалифицированных медицинских работников, больниц и других учреждений, медикаментов. В целом, как отмечают некоторые ученые, медико-санитарная ситуация того времени находилась на очень низком уровне<sup>14</sup>.

Ситуация еще более усугубилась, когда большевики приняли Декрет об отделении Церкви от государства, реализация которого потребовала закрыть все монастырские богадельни, приюты, больницы. Реализация вышеуказанного декрета началась уже летом 1918 года. При этом следует отметить, что критическая ситуация в отрасли потребовала от государственной власти принятия скорейших решений, направленных на исправление ситуации в стране. В этой связи, в Москве с 16 по 19 июня 1918 года был проведен Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов. На съезде особо отмечали, что «исходя из положенного в основу строения Советской

---

<sup>13</sup> Войтенков Е.А. Указ. соч. С. 62.

<sup>14</sup> Елина Н.К. Историко-правовые аспекты формирования законодательства о медицинской деятельности в годы становления Советского государства // История государства и права. 2011. № 13. С. 17.

республики единства государственной власти, следует признать необходимым создание единого центрального органа Комиссариата здравоохранения, ведающего всем медико-санитарным делом»<sup>15</sup>. Впоследствии был принят Декрет «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения» от 11 июля 1918 года. В соответствии с этим нормативно-правовым актом предусматривалась следующая структура Народного комиссариата здравоохранения: а) военно-санитарный отдел; б) отдел гражданской медицины (земской и городской); в) отдел страховой медицины; г) школьно-санитарный отдел; г) отдел путей сообщения. Помимо этого, документ ставил перед комиссариатом следующие задачи: а) разработка и подготовка законодательных норм в области медико-санитарного дела, появление ведомственных правовых актов; б) контроль за применением этих норм и принятие мер по неуклонному их соблюдению; в) издание общеобязательных для всех учреждений и граждан распоряжений и постановлений в области медико-санитарного дела<sup>16</sup>.

В последующее время было принято множество нормативно-правовых актов, регламентирующих систему здравоохранения. Для статистики отметим, что лично В.И. Ленин как председатель Совета Народных Комиссаров подписал свыше 200 нормативно-правовых актов в этой области. При этом особо следует выделить Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01 декабря 1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников»<sup>17</sup> (далее по тексту – Декрет от 01 декабря 1924 года), т.к. данный нормативный акт более 50 лет регламентировал юридические аспекты деятельности медицинских работников и более того раскрывал их правовой статус. Профессор А.П. Громов в свое время писал, что Декрет от 01 декабря 1924 года был «основным законодательным актом, определяющим, кто имеет право на

---

<sup>15</sup> Печникова О.Г. Становление советской системы здравоохранения с 1917 по 1930 гг. (историко-правовой подход) // Социальное и пенсионное право. 2010. № 2. С. 18.

<sup>16</sup> Стеценко С.Г. Медицинское право: учебник. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 123.

<sup>17</sup> Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01 декабря 1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников» (утратил силу) // СУ РСФСР. 1924. № 88. Ст. 892.



получение звания врача, какие права и обязанности имеют советские врачи и как они отвечают за допущенные ими профессиональные упущения»<sup>18</sup>.

В соответствии с Декретом от 01 декабря 1924 года заниматься медицинской деятельностью на территории РСФСР имели право лица имеющие специальное звание, которое подтверждалось документами государственного образца: 1) врача; 2) зубного врача; 3) фельдшера (фельдшерицы); 4) акушерки; 5) фармацевта и 6) медицинской сестры. При этом, как отмечают профессора В.П. Сальников и С.Г. Стеценко на практике бывали случаи, когда лицо не могло представить документ государственного образца как единственное подтверждение наличие определенной медицинской квалификации. В этом случае такое лицо подвергалось проверочным испытаниям или проходило проверочную стажировку, в ходе которого устанавливалось наличие или отсутствие теоретических медицинских познаний и практических навыков<sup>19</sup>.

Как отмечает Н.К. Елина, «каждый медицинский работник обязан был оказывать первую медицинскую помощь в случаях, требующих скорой помощи. Любой медицинский работник обязан был не позднее чем через двадцать четыре часа извещать здравотдел о каждом случившемся в его практике случае острозаразного заболевания, отравления, убийства, нанесения тяжких телесных повреждений или самоубийства»<sup>20</sup>.

Декретом от 01 декабря 1924 года помимо государственной медицины указывалась и возможность занятия врачами частной практикой. Помимо всего прочего к ним законодательством предъявлялись особые требования, например, «всякий медицинский работник, занимающийся частной практикой, должен вести запись больных в особых книгах, прошнурованных и опечатанных отделом здравоохранения, обозначая имя и адрес больного, диагноз болезни, а также назначенное лечение. Книги эти медицинский работник обязан

---

<sup>18</sup> Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников / А.П. Громов. М.: Медицина, 1976. С. 15.

<sup>19</sup> Сальников В.П. Нормативно-правовое обеспечение здравоохранения в советский период // Журнал российского права. 2002. № 1. С. 152. URL: [lawlibrary.ru/article1120943.html](http://lawlibrary.ru/article1120943.html) (дата обращения: 16.04.2019).

<sup>20</sup> Елина Н.К. Указ. соч. С. 18.

представлять по требованиям отдела здравоохранения судебной или следственной власти». При этом, как отмечает О.Е. Бобров, в 1921 году Народный комиссариат здравоохранения в специальном циркуляре отмечал, что «частная медицинская практика как пережиток капиталистического строя противоречит основным началам правильной организации медико-санитарной помощи и общим основам социалистического строительства. Доступная только отдельным лицам, могущим уплатить громадные гонорары, она дезорганизует медико-санитарную работу, вносит развал и разлад среди медицинского персонала, отвлекает медицинские силы от совместной работы на пользу трудящихся масс, ведет к спекуляции и шарлатанству, к медицинской сухаревке»<sup>21</sup>. Исходя из этого можно сделать вывод, что частной медицине в России был вынесен приговор. С принятием Постановления СНК СССР от 15 сентября 1937 года № 1607 «О порядке проведения медицинских операций»<sup>22</sup> профессор С.Г. Стеценко связывает окончательный отказ от частной медицины (не смотря на формальное законодательное разрешение) и передачу всего связанного с медициной в централизованное управление государством<sup>23</sup>.

Помимо этого, следует указать, что Народный комиссариат здравоохранения на основании Положения об управлении городских больниц Наркомздрава СССР от 04 февраля 1939 года упорядочил и вертикальную систему здравоохранения. На основании этого документа на управление городскими больницами была возложена задача организовать общедоступную и бесплатную больничную помощь в городах, поселках городского типа, рабочих поселках. Управление больницами обязано было осуществлять разработку стандартов медицинского и хозяйственного оборудования больниц, контроль качества продукции медицинской промышленности и разработок и

---

<sup>21</sup> Бобров О.Е. Медицинские преступления: правда и лож. Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. С. 57. URL: <http://lawlibrary.ru/article1206919.html> (дата обращения: 17.04.2019).

<sup>22</sup> Постановление СНК СССР от 15 сентября 1937 года № 1607 (утратило силу) «О порядке проведения медицинских операций» // СЗ СССР. 1937. № 62. Ст. 274.

<sup>23</sup> Сальников В.П. Указ. соч. С. 131.

представление на утверждение Наркомздрава СССР приказов, положений и инструкций, регулирующих работу городских больниц во всех союзных республиках.

Как отмечает Н.К. Елина, «Великая Отечественная война 1941–1945 гг. унесла 26 миллионов жизней. Миллионы людей остались инвалидами. В годы войны главными задачами здравоохранения стали: помощь раненым и больным воинам, медицинское обслуживание тружеников тыла, охрана здоровья детей и широкие противоэпидемические мероприятия»<sup>24</sup>. После победы в Великой Отечественной войне началась постепенная ликвидация последствий войны, в том числе и в области здравоохранения (шло восстановление медицинской инфраструктуры, организовывалось лечение инвалидов и другое). Все эти мероприятия проводились в соответствии с ведомственными правовыми актами, разработанными и подготовленными Народным комиссариатом здравоохранения.

После преобразования Совета Народных Комиссаров в Совет Министров на основании Закона СССР от 15 марта 1946 года «О преобразовании Совета Народных Комиссаров СССР в Совет министров СССР и Советов Народных Комиссаров союзных и автономных республик в Советы Министров союзных и автономных республик»<sup>25</sup> преемником Народного комиссариата здравоохранения стало Министерство здравоохранения. Задачи нового министерства в значительной степени перекликались с задачами и полномочиями Народного комиссариата здравоохранения. Но при этом некоторые задачи и полномочия были расширены в связи с научным прогрессом в медицине, созданием новых технологий и приборов, открытием новых направлений медицины, усложнение общественных отношений, др.

---

<sup>24</sup> Елина Н.К. Указ. соч. С. 19.

<sup>25</sup> Закон СССР от 15 марта 1946 года «О преобразовании Совета Народных Комиссаров Союза Советских Социалистических Республик в Совет министров Союза Советских Социалистических Республик и Советов Народных Комиссаров союзных и автономных республик в Советы Министров союзных и автономных республик» (утратил силу) // Вестник ВС СССР. 1946. № 10. Ст. 31.

Одним из наиболее важных нормативно-правовых актов последующего времени, призванного упорядочить большое число нормативных актов в сфере системы здравоохранения стали Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении утвержденные Законом СССР от 19 декабря 1969 года № 4589-VII<sup>26</sup>. В данном нормативно-правовом акте были обобщены многочисленные нормативные документы Министерства здравоохранения СССР, что внесло определенную ясность и понятность в правовом регулировании. Сам нормативно-правовой акт по своей структуре состоял из девяти разделов: I «Общие положения»; II «Занятие медицинской и фармацевтической деятельностью»; III «Обеспечение санитарно-эпидемического благополучия населения» и др. Более подробно остановимся на втором разделе, т.к. именно в нем был зафиксирован правовой статус медицинского работника.

Если ранее к занятию медицинской деятельностью допускали и без наличия соответствующего документа, подтверждающего квалификацию лица, то с введением в действие нового закона, такое было более недопустимо. Во всех случаях для допуска к занятию медицинской деятельностью необходимо было наличие у лица диплома подтверждающего, прохождение специальной подготовки и получения звания в соответствующих высших и средних специальных учебных заведениях. Для пресечения возможности допуска к занятию медицинской деятельностью была установлена специальная ответственность. Помимо этого, законом была предусмотрена присяга врача Советского Союза. Здесь также укажем, что текст Присяги врача Советского Союза был подготовлен в конце 1960-х годов. Присягу должны были принимать граждане СССР, окончившие медицинские вузы нашей страны. Основные положения Присяги основывались на гуманных морально-этических принципах врачебной деятельности. Присяга также закрепляла моральную и правовую ответственность врача.

---

<sup>26</sup> Закон СССР от 19 декабря 1969 года № 4589-VII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (утратил силу) // Ведомости ВС СССР. 1969. № 52. Ст. 466.

Отдельной статьей были предусмотрены профессиональные обязанности, права и льготы медицинских и фармацевтических работников. Следует также отметить, что профессиональные права, честь и достоинство врачей и других медицинских работников охранялись законом. Тем самым государство показывало особую значимость для страны медицинских работников. Особое внимание уделялось также и вопросам постоянного совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников. Также необходимо упомянуть о том, что государство всеми силами поддерживало порядок и дисциплину среди медицинских работников, в том числе и путем установления дисциплинарной и иной ответственности за нарушение профессиональных обязанностей. Помимо прочего устанавливался институт врачебной тайны.

До распада Советского Союза единственным кодифицированным нормативно-правовым актом в области медицинской деятельности являлся Закон РСФСР от 29 июля 1971 года «О здравоохранении»<sup>27</sup> в котором полностью повторились нормы Основ законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении от 19 декабря 1969 года.

В заключении параграфа отметим, что в Древнем Мире и Античности, лишь Древняя Греция и Древний Рим делали более комплексные «попытки» в закреплении правового статуса медицинского работника, где предусматривались уже не только исключительно вопросы ответственности или отдельно оговаривались некоторые права и обязанности, а все эти вопросы затрагивались в совокупности.

Что же касается становления и развития правового статуса медицинского работника в дореволюционной России, то следует отметить, что актуализация создания государственно-правового механизма управления здравоохранением приходится на время правления Петра I на фоне масштабных военно-политических и социально-экономических изменений, происходивших в

---

<sup>27</sup> Закон РСФСР от 29 июля 1971 года «О здравоохранении» (утратил силу) // Ведомости ВС РСФСР. 1971. № 31. Ст. 56.

России. До этого момента были попытки урегулировать отдельные элементы правового статуса медицинского работника (ответственность и др.), но комплексного подхода не наблюдалось. В XVIII веке происходит зарождение и развитие правовой базы, системно регламентирующей данную деятельность. Во второй половине XVIII века в ходе административных реформ, реализуемых в Российской империи, государственный механизм управления здравоохранением в целом развивался с элементами преемственности ранее принятых решений в данной сфере. Вследствие этого к первой половине XIX века структура органов управления здравоохранением «приобрела» определенную завершенность и логичность, а правовой статус медицинских работников был в достаточной степени регламентирован и находился под надзором государства, а правовая база данной деятельности продолжала совершенствоваться в рамках правовой системы Российской империи вплоть до 1917 года.

Говоря о становлении и развитии правового статуса медицинского работника в советской России нельзя однозначно говорить, что правовое регулирование системы здравоохранения было одинаковым на всем протяжении существования советского государства. Имел место определенный прогресс в вопросах правового регулирования. Государство практически монопольно владело организационно-управленческими и финансовыми ресурсами, направленными на медицинскую деятельность. Важным является факт разработки различных инструкций, распоряжений, приказов, регламентирующих отдельные вопросы в области медицинской деятельности. Правовой статус медицинского работника в советской России при этом также находился в постоянном развитии начиная с революционных преобразований в стране, когда не было ни правовой базы как таковой, ни образовательных, научных учреждений, ни высококвалифицированных специалистов, заканчивая детальной разработкой и закреплением прав и обязанностей, привилегий, льгот, ответственности медицинских работников, в конце 60-х годов XX века.

К моменту развала СССР можно полагать, что начинается новый этап в правовом регулировании медицинской деятельности, т.к. изменяющийся политический строй, усложняющиеся общественные отношения и др. факторы справедливо на это указывают.

## § 1.2 Современное состояние правового статуса медицинского работника

В теории государства и права, как фундаментальной юридической науке, правовой статус личности определяют, как «правовое положение личности в данном обществе; он олицетворяет постоянные права, обязанности, полномочия человека, гражданина. Исходя из этого в большинстве случаев понятия правовой статус и правовое положение рассматриваются как однозначные...»<sup>28</sup> хотя, по мнению некоторых ученых, соотношение этих понятий нельзя рассматривать как абсолютно равнозначное<sup>29</sup>. Здесь же следует согласиться с мнением профессора Н.И. Матузова, что правовой статус это сложная, комплексная категория, включающая в себя обширное количество компонентов<sup>30</sup>.

Правовой статус личности как сложная комплексная правовая категория представляет собой совокупность элементов, позволяющих отразить правовое положение личности в данном обществе. При этом в структуру правового статуса можно отнести следующие элементы:

принципы права, которые лежат в основе правового положения личности;

правовые нормы, закрепляющие этот статус;

правосубъектность;

---

<sup>28</sup> Проблемы теории государства и права: Учебник / Г.Ю. Носаненко, Н.Н. Рыбушкин, А.В. Скоробогатов, А.В. Краснов. Казань: Познание, 2013. С. 85.

<sup>29</sup> Там же. С. 85.

<sup>30</sup> Матузов Н.И. Личность. Права Демократия. Теоретические проблемы субъективного права. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та., 1972. С. 192.

основные права и свободы, обязанности;  
юридические гарантии и льготы;  
юридическая ответственность.

Правовой статус медицинского работника является частным (специальным) понятием по отношению к общему правовому статусу личности<sup>31</sup>. В этой связи, исходя из определения правового статуса, правовой статус медицинского работника в полной мере можно отнести к специальному правовому статусу, т.к. помимо общего правового статуса дарованного конституцией, на медицинских работников распространяется значительное число специальных нормативно-правовых актов в том или ином аспекте отражающих их специальный правовой статус<sup>32</sup>. На это обстоятельство указывает также и профессор А.А. Мохов, особенно уделяя внимание вопросам урегулирования правового статуса медицинского работника со стороны трудового права<sup>33</sup>. При этом следует отметить, что объем правового статуса будет зависеть от некоторых факторов профиль медицинского учреждения (организации), специальности самого медицинского работника, занимаемой должности и др.

Для того, чтобы отделить правовой статус медицинского работника от других категорий работников, увидеть отличия и сходства, необходимо обратиться к определению медицинского работника. В соответствии с пунктом 13 статьи 2 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»<sup>34</sup> (далее по тексту – ФЗ РФ № 323) медицинским работником является «физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление

---

<sup>31</sup> Витрук Н.В. Общая теория правового положения личности. М.: НОРМА, 2008 // СПС КонсультантПлюс. URL: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 22.04.2019).

<sup>32</sup> Коленков А.А. Правовой режим оказания услуг по законодательству Российской Федерации // Юрист. 2017. № 3. С. 21.

<sup>33</sup> Мохов А.А. Основы медицинского права Российской Федерации: (Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации) / А.А. Мохов. М.: Проспект, 2015. С. 154.

<sup>34</sup> Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ: Федеральный закон РФ» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.



медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность».

Исходя только непосредственно из законодательного определения можно выделить два существенных элемента, характеризующих правовой статус медицинского работника: а) наличие специального или иного образования; б) осуществление медицинской деятельности (входит в трудовые (должностные) обязанности) на основании трудового договора. При этом в соответствии с пунктом 10 статьи 2 ФЗ РФ № 323 под медицинской деятельностью понимается «профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях». Здесь же отметим, что специальное или иное образование, как существенный элемент правового статуса медицинского работника, нашло свое отражение в подзаконном нормативно-правовом акте, а конкретно в Приказе Минздрава России от 20 декабря 2012 года № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»<sup>35</sup>. В соответствии с вышеуказанным приказом на территории РФ закреплены должности медперсонала с высшим образованием (врач-акушер-гинеколог, врач-невролог и др.), среднего медперсонала (акушер; гигиенист стоматологический и др.), младшего медперсонала (санитар, сестра-хозяйка и др.) и специалистов с высшим (немедицинским) образованием (биолог, медицинский психолог и др.).

---

<sup>35</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 года № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» // Российская газета. 2013. № 65.

Следует также отметить особенность, что в нормах Трудового кодекса Российской Федерации от 30 декабря 2001 года № 197-ФЗ<sup>36</sup> (далее по тексту – ТК РФ) термин «медицинский работник» не раскрывается, при этом для данной категории работников ТК РФ в статье 350 устанавливает определенные особенности регулирования труда. При этом отметим, что в научных кругах отмечается необходимость устранения проблем, связанных с противоречиями между ТК РФ и ФЗ РФ № 323 в рамках определения медицинского работника<sup>37</sup>, и даже более того есть мнение, что для более эффективного правового регулирования труда медицинских работников необходимо не только закрепить понятие, но и обособить правовое регулирование их труда на уровне отдельного нормативно-правового акта или в Особенной части ТК РФ по аналогии с работниками транспорта, педагогическими работниками и другими категориями работников<sup>38</sup>. При этом можно было согласиться с доводами ученых, которые стоят на позиции отказа от чрезмерного загромождения кодексов терминами и определениями, которые предусмотрены в специальном законодательстве<sup>39</sup>. Однако в некоторых ситуациях, возьмем к примеру определение медицинского работника, устанавливаемое и используемое ФЗ РФ № 323 в определенном для этого закона аспекте, необходимо корректировать с учетом того круга отношений, которые регулируются соответствующей отраслью права, например, трудовым правом<sup>40</sup>.

Если для сравнения мы возьмем и проанализируем положения Уголовного Кодекса Российской Федерации от 13 июня 1996 года № 63-ФЗ<sup>41</sup> (далее по тексту – УК РФ) то мы обнаружим, что уголовный закон оперирует термином медицинский работник с точки зрения уголовно-правового

---

<sup>36</sup> Трудовой кодекс РФ от 30 декабря 2001 года № 197-ФЗ // Российская газета. 2001. № 256.

<sup>37</sup> Головина С.Ю. Особенности трудового статуса медицинских работников // Медицинское право. 2013. № 6. С. 23.

<sup>38</sup> Филипова И.А. Правовое регулирование труда медицинских работников: особенности правового статуса и проблемы, имеющиеся в законодательстве // Медицинское право. 2016. № 1. С. 21

<sup>39</sup> См.: Голубев С.И. Экологическое преступление: в лабиринте определений // Lex russica. 2017. № 9. С. 134. Доступ из СПС КонсультантПлюс; См. Нечаева А.М. К вопросу о совершенствовании Семейного кодекса РФ // Российская юстиция. 2017. № 4. С. 16

<sup>40</sup> Головина С.Ю. Указ соч. С. 22–23.

<sup>41</sup> Уголовный кодекс РФ от 13 июня 1996 года № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

регулирования.

В кодексе данный термин используется как специальный субъект преступления, обозначенный в виде лица, обязанного оказывать помощь больному в силу закона или специального правила (часть 1 статьи 124 УК РФ) или лица ненадлежащим образом, исполняющим свои профессиональные обязанности (часть 2 статьи 109 УК РФ).

Исходя из вышесказанного полагаем, что на сегодняшний день существующее положение, касающееся отсутствия определения медицинского работника в ТК РФ, вносит определенную правовую неясность, что не может положительно сказаться на качестве и стабильности правового регулирования общественных отношений. Более того, законодательная техника, как фундамент законотворческой деятельности, как указывал профессор А.С. Пиголкин, требует от нас соблюдения определенных принципов: а) принцип конкретности, определенности формулировок закона (законопроекта); б) принцип ясности (понятности) и полноты формулировок закона; г) принцип отсутствия противоречий как внутри нормативно-правового акта, так и в системе законодательства<sup>42</sup>. В этой связи считаем необходимым для устранения вышеуказанных недостатков закрепить на уровне ТК РФ определение медицинского работника.

Помимо термина «медицинский работник» законодательство о здравоохранении содержит другие термины и определения, например, «лечащий врач», «фармацевт». Категория медицинских работников индивидуальных предпринимателей имеет разное обозначение в законодательных актах. Так, к примеру Федеральный закон РФ от 15 ноября 1997 года № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния»<sup>43</sup> в отличии от ФЗ РФ № 323 закрепляет термин и определение «частнопрактикующего врача», хотя фактически речь идет о деятельности по

<sup>42</sup> Теория государства и права: Учебник / А.С. Пиголкин, А.Н. Головистикова, Ю.А. Дмитриев; под ред. А.С. Пиголкина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2010. С. 552.

<sup>43</sup> Федеральный закон РФ от 15 ноября 1997 года № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» // СЗ РФ. 1997. № 47. Ст. 5340.

частному оказанию медицинских услуг лицами с одинаковым правовым статусом. Однако частнопрактикующий врач, несмотря на наличие специального медицинского образования, лицензии, дающей ему право осуществлять определенного вида деятельность, по содержанию правового статуса от медицинского работника в общем смысле отличается, это прежде всего касается отсутствия трудового договора и выполнение роли не работника, а работодателя. Это по мнению некоторых ученых, не без основания, позволяет выделить индивидуальных предпринимателей, оказывающих медицинские услуги, в отдельную категорию медицинских работников<sup>44</sup>. Здесь же укажем, что существуют и другие проблемы, касаемые понятийного аппарата, на наиболее актуальных из них мы остановимся ниже.

Помимо вышесказанного, следует указать, что к медицинскому работнику как основному субъекту здравоохранительных правоотношений помимо указанных в пункте 13 статьи 2 ФЗ РФ № 656, могут также предъявляться дополнительные требования, устанавливаемые работодателем. Здесь прежде всего имеется ввиду стаж работы, его непрерывность, физическое и психическое состояние здоровья работника, что подтверждается прохождением медицинских осмотров и сдачей анализов (статьи 24, 26, 65 ФЗ РФ № 323, статьи 69, 212, 2013 ТК РФ)<sup>45</sup>. Несоблюдение последнего может сказываться на качестве исполнения должностных обязанностей или статьи причиной невозможности их выполнения вовсе. Для выполнения врачом должностных обязанностей недостаточно получения специального высшего образования, учитываться будет также получение послевузовского образования (интернатуры и ординатуры), подтвержденное сертификатом специалиста. В ТК РФ согласно статье 70 предусмотрен такой способ проверки профессиональной пригодности, как испытание в течении определенного срока,

---

<sup>44</sup> Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) / Ю.В. Белянинова, Т.С. Гусева, Н.А. Захарова, Л.В. Савина и др. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>45</sup> Определение Верховного Суда РФ от 25 июля 2016 года № 13-КГ16-7. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

который не может превышать трех месяцев, а для руководителей медицинских учреждений и их заместителей шести месяцев<sup>46</sup>. При этом и в этом аспекте на практике имеются проблемы<sup>47</sup>.

Основаниями для изменения правового статуса медицинского работника могут являться как изменение прав и обязанностей должностного лица, получение другой и/или дополнительной специальности и т.п. К примеру, врач-хирург, работающий в медицинском учреждении, прошел специализацию по рентгенологии, что позволяет ему осуществлять определенные действия более узкой направленности в области рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Соответственно, изменился и правовой статус медицинского работника, его объем полномочий и ответственности увеличился, поскольку хирургу с дополнительной специализацией по рентгенологии полагается сокращенный рабочий день, при регулировании его труда будут использованы специальные правовые нормы, устанавливающие льготы, предусмотренные законом при работе с источником ионизирующего излучения<sup>48</sup>.

Исходя из вышесказанного, можно заключить, что в правовом статусе медицинского работника можно выделить ряд особенностей: а) наличие специального образования (при этом получение дополнительной квалификации, вносит существенные изменения в правовой статус медицинского работника); б) повышенная ответственность за свои действия; в) осуществление специальной профессиональной деятельности медицинской деятельности (которая, как правило входит в трудовые (должностные) обязанности, возникающие на основании трудового договора); г) вредные/тяжелые условия труда с риском возникновения и развития заболевания при выполнении своих должностных обязанностей и др.

---

<sup>46</sup> Шадрин Т. Вправе ли ЛПУ установить испытательный срок медицинскому работнику? // Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2013. № 5. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>47</sup> Апелляционное определение Московского городского суда от 06 апреля 2018 года № 33-14538/2018. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс; Апелляционное определение Свердловского областного суда от 15 октября 2014 года № 33-13760/2014. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>48</sup> Апелляционное определение Курганского областного суда от 29 марта 2018 года № 33-956/2018. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

Что же касается прав и обязанностей медицинских работников, то здесь следует отметить, что медицинский работник является основным субъектом правоотношений, возникающих в процессе оказания медицинских услуг гражданам. Соответственно круг предоставляемых ему прав и обязанностей гораздо шире, чем у пациента, вопреки общепринятому стереотипу, что пациент при обращении за оказанием медицинской помощи, обладает исключительно правами, а врач обязанностями<sup>49</sup>. Более того, врач зачастую является гарантом обеспечения прав пациента. Статья 72 ФЗ РФ № 323 содержит в себе перечень прав медицинских работников:

1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;

2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;

4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;

5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;

---

<sup>49</sup> Тараян С.Ф. Пробелы в правовом регулировании в области анестезиологии и реаниматологии // Медицинское право. 2009. № 4. С. 31.

- 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
- 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

Статья 73 ФЗ РФ № 323 содержит в себе перечень обязанностей медицинских работников:

1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;

2) соблюдать врачебную тайну;

3) совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) назначать лекарственные препараты в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

5) сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, связанную с обращением лекарственных средств, предусмотренную законом.

Отдельно остановимся на обязанности соблюдать врачебную тайну, т.к. подобной обязанности не содержится в правовых статусах других категорий работников, в этом смысле данная обязанность выступает уникальным правовым явлением. При этом отметим, под врачебной тайной понимаются сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. По общему правилу разглашение подобных сведений, в том числе и после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, не допускается<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Согияйнен А.А. Особенности обращения с информацией, составляющей врачебную тайну // Право в Вооруженных Силах. 2017. № 3. С. 28.

Соблюдение врачебной тайны и этики зачастую приводит к определенным трудностям, при обходах больных с участием врачей-интернов или врачей-ординаторов. С одной стороны, образовательный процесс не может обойтись без выяснения данных анамнеза больного, изучения его истории болезни и прочего. Согласно закону все эти действия невозможны без предварительного информирования пациента и получения его письменного согласия. Но на практике такая процедура очень трудоемка и не представляется возможным, по мнению некоторых ученых<sup>51</sup>. В качестве возможного выхода из сложившейся ситуации возможно применение принципа деперсонализации, т.е. при публичном оглашении, к примеру, на медицинских конференциях либо при опубликовании в научных изданиях информации, содержащей персональные данные пациента, следует использовать их инициалы, псевдонимы и другие обозначения, не позволяющие идентифицировать саму личность пациента. По данной проблеме существует уже ставший хрестоматийным пример из судебной практики дело «Коновалова против России». Фактические обстоятельства дела сводились к следующему, Е.А. Коновалова утверждала, что была вынуждена рожать перед студентами, обучающимися в медицинском вузе, для чего ее роды намеренно задерживали, что нарушало внутригосударственное законодательство и было несовместимо с положениями статей 3, 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (Заключена в г. Риме 04 ноября 1950 года)<sup>52</sup>. Непосредственно после того, как заявительницу госпитализировали, ей был вручен документ, изданный больницей, который содержал уведомление пациентов об их возможном участии в клиническом обучении в больнице. Жалоба, поданная пациенткой, на присутствие студентов и возмещение морального вреда была отклонена медицинским учреждением и обоснована тем, что присутствие студентов никаким негативным образом не сказалось на процессе родов, более того, все

---

<sup>51</sup> Пушкарева А.Н. Правовая природа защиты врачебной (или медицинской) тайны по законодательству Российской Федерации // Власть Закона. 2016. № 1. С. 203.

<sup>52</sup> Конвенция о защите прав человека и основных свобод (Заключена в г. Риме 04 ноября 1950 года) // СЗ РФ. 2001. № 2. Ст. 163.



соответствовало установленным стандартам в этой области. В своем решении Палата Европейского суда по правам человека, удовлетворила жалобу и присудила заявительнице 3000 евро в качестве компенсации морального вреда, а также 200 евро на судебные издержки<sup>53</sup>.

Что же касается ответственности медицинского работника, то следует указать, что изначальные положения об ответственности содержатся в статьях ФЗ РФ № 323, но более детально раскрываются в административном, уголовном и другом законодательстве. Так, к примеру, в статье 98 ФЗ РФ № 323 установлено, что медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни или здоровью при оказании медицинской помощи. Вид юридической ответственности будет определяться в зависимости от совершенного деяния, последствий и др. Более подробно об ответственности медицинских работников, мы будем говорить в следующей главе.

Отдельно необходимо остановиться на проблеме соотношения понятий медицинский работник и публичный служащий, т.к. на сегодняшний день существуют различные подходы к определению сущности статуса медицинских работников на основе вышеуказанных понятий, причем эта актуальность связана не только с теоретическими воззрениями ученых, но и практических работников<sup>54</sup>. Тем более, что количество медицинских работников в государственной системе здравоохранения значительно превышает количество медицинских работников в системе частной медицины<sup>55</sup>.

Сама идея отнесения медицинских работников к государственным или муниципальным служащим, в целом, не новая. Одним из первых об этом писал

---

<sup>53</sup> Постановление ЕСПЧ от 09 октября 2014 года Дело «Коновалова (Konovalova) против Российской Федерации» (жалоба № 37873/04) // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. 2015. № 1. С. 18.

<sup>54</sup> Волков А.С. Криминалистическая классификация в методике расследования подлога документов // Российский следователь. 2018. № 4. С. 10; Канунникова Л.В. Коррупционные преступления в медицинской практике на территории Новосибирской области // Медицинское право. 2018. № 2. С. 18.

<sup>55</sup> Кирова Т.А. Соотношение понятий «медицинский работник» и «публичный служащий» // Медицинское право. 2018. № 1. С. 19.

профессор В.С. Орлов в 1958 году<sup>56</sup>. Здесь же отметим, что данная тенденция сохранилась и сегодня. Так, профессора Ю.П. Бойко и И.П. Галь констатируют целесообразность признания данных лиц государственными служащими, поскольку, по их мнению, «медицинский работник становится представителем государства, обеспечивающим реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья»<sup>57</sup>. При этом следует согласиться с Т.А. Кировой, в том, что если придерживаться такого расширительного подхода, то представителем государства, обеспечивающим реализацию конституционного права граждан можно назвать и тех субъектов, которые, безусловно, таковыми не являются. Например, средства массовой информации, которые включены в механизм реализации гарантированной Конституцией РФ свободы слова<sup>58</sup>.

Поддерживает идею отнесения медицинских работников к государственным или муниципальным служащим и Т.Е. Сучкова. При этом автор аргументирует свою позицию тем, что статус медицинских работников государственных или муниципальных учреждений здравоохранения соответствует всем признакам государственных служащих<sup>59</sup>. При этом, такое утверждение представляется спорным, т.к., если обратиться к административному и муниципальному праву<sup>60</sup>, как одним из основных регуляторов общественных отношений в сфере государственной и муниципальной службы, то мы увидим, что неотделимой чертой публичного служащего является непосредственное осуществление властных, управленческих полномочий. Здесь отметим, что сущность медицинской деятельности заключается в восстановлении или поддержании здоровья пациентов. Этот вывод одинаково справедлив для работников как

---

<sup>56</sup> Орлов В.С. Субъект преступления по советскому уголовному праву / В.С. Орлов. М.: Госюриздат, 1958. С. 60. URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie4334.html>. (дата обращения: 01.05.2019).

<sup>57</sup> Бойко Ю.П. К вопросу о правовом статусе медицинского работника // ГлавВрач. 2010. № 9. С. 66.

<sup>58</sup> Кирова Т.А. Указ. соч. С. 19.

<sup>59</sup> Сучкова Т.Е. О необходимости наделения статусом государственных служащих медицинских работников, осуществляющих медицинскую деятельность в государственных медицинских учреждениях // Медицинское право. 2013. № 4. С. 25.

<sup>60</sup> Волков А.М. Административное право в вопросах и ответах: Учебное пособие / А.М. Волков. М: Проспект, 2018. Доступ из СПС КонсультантПлюс; Соловьев С.Г. Муниципальное право России: Учебник / С.Г. Соловьев. М.: ИНФРА-М, 2013. С. 365.

государственных или муниципальных, так и для частных медицинских организаций. Для управления системой здравоохранения формируются органы власти соответствующего уровня, сотрудники которых и признаются публичными служащими. Но данные лица не участвуют в непосредственной медицинской деятельности.

Как мы уже отметили выше, данная проблема имеет не только теоретический характер, но и практический, т.к. следственная и судебная практика безоговорочно квалифицирует отдельные противоправные деяния данных лиц как совершаемые должностными лицами. Это свидетельствует о констатации факта нарушения ими интересов, охраняемых главой 30 УК РФ интересов государственной власти, государственной службы или службы в органах местного самоуправления. В качестве разъяснения данного обстоятельства рассматриваются положения ряда постановлений Пленума Верховного Суда РФ.

Так, в Постановлении Пленума Верховного суда РФ от 16 октября 2009 года № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий»<sup>61</sup> высшая судебная инстанция разъясняет, что выдачу медицинским работником листка временной нетрудоспособности, установление работником учреждения медико-социальной экспертизы факта наличия у гражданина инвалидности следует относить к организационно-распорядительным функциям должностных лиц. Таким образом, Пленум Верховного Суда РФ оценивает данные ситуации как принятие решений, «имеющих юридическое значение и влекущих определенные юридические последствия». В Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 09 июля 2013 года № 24 «О судебной практике по делам о взяточничестве и

---

<sup>61</sup> Постановление Пленума Верховного суда РФ от 16 октября 2009 года № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» // Российская газета. 2009. № 307.

об иных коррупционных преступлениях»<sup>62</sup> листки временной нетрудоспособности и медицинские книжки названы «официальными документами, удостоверяющими факты, влекущими юридические последствия в виде предоставления или лишения прав, возложения или освобождения от обязанностей, изменения объема прав и обязанностей»<sup>63</sup>. Очевидно, что судебное толкование вышеназванных действий медицинских работников дает основание рассматривать их как должностных лиц, а следовательно, как публичных служащих<sup>64</sup>.

Считаем необходимым отметить, что безусловно, распространение на медицинских работников статуса государственных или муниципальных служащих, в зависимости от формы собственности того учреждения, в котором они выполняют свои профессиональные обязанности, отвечало бы ожиданиям медицинских работников, поскольку позволило бы предоставить им гарантии, принадлежащие государственным и муниципальным служащим. Кроме того, подобный подход облегчил бы правовую оценку и определение границ правомерности их профессионального поведения. Однако дает ли данный факт неоспоримые основания полагать, что медицинские работники должны рассматриваться как публичные служащие? Т.А. Кирова полагает, что на сегодняшний день нет оснований для признания медицинских работников публичными служащими<sup>65</sup>. Мы солидарны с вышеуказанным автором и полагаем, возможно объяснить данный вывод следующими обстоятельствами.

Во-первых, в настоящее время часть 1 статьи 3 Федерального закона РФ от 27 июля 2004 года № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации»<sup>66</sup> и часть 1 статьи 2 Федерального закона РФ

---

<sup>62</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 09 июля 2013 года № 24 «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» // Российская газета. 2013. № 154.

<sup>63</sup> Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 09 июля 2013 года № 24 «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» // Российская газета. 2013. № 154.

<sup>64</sup> Апелляционное постановление Свердловского областного суда от 28 ноября 2017 года № 22-8920/2017. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>65</sup> Кирова Т.А. Указ. соч. С. 20–21.

<sup>66</sup> Федеральный закон РФ от 27 июля 2004 года № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» // СЗ РФ. 2004. № 31. Ст. 3215.

от 02 марта 2007 года № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации»<sup>67</sup> определяют соответствующие виды публичной службы как выполнение на профессиональной основе установленных задач и функций государственных органов или органов местного самоуправления. Следовательно, как справедливо подчеркивают исследователи данных институтов, служащие соответствующего уровня осуществляют профессиональное ведение дел<sup>68</sup>. При этом специфика государственной службы, как точно отмечает А.Ф. Ноздрачев, проявляется через «непрерывное, преемственное и компетентное обеспечение исполнения полномочий государственных органов лицами, находящимися на государственных должностях»<sup>69</sup>. Данное определение применимо и к муниципальной службе с некоторыми оговорками.

Здесь же, говоря о медицинских работниках, следует еще раз упомянуть об определении, данном в пункте 13 статьи 2 ФЗ РФ № 323, в котором акцент ставится исключительно на осуществлении медицинской деятельности, но не на реализации управленческих полномочий. Кроме того, содержание профессионального статуса медицинских работников, определенное главой 9 ФЗ РФ № 323, также предполагает непосредственное оказание ими медицинской помощи, без загромождения его излишними полномочиями. Как уже было сказано выше, служащие органов управления здравоохранением медицинскими работниками не являются, круг их служебных полномочий иной. Следовательно, можно заключить, что распространение на медицинских работников статуса государственных или муниципальных служащих по данному критерию представляется невозможным.

Еще одним аргументом, опровергающим возможность признания медицинских работников публичными служащими, на наш взгляд, следует

---

<sup>67</sup> Федеральный закон РФ от 02 марта 2007 года № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2007. № 10. Ст. 1152.

<sup>68</sup> См. Мегушевская Т.И. Генезис научных концепций государственной службы в трудах ученых XIX–XX вв. // Auditorium. 2014. № 2. С. 102.

<sup>69</sup> Ноздрачев А.Ф. Государственная служба: Учебник / А.Ф. Ноздрачев. М.: Статут, 1999. С. 37.

назвать тот факт, что отраслевые особенности бюджетного учета в системе здравоохранения Российской Федерации определяют учреждения здравоохранения как «подведомственные органам государственной власти, органам местного самоуправления в области здравоохранения лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные, аптечные, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы и другие учреждения, а также территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора»<sup>70</sup>. Полагаем необходимым обратить внимание на то, что медицинские учреждения подведомственны органам управления здравоохранения, но не являются ими. Это свидетельствует о том, что медицинские организации не являются и не могут являться органом государственной власти или местного самоуправления. Данный вывод также делает затруднительным признание работников указанных организаций государственными или муниципальными служащими.

Кроме того, нельзя игнорировать тот факт, что ФЗ РФ № 323 устанавливает, что медицинской организацией может быть юридическое лицо независимо от его формы собственности, основной (уставной) целью которого является медицинская деятельность, следовательно, медицинскими работниками являются также лица, занятые в частных организациях здравоохранения. Оказание медицинской помощи частными учреждениями здравоохранения расширяет возможности для пациентов в выборе медицинской организации и специалиста, у которого лицо хотело бы наблюдаться, это, безусловно, является прогрессивным и положительным моментом в организации системы здравоохранения. В связи с этим В.А. Внукова справедливо задается вопросами: «Надо ли противопоставлять правовой статус медицинских работников государственной и частной систем здравоохранения?»

---

<sup>70</sup> Отраслевые особенности бюджетного учета в системе здравоохранения РФ (утверждены Министерством здравоохранения и социального развития РФ). Доступ из СПС КонсультантПлюс.

Разве медицинский работник частного медицинского центра выполняет менее важную функцию?»<sup>71</sup>.

В этой связи, следует согласиться с Т.А. Кировой, которая также выступает против распространения на медицинских работников статуса публичных служащих. Она указывает, что «предоставление законодателем равного объема прав и обязанностей для медицинских организаций всех форм собственности обусловлено повышенной социальной важностью сферы их деятельности.

По этой причине представляется неразумным распространить на работников государственных или муниципальных медицинских организаций статус соответствующих служащих и закрепить за ними определенный объем гарантий, одновременно лишив этого работников частных медицинских организаций только по причине формы собственности. В подобном случае неизбежно нарушение провозглашенных Конституцией РФ равенства форм собственности и равенства всех перед законом (часть 1 статьи 19), что является недопустимым»<sup>72</sup>.

При этом необходимо указать, что общественная опасность преступлений, совершаемых публичными служащими, обусловлена тем, что они подрывают авторитет публичной власти, нарушают нормальную деятельность соответствующих органов управления. Однако совершение медицинским работником деяния, выраженного, например, в форме фальсификации медицинской документации и последующей необоснованной выдачи листка временной нетрудоспособности, не влияет на функционирование учреждения здравоохранения. Подобные действия запускают сложный механизм юридически значимых действий, связанных с оплатой «больничного листа»<sup>73</sup>. Иными словами, в данном случае происходит

---

<sup>71</sup> Внукова В.А. О правовом статусе медицинских работников // Медицинское право. 2017. № 1. С. 23–24.

<sup>72</sup> Кирова Т.А. Указ. соч. С. 23.

<sup>73</sup> Озова Н.А. Врач как субъект должностного преступления // Медицинское право. 2017. № 5. С. 37.

нарушение в части нормального порядка выполнения медицинским работником своих сугубо профессиональных обязанностей, но никак не управленческих.

Исходя из вышесказанного, можно заключить, что медицинские работники не осуществляют управленческих полномочий и не выступают представителями власти. На основании данного суждения необходимо сделать вывод о том, что медицинские работники не являются публичными служащими и не могут быть признаны таковыми.

Таким образом, в заключении параграфа, укажем, что правовой статус медицинского работника в наиболее общем виде как сложная комплексная правовая категория представляет собой совокупность элементов, позволяющих отразить правовое положение медицинского работника в данном обществе. При этом, в широком понимании правовой статус медицинского работника представляет собой совокупность прав, свобод, обязанностей, гарантий и льгот, а также юридической ответственности, которые позволяют отразить правовое положение медицинского работника в данном обществе и при этом отграничить его от других категорий «работников». Структурно в правовой статус включаются следующие элементы: а) принципы права, которые лежат в основе правового положения личности; б) правовые нормы, закрепляющие этот статус; в) правосубъектность; г) основные права и свободы, обязанности; д) юридические гарантии и льготы; е) юридическая ответственность. При этом, ядром правового статуса являются именно права, свободы и обязанности, но это не умаляет значения остальных структурных элементов правового статуса медицинского работника, ибо только в совокупности все эти элементы представляют собой правовой статус медицинского работника. Здесь же отметим, что правовой статус медицинского работника регулируется не исключительно нормами «медицинского права», некоторые элементы правового статуса раскрываются в трудовом, уголовном и др. отраслях права.

Термин медицинский работник, помимо «медицинского права», в разных аспектах его понимания используют и другие отрасли права (например,



уголовное право при определении уголовно-правового регулирования общественных отношений). Однако в трудовом праве, как источнике для правового статуса медицинского работника, положений, устанавливающих определенные права, обязанности, льготы и др. данный термин, именно в трудовом значении не употребляется, что вносит определенную правовую неясность, как в теории, так и на практике. Это не может положительно сказаться на качестве и стабильности правового регулирования общественных отношений. Более того, в этой связи, законодательная техника, как фундамент законотворческой деятельности, требует соблюдения определенных принципов: а) принцип конкретности, определенности формулировок закона (законопроекта); б) принцип ясности (понятности) и полноты формулировок закона; г) принцип отсутствия противоречий как внутри нормативно-правового акта, так и в системе законодательства. Исходя из этого, считаем необходимым, для устранения вышеуказанных недостатков, закрепить на уровне ТК РФ определение медицинского работника, которое внесет определенную правовую ясность в теории и на практике, а также позволит более полно, точно, ясно определить элементы правового статуса медицинского работника. Тем более, что другие категории работников (педагогические работники, работники транспорта и др.) законодатель определил в ТК РФ.

Медицинские работники не являются публичными служащими, т.к. не осуществляют управленческих полномочий и не выступают представителями власти. Это обосновывается несколькими аргументами. Укажем некоторые из них. Во-первых, при определении правового статуса медицинского работника законом акцент ставится исключительно на осуществлении медицинской деятельности, но не на реализации управленческих полномочий. Кроме того, содержание главы 9 ФЗ РФ № 323, также предполагает непосредственное оказание ими медицинской помощи, без загромождения его излишними полномочиями. Во-вторых, медицинские учреждения, в которых трудятся медицинские работники, подведомственны органам управления

здравоохранения, но не являются ими. Это свидетельствует о том, что медицинские организации не являются и не могут являться органом государственной власти или местного самоуправления.

В заключении главы укажем, что правовой статус медицинского работника имеет свою непростую историю становления и развития. Зародившись в Древнем мире, правовой статус медицинского работника получил развитие в Античных государствах, впоследствии «перекочевал» в Россию, где на протяжении довольно долгого времени проходил развитие. С установлением советской власти данный институт в своем развитии отличался последовательностью и преемственностью. С развалом СССР правовой статус медицинского работника в условиях новой формации, изменившихся общественных отношений также был вынужден меняться. На сегодняшний день правовой статус медицинского работника представляет собой сложное и многомерное правовое явление, не лишенное недостатков. В этой связи, считаем необходимым, закрепить на уровне ТК РФ определение медицинского работника, которое внесет определенную правовую ясность в теории и на практике, а также позволит более полно, точно, ясно определить элементы правового статуса медицинского работника. Тем более, что другие категории работников (педагогические работники, работники транспорта и др.) законодатель определил в ТК РФ.

## ГЛАВА 2 ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ОБЛАСТИ ТРУДОВОГО ПРАВА

### § 2.1 Вопросы, связанные с ответственностью медицинских работников

Ответственность, как один из важных элементов правового статуса медицинского работника имеет огромное значение в современном правовом регулировании общественных отношений. Но перед тем, как начать говорить об актуальности рассматриваемого вопроса, определенных проблемах в этом аспекте, необходимо кратко упомянуть, что же такое ответственность. Сама по себе ответственность, как сложная категория изначально предстает перед нами в виде социальной ответственности, которая объективно представляет собой необходимость отвечать за нарушение социальных норм<sup>74</sup>. Она выражает определенный характер взаимоотношения личности с государством, обществом, коллективом, другими социальными группами и образованиями. В основе этой ответственности лежит общественная природа поведения человека.

Социальная ответственность как сложная нравственная, правовая, философская этико-психологическая категория структурно состоит из различных видов ответственности: а) моральная; б) политическая; в) общественная; г) юридическая и другие. При этом юридические науки сталкиваются чаще всего именно с юридической ответственностью как предметом специального изучения. Такое выражение вполне обоснованно, т.к. даже отталкиваясь от правового статуса медицинского работника, который во всей своей совокупности закрепляется в содержании правовых норм нормативно-правовых актов разного уровня, мы видим, что обязанности

---

<sup>74</sup> Матузов Н.И. Теория государства и права: Учебник / Н.И. Матузов, А.В. Малько. М: Издательский дом «Дело», 2017. С. 450.

медицинских работников неразрывно связаны с последствием их нарушения ответственностью<sup>75</sup>.

Сама юридическая ответственность как наиболее строго форматизированная, властно-императивная видовая разновидность социальной ответственности представляет собой необходимость для виновного лица подвергнуться мерам государственного воздействия, претерпеть определенные негативные последствия своего поведения. При этом юридическая ответственность – это способ реагирования государства на свершенное правонарушение, применяемый в строго установленных формах (через привлечение к ответственности), осуществление предусмотренных законом санкций. От социальной ответственности юридическая ответственность отличается прежде всего тем, что она: а) всегда предусмотрена законодательством; наступает за правонарушение при наличии состава правонарушения в полном виде; б) выражается в неблагоприятных последствиях для правонарушителя (лишении или ограничении определенных социальных благ прав, свобод, имущества и другое); в) возлагается и реализуется в строгих процессуальных формах, которые содержатся в законе и другие. При этом как и социальная ответственность, юридическая также делится на определенные виды (по отраслевым признакам): а) гражданская; б) административная; в) уголовная; г) дисциплинарная; д) материальная; е) процессуальная; ж) конституционная<sup>76</sup>.

Возвращаясь к вопросу актуальности рассматриваемого вопроса, следует отметить, что она прежде всего связана с тем, что в последние годы в Российском законодательстве наблюдается стремление к стандартизации и детальному регулированию действий работников социально значимых отраслей. В сфере охраны здоровья граждан и фармации, например, это проявляется в строгой государственной регламентации работы каждого сотрудника, начиная с главного врача (принят профессиональный стандарт,

---

<sup>75</sup> Матузов Н.И. Указ.соч. С. 450.

<sup>76</sup> Там же. С. 453.

утвержденный Приказом Минтруда России от 07 ноября 2017 года № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»<sup>77</sup>), его заместителей и заканчивая санитарками и уборщицами. Действия врачей стандартизированы настолько, что фактически любое отступление от схемы лечения должно сопровождаться солидным обоснованием, чаще всего согласованным с врачебной комиссией и руководством. Обоснованием этого подхода является провозглашенный в Федеральном законе РФ от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>78</sup> лозунг о том, что объем медицинской помощи для застрахованных граждан должен быть одинаковым в любом регионе и в любой медицинской организации.

Последствием детальной стандартизации лечения, финансирования и других действий (например, общения с медицинскими представителями) стала необходимость более скрупулезного контроля этой деятельности надзорными государственными органами. При этом, как отмечает В.А. Внукова, «саморегулирование в сфере охраны здоровья пока только зарождается и не может обеспечить выполнение стандартов»<sup>79</sup>. В этой связи ученые и практики отмечают тот факт, что количество проверяющих сложно увеличить из-за ограниченного бюджета, да и бизнес-структуры возражают против этого<sup>80</sup>. В качестве решения правительство предложило разработать и внедрить в практику риск-ориентированный подход к осуществлению надзорной деятельности, т.е. установить периодичность плановых проверок в зависимости

---

<sup>77</sup> Приказ Министерства Труда и социальной защиты РФ от 07 ноября 2017 года № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://www.pravo.gov.ru>. (дата обращения: 10.04.2019).

<sup>78</sup> Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. 2010. № 274–275.

<sup>79</sup> Внукова В.А. Проблемы применения юридической ответственности в сфере здравоохранения // Медицинское право. 2018. № 4. С. 18–19.

<sup>80</sup> Разрешительная система в Российской Федерации: научно-практическое пособие / Л.Ю. Акимов, Л.В. Андриченко, Е.А. Артемьева и др.; отв. ред. А.Ф. Ноздрачев. М.: ИЗИСП, ИНФРА-М, 2015. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

от присвоенной категории риска. Об этой необходимости указывал Президент РФ В.В. Путин в своем послании Федеральному Собранию РФ в 2014 году<sup>81</sup>. Справедливо в этой связи отмечает В.А. Внукова, что наибольший риск представляют государственные медицинские организации, оказывающие максимальный объем наиболее ответственных и рискованных видов медицинской помощи, и, следовательно, рассчитывать на сокращение числа плановых проверок им вряд ли следует<sup>82</sup>.

Здесь же следует указать, что одновременно с изменениями в организации надзорной деятельности наблюдается усиление ответственности за правонарушения в сфере охраны здоровья граждан. Причем здесь речь идет не о росте числа дел о привлечении медицинских организаций к гражданско-правовой ответственности, инициированных лицами, которым была предоставлена некачественная услуга, а об увеличении числа собственно составов административных правонарушений, субъектами ответственности по которым являются лечебные и фармацевтические организации и их сотрудники<sup>83</sup>. Наблюдается рост числа медицинских работников, привлекаемых к уголовной ответственности за совершение преступлений в профессиональной сфере, а также преступлений коррупционной направленности. В обществе существует запрос на привлечение к ответственности медицинских работников, желание наказать тех, кто невнимательно отнесся к проблеме пациента, не назначил дешевое, но эффективное лекарство, заставил ходить по кабинетам и долго сидеть в очереди. С точки зрения пациентов именно врач виновен во всем этом<sup>84</sup>.

Высказывание о том, что врач заполняет медицинскую карту и историю болезни для прокурора, которое было в ходу среди врачей и студентов-медиков лет 1015 назад, изменилось: вся медицинская документация оформляется для

---

<sup>81</sup> Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 04 декабря 2014 года // Российская газета. 2014. № 278.

<sup>82</sup> Внукова В.А. Проблемы применения юридической ответственности в сфере здравоохранения // Медицинское право. 2018. № 4. С. 19.

<sup>83</sup> Внукова В.А. К вопросу об административной ответственности за нарушение законодательства в сфере здравоохранения // Медицинское право. 2017. № 6. С. 50–51.

<sup>84</sup> Там же. С. 51.

прокурора и проверяющих. За 10–15 минут, которые отведены на прием пациента, врач физически не успеет ознакомиться с записями, которые сделаны в медицинской документации другими специалистами. То есть больной отошел на второй план, главным стало правильное оформление документов. На это, в частности указал в своей речи руководитель фракции политической партии «Справедливая Россия» в Государственной Думе С.М. Миронов, во время отчета Председателя Правительства РФ Д.А. Медведева о работе правительства за 2012–2017 годы (11 апреля 2018 года)<sup>85</sup>.

Для сравнения укажем, что в сфере оборота лекарственных препаратов наблюдается похожая тенденция. Государство все более детально регламентирует действия сотрудников организаций, занимающихся обращением лекарственных средств. Приняты «Правила надлежащей аптечной практики»<sup>86</sup> (далее по тексту – Правила надлежащей аптечной практики), «Правила надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения»<sup>87</sup> (далее по тексту – Правила хранения и перевозки) и др. Вводя детальные регламенты и порядки, государственные органы создают предпосылки установления административной ответственности за факт их невыполнения. Например, в пункте 1 Правил надлежащей аптечной практики указано, что этот документ устанавливает требования к осуществлению розничной торговли аптечными организациями и ИП, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, т.е. подчеркивается, что требования устанавливаются к организации, руководитель которой должен надлежащим образом, в соответствии с вновь разработанными требованиями организовать работу

---

<sup>85</sup> Стенограмма: Отчет Дмитрия Медведева в Госдуме о работе правительства // Официальный сайт Российской газеты. URL: [rg.ru/2018/04/11/stenogramma-otchet-dmitriia-medvedeva-v-gosdume-o-rabote-pravitelstva.html](http://rg.ru/2018/04/11/stenogramma-otchet-dmitriia-medvedeva-v-gosdume-o-rabote-pravitelstva.html). (дата обращения: 12.05.2019).

<sup>86</sup> Приказ Министерства здравоохранения от 31 августа 2016 года № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://www.pravo.gov.ru>. (дата обращения: 13.04.2019).

<sup>87</sup> Приказ Министерства здравоохранения от 31 августа 2016 года № 646н «Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://www.pravo.gov.ru>. (дата обращения: 13.04.2019).

аптеки. В пункте 3 Правил хранения и перевозки установлено, что на руководителя субъекта обращения лекарственных препаратов возложена реализация мер, направленных на соблюдение его работниками разработанных Правил. Для этой цели руководитель создает систему, направленную на соблюдение работниками требований Правил в области контроля качества хранения и перевозки лекарственных препаратов. Но очевидно, что руководитель может эффективно руководить, только если в его распоряжении имеется механизм поощрения и наказания работников. Для этой цели должна быть определена ответственность работников субъекта обращения лекарственных препаратов за нарушение требований, установленных Правилами хранения и перевозки, и стандартных операционных процедур.

О каком виде ответственности идет речь в этих документах? К какой ответственности может быть привлечен работник, ненадлежащим образом исполнивший свои обязанности и нарушивший требования стандартной операционной процедуры? Это должна быть дисциплинарная, административная ответственность или оба вида ответственности одновременно? Этот вопрос важен как с точки зрения теории права, так и с практической точки зрения, о чем свидетельствует, по мнению В.А. Внуковой, большое количество запросов на отправленных через сеть интернет, в юридические фирмы, специализирующиеся на консультациях по вопросам медицинского права<sup>88</sup>.

Помимо вышеуказанного, следует также отметить, что усиление ответственности, рост числа составов в Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 года № 195-ФЗ<sup>89</sup> (далее по тексту – КоАП РФ), субъектами ответственности по которым являются медицинские работники, возрастающее число дел о привлечении к разным видам ответственности медицинских работников приводят к

---

<sup>88</sup> Внукова В.А. Указ.соч. С. 20.

<sup>89</sup> Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 года № 195-ФЗ // СЗ РФ. 2002. № 1. Ст. 1.



необходимости рассмотреть вопросы о соотношении административной и дисциплинарной ответственности. В частности, вопрос о возможности привлечения работника к дисциплинарной и административной ответственности за совершение одного правонарушения. Этот вопрос актуален еще и в связи с активным стремлением административно-управленческого аппарата государства расширить количество составов административных правонарушений, субъектами ответственности по которым являются медицинские работники<sup>90</sup>.

Здесь необходимо кратко указать, а что же представляют из себя административная и дисциплинарная ответственность. Два этих вида ответственности, как отраслевые разновидности юридической ответственности, находящиеся в органической связи в целом, так и как самостоятельные правовые явления, для науки представляются сложными и многоаспектными<sup>91</sup>. Дисциплинарная ответственность, представляет собой обязанность работника ответить перед работодателем за совершенный дисциплинарный проступок, т.е. за виновное, противоправное, неисполнение или ненадлежащее исполнение работником трудовых обязанностей<sup>92</sup>. При этом основанием такой ответственности служит дисциплинарный проступок, под которым понимается противоправное, виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение работником своих трудовых обязанностей<sup>93</sup>. Административная же ответственность представляет собой обязанность физического или юридического лица претерпевать меры государственного принуждения,

---

<sup>90</sup> Проект Федерального закона РФ № 1093620-6 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения» // Автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности Государственной Думы. URL: [http://asozd.duma.gov.ru/main.nsf/\(Spravka\)?OpenAgent&RN=1093620-6](http://asozd.duma.gov.ru/main.nsf/(Spravka)?OpenAgent&RN=1093620-6) (дата обращения: 13.04.2019).

<sup>91</sup> Липинский Д.А. Общая теория юридической ответственности: Дис. д-ра. юрид. наук / Д.А. Липинский. Саратов. 2004. С. 12. URL: <http://lawlibrary.ru/disser2017854.html> (дата обращения: 10.04.2019).; Чепус А.В. Теория позитивной юридической ответственности органов исполнительной власти: Автореф. дис. д-ра. юрид. наук / А.В. Чепус. М. 2016. С. 20. URL: <http://lawlibrary.ru/disser2017854.html> (дата обращения: 13.04.2019).

<sup>92</sup> Петров А.Я. Дисциплинарная ответственность работников: Практическое пособие / А.Я. Петров. М.: Издательство Юрайт, 2018. С. 8.

<sup>93</sup> Евразийское трудовое право: Учебник / Е.А. Волк, Е.С. Герасимова, С.Ю. Головина и др.; под общ. ред. М.В. Лушниковой, К.С. Раманкулова, К.Л. Томашевского. М: Проспект, 2017. С. 404.

предусмотренные КоАП РФ или законами субъектов РФ за совершение противоправного виновного действия (бездействия) (административного правонарушения). Основанием такой ответственности является административное правонарушение<sup>94</sup>. За оба вида юридической ответственности как правило следует применение санкции, в первом случае дисциплинарного взыскания, во втором случае административного наказания.

При этом сама проблема соотношения дисциплинарной и административной ответственности, возможность назначения дисциплинарного и административного наказания за совершение одного правонарушения обсуждается на протяжении многих лет, но не решена однозначно. Уже как более полувека назад было высказано авторитетное мнение о том, что основанием административной ответственности может служить дисциплинарный проступок, являющийся одновременно и административным правонарушением. Учитывая особую общественную вредность проступка и особенности последствий, предлагалось наступающую ответственность называть специальной административной ответственностью<sup>95</sup>.

Позднее высказывалось прямо противоположное мнение о необходимости законодательно закрепить правило, по которому применение к виновному административного взыскания препятствовало бы наложению на него за то же деяние еще и дисциплинарного взыскания. В качестве доводов его автор указывал, что обе санкции имеют карательный характер, поэтому «вряд ли справедливо за одно противоправное деяние, содержащее признаки и административного, и дисциплинарного проступка, подвергать должностное лицо двойному наказанию»<sup>96</sup>. Эта позиция поддерживалась и другими исследователями, полагавшими, что дисциплинарное взыскание не налагается, если за нарушение, составляющее дисциплинарный и административный

---

<sup>94</sup> Воронцова А.А. Административная ответственность / А.А. Воронцова. Подготовлен для системы КонсультантПлюс, 2018. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>95</sup> Административно-правовые вопросы укрепления государственной дисциплины / Е.В. Шорина, Ц.А. Ямпольская; отв. ред.: Н.А. Вендиктов. М.: Изд-во АН СССР, 1955. С. 169.

<sup>96</sup> Манохин В.М. Советская государственная служба / В.М. Манохин. М.: Юрид. лит., 1966. С. 179.

проступок, применяется административное взыскание<sup>97</sup>. При этом, следует указать, что мнение о возможном сочетании дисциплинарной и административной ответственности приведено в ранних работах Д.Н. Бахраха, который высказывался о том, что применение санкций имеет разные цели: административных обеспечение задач в области государственного управления, дисциплинарных укрепление порядка в деятельности организации. Таким образом, формально совершаются два проступка<sup>98</sup>, и поэтому, исходя из логики, как справедливо полагает В.А. Внукова, лицо может быть привлечено к двум видам ответственности<sup>99</sup>.

Правонарушения, которые «своими вредными последствиями выходят за рамки организации, где они совершены, и за ее пределами посягают на государственный или общественный порядок... права и свободы граждан, на установленный порядок управления», было предложено называть дисциплинарно-административными<sup>100</sup>. Такие правонарушения, по мнению авторов, представляют собой идеальную совокупность дисциплинарного и административного проступка, общее правонарушение, за которое могут и должны применяться одновременно и дисциплинарные, и административные взыскания без поглощения менее строгого наказания более строгим. Здесь же отметим, что близкой точки зрения придерживается П.К. Блажко, обращая внимание на то, что «разные последствия, вызванные противоправным действием (бездействием), могут быть предусмотрены двумя и более правовыми нормами»<sup>101</sup>, даже относящимися к разным отраслям права. При этом, П.К. Блажко полагает возможным применение разных видов юридической ответственности за совершение правонарушения, если

---

<sup>97</sup> Филатов И.Т. Спорный вопрос дисциплинарной и административной ответственности // Советское государство и право. 1971. № 10. С. 132.

<sup>98</sup> Бахрах Д.Н. Административная ответственность / Отв. ред.: А.В. Рыбин. Пермь, 1966. С. 45. URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie1293.html>. (дата обращения: 15.03.2019).

<sup>99</sup> Внукова В.А. Указ. соч. С. 21.

<sup>100</sup> Советское административное право. Административная ответственность в СССР / под ред. В.М. Манохина, Ю.С. Адушкина. Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1968. URL: [http://www.pravo.vuzlib.su/book\\_z076\\_page\\_1.html](http://www.pravo.vuzlib.su/book_z076_page_1.html). (дата обращения: 15.05.2019).

<sup>101</sup> Блажко П.К. Совокупность правонарушений по советскому праву: Автореф. дис. канд. юрид. наук / П.К. Блажко. Казань. 1983. URL: [law.edu.ru/book/book.asp?bookID=48496](http://law.edu.ru/book/book.asp?bookID=48496). (дата обращения: 15.03.2019).

наступившие последствия охватываются составом правонарушений, предусмотренных разными отраслями права<sup>102</sup>.

По итогу заметим, что в советском праве проблема законодательного разрешения не получила, поэтому дискуссии продолжаются. Так, М. Студеникина, не отрицая возможности привлечения за одно правонарушение к дисциплинарной и административной ответственности, отмечает, что «двойное» наказание целесообразно вводить лишь за некоторые виды правонарушений, социальная вредность которых является весьма существенной и если об этом имеется специальная правовая норма<sup>103</sup>. Другие исследователи стараются провести разграничение между понятиями «административное правонарушение» и «дисциплинарный проступок» «по содержанию состава» каждого из них<sup>104</sup>. Подробно исследуются частные вопросы правомерности наложения дисциплинарных взысканий на сотрудников органов внутренних дел за совершение административного правонарушения<sup>105</sup>, вопросы механизма привлечения к дисциплинарной и административной ответственности военнослужащих<sup>106</sup>, проблемы эффективности этих видов ответственности в отношении государственных и муниципальных служащих<sup>107</sup>, вопросы оснований дисциплинарной ответственности для военнослужащих<sup>108</sup>.

Применительно к сфере здравоохранения А.А. Горяинов высказал предложение ввести специальный термин профессиональная ответственность врачей «ответственность специальных субъектов, получающих от государства и

---

<sup>102</sup> Блажко П.К. Указ.соч.

<sup>103</sup> Студеникина М. Административная ответственность должностных лиц // Закон. 1998. № 9. С. 95.

<sup>104</sup> Фролов В.А. Соотношение административного правонарушения и дисциплинарного проступка // Актуальные вопросы публичного права. 2013. № 10. С. 47.

<sup>105</sup> Малыхина Т.А. Сочетание дисциплинарной и административной ответственности сотрудников органов внутренних дел // Вестник Удмуртского университета. 2015. Т. 25. Вып. 6. С. 154.

<sup>106</sup> Кондратьев С.М. Механизм дисциплинарной и административной ответственности военнослужащих // Военное право: электрон. научн. изд. 2015. № 3. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>107</sup> Чаннов С.Е. Дисциплинарная и административная ответственность государственных и муниципальных служащих: вопросы эффективности // Журнал российского права. 2018. № 2. С. 59.

<sup>108</sup> Жаданов И.Л. Основания дисциплинарной ответственности военнослужащих по советскому праву: Дис. канд. юрид. наук / И.Л. Жаданов. М., 1991. С. 146–150. URL: <http://lawlibrary.ru/article2205400.html> (дата обращения: 15.03.2019).

общества гарантированное нормами позитивного права полномочие вторгаться в сферу частной жизни человека в целях охраны его здоровья путем использования специальных (профессионально-медицинских) способов вторжения<sup>109</sup>. В законе эти вторжения определяются как медицинское вмешательство»<sup>110</sup>. Однако введение данного термина не предполагает каких-либо изменений «классических видов юридической ответственности».

Представляется верным, согласиться с В.А. Внуковой, в том, что в современном праве термин «профессиональная ответственность» в большей степени применим в сочетании с термином «страхование». В этом случае речь идет о гражданско-правовой ответственности, что выходит за рамки исследования и не позволяет решить обсуждаемый вопрос<sup>111</sup>. Таким образом, вопрос о том, может ли лицо за совершение одного правонарушения, допущенного при осуществлении трудовой деятельности, нести разные виды юридической ответственности: дисциплинарную и административную, до настоящего времени остается дискуссионным.

Н.В. Витрук указывал, что «текущее законодательство и практика их реализации позволяет карательно-штрафные виды юридической ответственности (дисциплинарная, административная и уголовная) за общественно опасные правонарушения дополнять восстановительно-компенсационной ответственностью, направленной на восстановление правового статуса потерпевшего, на возмещение причиненного ему имущественного и морального вреда или их компенсацию. Такое применение различных видов юридической ответственности не противоречит требованиям принципа *non bis in idem* (не дважды за одно и то же)»<sup>112</sup>. Таким образом, допускается возможность совместного применения карательно-штрафных и

---

<sup>109</sup> Горяинов А.А. Профессиональная ответственность медицинских работников // Петербургский юрист. 2015. № 3. URL: [gosmedconsulting.ru/news24/postid/own\\_news/94](http://gosmedconsulting.ru/news24/postid/own_news/94). (дата обращения: 15.03.2019).

<sup>110</sup> Ковалевский М.А. Управление правовым риском в профессиональной медицинской деятельности // Медицина и право: материалы конференции «Медицина и право в XXI веке» (Санкт-Петербург, 01 июля 2010 года). СПб.: Издат. дом СПбГУ, 2011. Вып. 2. С. 75.

<sup>111</sup> Внукова В.А. Указ.соч. С. 21.

<sup>112</sup> Витрук Н.В. Общая теория правового положения личности. М.: НОРМА, 2008. Доступ из СПС КонсультантПлюс..

восстановительно-компенсаторных видов юридической ответственности. Однако, как дисциплинарная, так и административная ответственность относятся к карательно-штрафным мерам.

В настоящее время государство стремится детально регулировать каждый шаг медицинского работника (порядки оказания медицинской помощи, медицинские стандарты, протоколы диагностики и лечения), провизора (стандартные операционные процедуры), государственного служащего (регламенты) и др.<sup>113</sup>. То есть деятельность каждой категории работников детально регламентируется, и роль работодателя в регулировании отношений внутри организации объективно снижается. Нужна ли сегодня дисциплинарная ответственность или этот вид ответственности уходит в прошлое, и рассматривать возможность совместного применения административной и дисциплинарной ответственности уже не актуально? Полагаем, в этой связи, необходимо согласиться с С.Е. Чанновым, который указывает, что дисциплинарная ответственность должна остаться, так как у нее есть ряд преимуществ. К ним относятся простота и оперативность применения; гибкость используемых мер воздействия на нарушителя; наглядность для других работников<sup>114</sup>. Да и вообще, дисциплинарная ответственность один из способов налаживания нормального функционирования организации.

При этом отметим, что на сегодняшний день основаниями применения дисциплинарной ответственности являются как нарушение работником режима работы, так и неисполнение им своей трудовой функции. Если трудовые функции работника детально регламентируются государством, то, возможно, правильным было бы и к ответственности за их невыполнение привлекать от лица государства и применять меры административной ответственности. Административная ответственность в сфере здравоохранения результат проведения мероприятий по государственному контролю (надзору), в результате проведения которых выявлены нарушения действующего

---

<sup>113</sup> Внукова В.А. О правовом статусе медицинских работников // Медицинское право. 2017. № 1. С. 25–27.

<sup>114</sup> Чаннов С.Е. Указ. соч. С. 63.

законодательства, совершение действий, «несущих опасность для общества»<sup>115</sup>. Здесь же следует согласиться с В.А. Внуковой, в том, что сегодня, следует ограничить возможность применения дисциплинарных взысканий в отношении проступков, которые носят публичный характер, т.е. нарушают установленные государством правила и нормы, выходят (или могут выйти) за рамки конкретной организации, причиняют (или могут причинить) вред общественным интересам. Ответственность за такие деяния должна быть административной<sup>116</sup>. Например, врач, нарушивший установленный порядок оказания медицинской помощи, совершает проступок, носящий публичный характер, так как его действиями причиняется вред охраняемым общественным интересам, и должен быть наказан в административном порядке. За такое правонарушение ответственность должна быть административная.

Дисциплинарная ответственность возникает, если имело место нарушение положений, действующих внутри учреждения: опоздание, нарушение внутреннего порядка, небрежное отношение к инструменту, оборудованию, неуважительное отношение к пациенту и др. Такое правонарушение представляет опасность прежде всего для интересов работодателя<sup>117</sup>. Дисциплинарное наказание должно способствовать предупреждению публичных правонарушений. Разделение правонарушений на публичные и непубличные позволяет исключить необходимость применения двух карательных видов ответственности за совершение одного проступка физическим или должностным лицом (в рассматриваемом контексте медицинским работником) при исполнении трудовых обязанностей.

При этом, для вышеуказанного подтверждения тезиса приведем несколько дополнительных аргументов. Уголовная, административная и дисциплинарная ответственность являются карательными мерами. Все эти

---

<sup>115</sup> Серков П.П. Административная ответственность в российском праве: современное осмысление и новые подходы: Монография. М.: Норма, Инфра-М, 2012. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>116</sup> Внукова В.А. Проблемы применения юридической ответственности в сфере здравоохранения // Медицинское право. 2018. № 4. С. 22.

<sup>117</sup> Серков П.П. Указ. соч. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

меры ответственности объединяет обязательное наличие вины (в отличие от гражданско-правовой или материальной ответственности). В отношении преступлений принцип о недопустимости повторного осуждения за одно и то же преступление закреплен в Конституции РФ. Прямого запрета на привлечение к административной и дисциплинарной ответственности за совершение одного проступка нет, однако если за более тяжкое деяние нельзя привлекать к ответственности дважды, то за менее тяжкий проступок этот принцип также должен действовать. На этот вывод нас в частности наталкивает содержание Постановления Конституционного Суда РФ от 21 марта 2013 года № 6-ПНа, в котором указано, что «согласно статье 50 (часть 1) Конституции Российской Федерации никто не может быть повторно осужден за одно и то же преступление. Названная норма, по ее буквальному смыслу, распространяется на случаи привлечения к уголовной ответственности, однако это не означает, что Конституция Российской Федерации допускает неоднократное привлечение к административной или дисциплинарной ответственности за одно и то же деяние, установленный ею запрет, в котором нашел отражение общеправовой принцип *non bis in idem*, направлен, как указал Конституционный Суд Российской Федерации в Постановлении от 11 мая 2005 года № 5-П<sup>118</sup>, на обеспечение правовой безопасности и правовой определенности и стабильности. Исходя из природы юридической ответственности как формы реакции на конкретное правонарушение в целях устранения или смягчения последствий правонарушения либо наказания правонарушителя, а также предотвращения новых правонарушений, повторное привлечение лица к одному и тому же виду ответственности за одно и то же деяние было бы вопреки названному общеправовому принципу ответственностью без правонарушения, что недопустимо в правовом государстве»<sup>119</sup>.

Здесь же следует отметить, что военнослужащие, граждане, призванные на военные сборы, лица, имеющие специальные звания, сотрудники

---

<sup>118</sup> Постановление Конституционного Суда РФ от 11 мая 2005 года № 5-П // Российская газета. 2005. № 106.

<sup>119</sup> Постановление Конституционного Суда РФ от 21 марта 2013 года № 6-П // Российская газета. 2013. № 71.



Следственного комитета Российской Федерации, органов внутренних дел, войск национальной гвардии Российской Федерации, органов и учреждений уголовно-исполнительной системы, Государственной противопожарной службы и таможенных органов не признаются субъектами по ряду административных правонарушений, а несут дисциплинарную ответственность. То есть совершение названными лицами административного правонарушения по общему правилу является основанием для привлечения их к дисциплинарной ответственности в соответствии с регламентирующими их деятельность документами. Тем самым в отношении государственных служащих силовых ведомств, совершивших правонарушения при исполнении обязанностей, законодатель исключает возможность применения административного и дисциплинарного наказания. Полагаем, что нет оснований для удвоения ответственности и для лиц, не являющихся государственными служащими. Здесь же отметим, что и административная, и дисциплинарная ответственность реализуется путем применения к виновным лицам принудительных мер, которые имеют характер наказания, поэтому назначение за одно и то же противоправное деяние двойного наказания нецелесообразно. Вместе с тем применение за одно и то же деяние и административной, и материальной ответственности возможно, поскольку материальная ответственность, в отличие от административной, выполняет лишь праввосстановительную функцию.

Таким образом, исследовав вопросы, связанные с ответственностью медицинских работников можно заключить, что:

1. Юридическая ответственность как сложная, многоаспектная категория является видовой разновидностью социальной ответственности. Юридическая ответственность от социальной отличается прежде всего тем, что она:

- а) обладает строго форматизированными, властно-императивными началами;
- б) всегда предусмотрена законодательством; наступает за правонарушение при наличии состава правонарушения в полном виде;
- в) выражается в

неблагоприятных последствиях для правонарушителя (лишении или ограничении определенных социальных благ прав, свобод, имущества и другое); г) возлагается и реализуется в строгих процессуальных формах, которые содержатся в законе и другие. При этом юридическая ответственность делится на определенные виды, в соответствии с отраслевым критерием: а) гражданская; б) административная; в) уголовная; г) дисциплинарная; д) материальная; е) процессуальная; ж) конституционная.

2. Нынешняя государственная политика, направленная на стандартизацию и детальное регулирование действий работников как в общем социально значимых отраслей, так и в сфере охраны здоровья в частности, приводит к необходимости более скрупулезного контроля этой деятельности как со стороны самой системы здравоохранения (самоконтроль), так и со стороны надзорных государственных органов, что в свою очередь, выявляет некоторые проблемы: а) саморегулирование в сфере охраны здоровья пока только зарождается и не может обеспечить выполнение стандартов; б) количество проверяющих со стороны государственных надзорных органов увеличить сложно, т.к. во-первых, ограничен бюджет, во-вторых, бизнес-структуры возражают против этого.

3. Наблюдается тенденция к усилению ответственности за правонарушения в сфере охраны здоровья граждан. Причем здесь речь идет не о росте числа дел о привлечении медицинских организаций к гражданско-правовой ответственности, инициированных лицами, которым была предоставлена некачественная услуга, а об увеличении числа собственно составов административных правонарушений, субъектами ответственности по которым являются лечебные и фармацевтические организации и их сотрудники.

4. Необходимо, в случаях, когда деяние любого субъекта (а не только государственного либо муниципального служащего, как предлагает С.В. Чаннов) представляет собой одновременно и административное правонарушение, и дисциплинарный проступок, определять вид

ответственности по степени публичности деяния и цели наказания. Полагаем, что предлагаемое решение вопроса применения нескольких видов ответственности за совершение правонарушения работником при исполнении им должностных обязанностей не ограничивается областью здравоохранения, а может быть распространено на решение спорных вопросов юридической ответственности в других областях.

## § 2.2 Проблемы правового регулирования труда медицинских работников

Приступая к выявлению проблем правового регулирования, труда медицинских работников, отметим, что прежде всего актуальность таких проблем связана не только с недостатками правового регулирования труда медицинских работников, но и спецификой их труда, направленного на сохранение здоровья граждан. Не зря ученые отмечают, что на сегодняшний день правовое регулирование профессиональной деятельности медицинских работников слабо разработано, отчего в частности, уровень отечественного здравоохранения отстает от мирового<sup>120</sup>. Здесь же следует указать, что на сегодняшний день законодательное закрепление прав пациента является более полным, а права медицинских работников отражены крайне опосредованно, особенно в трудовом праве. Эти и другие проблемные моменты не позволяют в полной мере приблизиться к решению задач, поставленных Президентом РФ в части доступности современной медицинской помощи, ориентированности в вопросах здравоохранения на самые передовые мировые стандарты и другого<sup>121</sup>. В этой связи, необходимость переосмысления, дополнения,

---

<sup>120</sup> Долинская Л.М. Государственный контроль в сфере здравоохранения // Законы России: опыт, анализ, практика. 2017. № 6. С. 30.; Желомеева Н.В. Правовое регулирование оплаты труда медицинских работников организаций частной системы здравоохранения при внешнем совместительстве и сверхурочной работе // Трудовое право в России и за рубежом. 2017. № 4. С. 44.

<sup>121</sup> Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 01 марта 2018 года // Российская газета. 2018. № 46.

разработки новых норм, регулирующих трудовую деятельность медицинских работников все более актуальна. Она диктуется, помимо вышеуказанных моментов и стремительно развивающимся техническим прогрессом, все более усложняющимися общественными отношениями и др.

Одним из таких проблемных вопросов, связанных с трудовыми отношениями медицинских работников, является вопрос определения порядка работы, в особенности в условиях сокращенного рабочего времени тех сотрудников, которые заняты на работах с вредными и/или опасными условиями труда. Конституцией РФ в части 3 статьи 37 закреплено право каждого человека на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд без какой бы то ни было дискриминации и не ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда, а также право на защиту от безработицы. Содержание обозначенной конституционной нормы позволяет непосредственно применять ее при регулировании трудовых отношений медицинских работников.

Основным нормативно-правовым актом при регулировании данного вопроса является Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности»<sup>122</sup>. Прежде всего, необходимо обратить внимание на понятие рабочего времени, которое содержится в части 1 статьи 91 ТК РФ: «Рабочее время – время, в течение которого работник в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и условиями трудового договора должен исполнять трудовые обязанности, а также иные периоды времени, которые в соответствии с настоящим Кодексом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации относятся к рабочему времени». Частью 2 статьи 91 ТК РФ предусмотрено, что нормальная

---

<sup>122</sup> Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» // Российская газета. 2003. № 33.

продолжительность рабочего времени не может превышать 40 часов в неделю. В связи со спецификой их деятельности, допустимая продолжительность рабочего времени для медицинских работников установлена в пределах, не превышающих 39 часов в неделю, т.е. сокращенное рабочее время. При этом Правительством РФ в вышеуказанном Постановлении от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» установило перечень должностей и специальностей медицинского персонала с иной продолжительностью рабочего времени:

36 часов в неделю (инфекционные и кожно-венерологические больницы, лаборатории по диагностике ВИЧ-инфекций, станции скорой помощи и т.д.);

33 часа в неделю (осуществление исключительного амбулаторного приема больных, физиотерапевтические и стоматологические кабинеты);

30 часов (туберкулезные организации, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомические отделения);

24 часа (осуществление гамма-терапии и гамма-облучения).

Основание для установления сотрудникам медицинских организаций режима работы во вредных и/или опасных условиях труда являются специальная оценка условий труда, по результатам которой в трудовом договоре указывается класс этих условий. В ситуации с медицинскими работниками к таковым можно отнести напряженность и стрессовость работы, контактирование с ВИЧ-инфицированными пациентами и т.п.

Здесь особо следует уделить внимание вопросу, касающемуся рабочего времени врачей, занимающихся исключительно амбулаторным приемом. Как было указано выше, нормативно-правовым актом подзаконного уровня для этой категории работников установлена сокращенная 33-часовая рабочая неделя. Но поскольку, на практике эти врачи выполняют еще и работу на участках по своим врачебным «должностям», профилактическую работу (здесь в основном имеются ввиду врачи, работающие в городах), то вопрос

относительно того, какова должна быть в этом случае норма рабочего времени для этой категории работников, в законе не решен. На эту проблему, в свое время обращала внимание Н.А. Иванова<sup>123</sup>, которая помимо прочего указывала, что врачи в этой ситуации как бы выпадают из правового регулирования и вынуждены трудиться больше, чем им положено<sup>124</sup>. Следует отметить, что до сегодняшнего дня на законодательном уровне изменений так и не последовало (на эту и другие проблемы с определением продолжительности рабочего времени для медицинских работников указывают ученые и практики до сегодняшнего дня<sup>125</sup>). В этой связи, а также вместе с тем фактом, что проблема до сих пор актуальна и не решена предлагается в Постановлении Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» в случае привлечения таких работников к другой работе (помимо амбулаторного приема), входящей в их трудовую функцию, установить максимальную продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю.

Это позволит не только на более высоком уровне защитить медицинских работников, но и устранить существующий пробел в правовом регулировании. Помимо этого, для снятия и без того существенной трудовой загруженности врачей (особенно в тех медицинских организациях где ощущается острая нехватка медицинских кадров) необходимо, чтобы первичный доврачебный амбулаторный прием (измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, антропометрических данных, снятие электрокардиограммы и т.д.)

---

<sup>123</sup> Иванова Н.А. Работа медицинских работников за пределами установленной продолжительности рабочего времени // Вестник Омского университета. Серия. Право. 2006. № 2. С. 94.

<sup>124</sup> Апелляционное определение Свердловского областного суда от 20 марта 2018 года по делу № 33-5024/2018. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс; Апелляционное определение Верховного суда Республики Татарстан от 28 марта 2016 года № 33-5333/2016. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс; Апелляционное определение Самарского областного суда от 18 февраля 2014 года № 33-1721/2014. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>125</sup> Булыга Н. Суммированный учет рабочего времени: сложные ситуации // Трудовое право. 2012. № 3. С. 91; См. Филипова И.А. Указ. соч. С. 17–21.

вели медицинские сестры. В тоже время медицинской сестре возможно передать часть письменной работы по заполнению медицинской документации.

Здесь также следует отметить, что как указывают Е.В. Муравьева и И.В. Чурляева в среднем у одного участкового врача-педиатра или терапевта только 25 часов уходит на вызовы на дом (в некоторых населенных пунктах, где имеется острая нехватка медицинских работников, эта цифра значительно больше), причем примерно более одной третьей из их числа бывают необоснованными. Наиболее частыми необоснованными вызовами являются вызовы: к пожилым людям по поводу хронических заболеваний или беспокойств, отсутствия человеческого общения; людям молодого и среднего возраста, находящимся в состоянии алкогольного опьянения и получившим бытовые травмы на этой почве и так далее<sup>126</sup>.

Причем здесь немало важным является тот факт, что такие вызовы по системе обязательного медицинского страхования (далее по тексту – ОМС) не оплачиваются<sup>127</sup>. Только по этому поводу государство ежегодно в среднем терпит убытков на сумму более 3-х миллиардов рублей<sup>128</sup>. В этой связи, представляется верным официально оплачивать необоснованные вызовы, как и работу медицинских работников «за пределами» рабочего дня. Помимо этого, следует отметить, что на законодательном уровне установлена административная ответственность в статье 19.13 КоАП РФ за заведомо ложный вызов специализированных служб. Однако установленное за такое правонарушение административное наказание в виде административного штрафа (от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей) не покрывает даже один вызов бригады скорой помощи застрахованному лицу, проживающему в

---

<sup>126</sup> Постановление Курганского областного суда от 29 сентября 2017 года № 4А-460/2017, 4А-461/2017. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс; Постановление Челябинского областного суда от 23 сентября 2016 года № 4а16-851/2016. Документ опубликован не был. Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>127</sup> Муравьева Е.В. Проблемы реализации права пациента на выбор врача и медицинской организации // Медицинское право. 2018. № 1. С. 30.; Раткина Р. Врача вызывали? // «КатренСтиль» Онлайн журнал для фармацевтических и медицинских работников. URL: [www.katrenstyle.ru/articles/journal/conflict/vracha\\_vyizyivali](http://www.katrenstyle.ru/articles/journal/conflict/vracha_vyizyivali) (дата обращения: 03.04.2019).

<sup>128</sup> Минздрав: около 3,5 млрд руб. в год идет на оплату необоснованных вызовов // Информационное телеграфное агентство России (ИТАР-ТАСС). URL: [tass.ru/obschestvo/5098599](http://tass.ru/obschestvo/5098599). (дата обращения: 03.04.2019).

Челябинской области (по Челябинской области на 2018 год согласно Приложению 18/2 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 19 декабря 2017 года № 625-ОМС<sup>129</sup> определен тариф за вызов скорой медицинской помощи в размере 2 438,20 рублей). В этой связи, необходимо размер административного штрафа за заведомо ложный вызов специализированных служб (в частности скорой медицинской помощи) уравнивать с тарифом за вызов скорой медицинской помощи. Это позволит снять с государства убытки, которые, как мы указали выше, оно терпит ежегодно от необоснованных вызовов только скорой медицинской помощи. Помимо вышеуказанного, для решения обозначенной проблемы необходимо на самом высоком уровне организовывать социальную помощь пожилым людям (дома-интернаты, больницы сестринского ухода и т.д.), а также проводить более активную санитарно-просветительскую работу с населением.

При изучении структуры рабочего дня врача, осуществляющего только амбулаторный прием пациентов, А.А. Косенко удалось вычислить количество затрачиваемого времени на определенные действия, совершаемые врачом. В процессе работы было выяснено, что подготовка рабочего места и перерывы занимают около 4,6% отведенного времени на амбулаторный прием. Непосредственно на контакт с пациентом и его обследование занимает у врача-терапевта 60,1% и консультации по их проблемам 13,8% рабочего времени врача при продолжительности амбулаторного приема 5 часов. Оформление медицинской документации, включая выписку рецептов, листков нетрудоспособности, эпикризов занимает 16,8% рабочего дня. Время непроизводительных затрат, в том числе несанкционированные перерывы, консультации с коллегами, отсутствие доступа медицинской информационной

---

<sup>129</sup> Приложение 18/2 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 19 декабря 2017 года № 625-ОМС // Официальный сайт Министерство здравоохранения Челябинской области. URL: <http://www.zdrav74.ru/node/7980>. (дата обращения: 03.04.2019).



системе 4,7%<sup>130</sup>. Таким образом, представленные данные указывают на необходимость пересмотра традиционного способа планирования рабочего времени медицинского персонала.

Помимо этого, на наш взгляд, более четко локальными нормативно-правовыми актами должны быть урегулированы вопросы, связанные с дежурством медицинских работников, «дежурствами на дому», работой в ночное время, выходные и праздничные дни. При этом отметим, что дежурством на дому означает пребывание медицинского работника на дому в ожидании вызова, а также готовность в случае необходимости прибыть в медицинское учреждение для оказания неотложной помощи. Дежурства вводятся в пределах нормы рабочего времени. Специфика такой формы работы проявляется прежде всего, в учете отработанного времени, затраченного на исполнение трудовых обязанностей на «дежурстве на дому» как в дневное, так и в ночное время, учитывается только как полчаса за каждый час дежурства. Часть 6 статьи 350 ТК РФ содержит единственную формулировку о том, что «... Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период». Но такие переработки, естественно происходят, например, за счет выездов для оказания экстренной и неотложной помощи по сан. авиации лицам, проживающим в сельской местности. Такие выезды происходят до четырех раз в месяц вне зависимости от уже имеющихся ночных дежурств, что говорит о чрезмерной нагрузке, приходящейся на долю врача за один месяц. При этом «дежурства на дому» не могут рассматриваться как сверхурочная работа<sup>131</sup>.

В соответствии с положениями статьи 95 ТК РФ продолжительность рабочего дня или смены, непосредственно предшествующих нерабочему

---

<sup>130</sup> Косенко А.А. Бюджет рабочего времени лечащего врача типовой городской поликлиники и нормообразующие факторы // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 4. С. 277.

<sup>131</sup> Лумпов В.В. Проблемы правового регулирования оказания медицинской помощи медицинскими работниками, не состоящими в штате медицинской организации // Медицинское право. 2018. № 4. С. 45.

праздничному дню, должна уменьшаться на один час как при 5-дневной, так и при 6-дневной рабочей неделе. Такое сокращение не производится в отношении работников с сокращенной продолжительностью рабочего дня. В медицинских учреждениях эта норма зачастую не соблюдается, т.к. больница – это непрерывно действующая организация, оказывающая круглосуточно медицинскую помощь населению. Более того, в выходные и праздничные дни ночные дежурства врачей сильно осложняются, отмечается увеличение числа поступающих больных. Привлечение медицинских работников к работе в выходные и нерабочие праздничные дни, приходящиеся на дежурство, не компенсируются материально, другой выходной день им также не предоставляется.

Здесь также следует отметить, что исключительная социальная значимость трудовой деятельности медицинских работников по оказанию медицинской помощи населению обуславливает необходимость обеспечения непрерывного режима работы лечебно-профилактических учреждений. Помимо вышеназванных особенностей, это обстоятельство еще и предполагает выполнение профессиональных обязанностей за пределами рабочего времени сверхурочно и по совместительству (статья 97 ТК РФ). При этом сверхурочные работы в сфере охраны здоровья граждан обладают своей спецификой. Так, например, вызов медицинского работника на работу после окончания его рабочего дня для оказания неотложной помощи больному не относится ни к одному из предусмотренных частью 2 статьи 99 ТК РФ случаев, когда привлечение к сверхурочной работе осуществляется без согласия самого работника. Вместе с тем, получение согласия работника и учет мнения профсоюзной организации вряд ли удастся соблюсти с учетом срочности оказываемой медиками помощи. Помимо этого, необходимо указать, что под совместительством понимается выполнение работником другой регулярно оплачиваемой работы на условиях трудового договора в свободное от основной работы время. Исходя из смысла словосочетания следует, что «другие работы»

могут предполагать выполнение идентичных трудовых функций, а основной противоположностью «другой работе» является «основная работа». По общей норме трудового законодательства для совместительства предусмотрены некоторые ограничения, касающиеся прежде всего: а) продолжительности рабочего времени по совместительству (при сокращенной продолжительности рабочего времени); б) запрета работать по совместительству на работе с вредными и/или опасными условиями труда, если основная работа связана с такими же условиями. Помимо этого, в отношении медицинских работников имеются «свои» уточнения, согласно Постановлению Правительства РФ от 04 апреля 2003 года № 197 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» указанные категории работников вправе осуществлять работу по совместительству как по месту их основной работы (внутреннее совместительство), так и в других организациях, в том числе по аналогичной должности, специальности, профессии, и в случаях, когда установлена сокращенная продолжительность рабочего времени<sup>132</sup>. Во исполнение вышеуказанного Постановления Правительства РФ было принято Постановление Минтруда РФ от 30 июня 2003 № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры»<sup>133</sup> (далее по тексту – Постановление № 41). Пункт 2 Постановления № 41 перечисляет случаи, когда выполнение иной, неосновной работы, не будет являться совместительством и не требует заключением трудового договора. Применительно к медицинским работникам это деятельность по проведению медицинской экспертизы с разовой оплатой, консультирование не более 300 часов в год, педагогическая работа и заведование кафедрой/факультетом, дежурство медицинских работников сверх

---

<sup>132</sup> Постановление Правительства РФ от 04 апреля 2003 года № 197 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры». Доступ из СПС КонсультантПлюс.

<sup>133</sup> Постановление Министерства Труда и социальной защиты от 30 июня 2003 № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры». Доступ из СПС КонсультантПлюс.

месячной нормы рабочего времени по графику. Из содержания Постановления № 41 не совсем понятно, как в подобной ситуации будут оформляться трудовые отношения врача с медицинскими учреждениями, в одном из которых его работа является основной, в другом по совместительству. На практике медицинское, образовательное или иное учреждение все-таки заключают трудовой договор<sup>134</sup> (по совместительству, на неопределенный срок) при условии, что продолжительность работы по совместительству не будет превышать половины месячной нормы по основной работе. Одной из распространенных форм совместительства является заключение договора с медицинским работником в качестве дежурного врача. В этом случае дежурством является работа в смену для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, приходящая на вечернее или ночное время, выходные и праздничные дни по основной должности либо в установленной по соглашению сторон и в соответствии с графиком другое время.

Помимо вышеуказанного, также, следует отметить и тот факт, что отдых медицинских работников имеет большое значение не только для них самих, но и для пациентов. В этой связи в науке уже выдвигалась идея разработать нормативно-правовой акт, предусматривающий регулирование режима рабочего времени и времени отдыха врачей и других медицинских работников, в котором все указанные проблемы были бы учтены и так или иначе нашли свое разрешение<sup>135</sup>. Здесь следует заметить, что подобный нормативно-правовой акт для других категорий работников существует и эффективно функционирует<sup>136</sup>, однако применительно к медицинским работникам такого нормативно-правового акта разработано не было.

---

<sup>134</sup> Романов С.В. Современные проблемы нормативно-правового регулирования труда медицинских работников по совместительству // Медицинское право. 2017. № 1. С. 49.

<sup>135</sup> Иванов А.И. Особенности трудового договора с медицинскими работниками: Автореф. дис. канд. юрид. наук / А.И. Иванов. М., 2007. С. 18. URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie2026900.html> (дата обращения: 15.03.2019).

<sup>136</sup> Приказ Министерства транспорта РФ от 16 мая 2003 года № 133 «Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха работников плавающего состава судов внутреннего водного транспорта» // Российская газета. 2003. № 181.

Стремительное развитие технологий не обошло стороной и сферу здравоохранения. В 2013 году в России должен был быть запущен федеральный сервис Интегрированной электронной медицинской карты (далее по тексту – ИЭМК), объединяющий воедино все электронные медицинские карты. Кратко отметим, что вообще идею электронной медицинской карты, или, точнее, «проблемно-ориентированной медицинской карты» (Problem Oriented Medical Record) предложил американский исследователь Лари Вид (Larry Weed) в конце 1960-х годов<sup>137</sup>. На сегодняшний день такой электронный подход к ведению истории болезни пациента действует уже в трети государств, состоящих во Всемирной организации здравоохранения<sup>138</sup>.

Идея ИЭМК в России стала основой для разработки проекта национального стандарта (ГОСТ)<sup>139</sup>. Данным стандартом установлены общие требования к созданию, ведению и использованию информационных систем типа «электронная история болезни» при оказании медицинской помощи и обмена имеющейся информацией между медицинскими организациями. Что касается хранения ИЭМК, то входящие в нее электронные персональные медицинские записи могут храниться как централизованно, так и в различных медицинских организациях. Персональная медицинская запись (далее по тексту – ПМЗ) может содержать описание проведенного осмотра или обследования (лабораторного или инструментального), консультации, назначения, выполненной операции или процедуры, заключения о состоянии больного и т.д. Совокупность таких записей, выполненных традиционным способом в конкретном медицинском учреждении, составляет историю болезни или амбулаторную карту пациента. Здесь же отметим, что основными принципами работы системы ИЭМК являются: а) неизменность и достоверность данных на

---

<sup>137</sup> Храмовская Н.А. Американский опыт использования электронных медицинских документов // Врач и информационные технологии. 2013. № 4. С. 56–66.

<sup>138</sup> Соколенко Н.Н. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий: некоторые проблемы правового регулирования // Медицинское право. 2018. № 4. С. 17.

<sup>139</sup> Приказ Ростехрегулирования от 27 декабря 2006 года № 407-ст «ГОСТ Р 52636-2006. Национальный стандарт Российской Федерации. Электронная история болезни. Общие положения» // ИУС «Национальные стандарты». 2009. № 6. URL: <https://www.gost.ru/portal/gost/>. (дата обращения: 07.04.2019).

протяжении всего периода хранения; б) регламентация прав доступа и конфиденциальность; в) персонифицируемость (возможность определить автора и происхождение записи в любой момент времени – цифровая подпись).

Отчасти жесткий контроль над правильностью, полнотой и своевременностью оформления первичной медицинской документации, на наш взгляд, связан с риском для медицинской организации уплаты штрафа в размере от 2 до 100% финансового обеспечения, предоставляемого данной организации. Помимо этого, территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее по тексту – ТФОМС) вправе вовсе не оплачивать затраты, понесенные медицинским учреждением на оказание медицинской помощи. Надзор со стороны ТФОМС ведется также за размещением медицинской организацией соответствующей информации в сети интернет. Отдельно обратим внимание на тот факт, что за выполнение лечебных мероприятий или оперативных вмешательств с нарушением срока, но не повлиявших существенно на состояние здоровья пациента, устанавливается штраф 3% от предоставленного финансового обеспечения, в то время, как несоответствие дат и объема оказанной помощи в различных документах, некорректное оформление реестров счетов на оплату, исправление и дописки в истории болезни наказываются штрафными санкциями в размере 100%, часть которых, естественно удерживается из заработной платы медицинского работника.

Новая электронная система, по своей идее, призвана упростить процедуру внесения и хранения медицинских записей (лабораторных, рентгеновских, записей лечащего врача) по сравнению с бумажной. У пациента тоже появится возможность вносить информацию о состоянии собственного здоровья, что обеспечивает большую его вовлеченность в лечебный процесс и повышает качество лечения. Помимо этого, медицинские организации смогут быстрее формировать аналитические отчеты для оптимизации управления потоками пациентов. В этой связи, доступ ко все имеющейся информации должен быть

строго регламентирован. Ответственность за содержание и последующее использование документами возлагается на его автора и регламентируется нормативными документами, определяющими правила работы с медицинскими документами в конкретной организации. Однако стоит заметить, что полномасштабное внедрение ИЭМК в регионах может занять много лет, а возможно и десятилетия и потребовать значительных расходов бюджетных средств, несмотря на то, что первое тестирование данного проекта было начато несколько лет назад в нескольких медицинских учреждениях города Москвы (Городская клиническая больница имени С.П. Боткина и Городская клиническая больница № 1 имени Н.И. Пирогова). На сегодняшний день полный переход от бумажных к электронным медицинским картам не осуществлен пока ни в одной стране в мире.

Однако, есть некоторые страны, которые на более высоком уровне смогли внедрить данную технологию. Так, по сообщениям Еврокомиссии, в Европе «наибольших успехов в переходе на технологии электронных медицинских карт добилась Дания, начавшая свое движение в данном направлении 15 лет назад. Сейчас все медицинские учреждения этой скандинавской страны компьютеризированы, и врачи могут получать доступ к электронным медицинским картам пациентов из любого ЛПУ»<sup>140</sup>. При этом есть государства, которые в определенной мере сомневаются в положительных результатах такого проекта. Например, в Великобритании проект «электронизации здравоохранения» стартовал в 2004 году и уже обошелся в сумму, близкую к 20 млрд. долларов (14 млрд фунтов стерлингов). Первоначальный срок завершения проекта – 2010 год, после передвинули на 2015-й, сейчас проект не завершен и многие эксперты сомневаются в том, что в ближайшие годы проект будет полностью реализован. Среди главных проблем выделяют несколько

---

<sup>140</sup> Старчиков М.Ю. Электронная медицинская карта в отечественном здравоохранении: юридическая регламентация и судебная практика // Подготовлен для системы КонсультантПлюс, 2018. Доступ из СПС КонсультантПлюс..

факторов: а) невозможность стандартизованных внедрений в медицинских организациях; б) сопротивление медицинских работников<sup>141</sup>.

В это связи следует отметить, что учитывая специфику любого вида медицинской деятельности, организация рабочего времени медицинского персонала и его стандартизация крайне трудный процесс для лечебного учреждения. Поэтому с введением ИЭМК целью оказания медицинской помощи должно оставаться лечение и здоровье пациента, а не слепое соответствие документации бюрократическим стандартам. Некоторые ученые, в связи с этим выражают опасения того, что медицинские работники окажутся в еще более тяжелом положении т.к., при неполной отмене бумажных носителей информации и постепенного введения электронного документооборота медработники станут выполнять двойную работу (вести записи на бумаге и в электронном виде). Помимо этого отмечается и проблема того свойства, что старшему поколению медицинских работников, в основной своей массе, сложнее осваивать высокие технологии и на заполнение электронной медицинской карты у них уходит больше времени чем заполнение бумажных форм<sup>142</sup>.

Таким образом, в заключении параграфа отметим, что:

1. Одним проблемных вопросов, связанных с трудовыми отношениями медицинских работников, является вопрос определения порядка работы, в условиях сокращенного рабочего времени врачей, ведущих амбулаторный прием. Для этой категории медицинских работников законом установлена сокращенная 33-часовая рабочая неделя. Однако поскольку на практике эти врачи выполняют еще и работу на участках по своим врачебным «должностям», профилактическую работу и т.д., то вопрос относительно того, какова должна быть в этом случае норма рабочего времени для этой категории работников, в законе не решен. В этой связи предлагается в Постановлении

---

<sup>141</sup> Старчиков М.Ю. Указ.соч.

<sup>142</sup> Осадчая С.В. Сокращение бумажной работы врача // Руководитель медицинской организации. 2016. № 7. URL: <https://diseases.medelement.com/material/64471403019255> (дата обращения: 07.04.2019); Степанов С.Н. «Лечение» медицины продолжается // Руководитель бюджетной организации. 2017. № 5. С. 59.



Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» в случае привлечения таких работников к другой работе (помимо амбулаторного приема), входящей в их трудовую функцию, установить максимальную продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю. Это позволит не только на более высоком уровне защитить медицинских работников, но и устранить существующий пробел в правовом регулировании.

2. Другой проблемный вопрос связан с выездами медицинских работников и оказанием медицинской помощи вне медицинской организации. По статистике в среднем у одного участкового врача-педиатра или терапевта 25 часов только уходит на вызовы на дом причем примерно более одной третьей из их числа бывают необоснованными (вызовы к пожилым людям по поводу хронических заболеваний или беспокойств, отсутствия человеческого общения, алкогольное опьянение и бытовые травмы на этой почве и т.п.). Немаловажным является тот факт, что такие вызовы по системе ОМС не оплачиваются. Только по этому поводу государство ежегодно в среднем терпит убытков на несколько миллиардов рублей. Предусмотренный законом административный штраф за ложный вызов специализированных служб (от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей) не покрывает даже один вызов бригады скорой помощи застрахованному лицу, проживающему в Челябинской области (в Челябинской области на 2018 год определен тариф за вызов скорой медицинской помощи в размере 2 438,20 рублей). В этой связи, представляется верным официально оплачивать необоснованные вызовы. Помимо этого, также необходимо размер административного штрафа за заведомо ложный вызов специализированных служб (в частности скорой медицинской помощи) уравнивать с тарифами за вызов скорой медицинской помощи. Это позволит снять с государства убытки, которые оно терпит ежегодно от необоснованных вызовов только скорой медицинской помощи. Здесь же для решения

обозначенной проблемы необходимо на самом высоком уровне организовывать социальную помощь пожилым людям (дома-интернаты, больницы сестринского ухода и т.д.), а также проводить более активную санитарно-просветительскую работу с населением.

3. Проблемные вопросы, связанные с активным переходом на электронный документооборот, свидетельствую о необходимости научной разработки мер по «облегчению» ежедневной работы медицинского персонала, дифференцированной оплаты их труда с учетом сложности и объема выполняемой работы и внесения соответствующих изменений в законодательство. Здесь необходимо обязательно привлекать к такой работе не только ученых, но и самих медицинских работников, чтобы по возможности на ранней стадии исключить все негативные факторы, которые могут повлиять не те или иные разработки, которые будет необходимо внедрять в практику. Более того, следует очень аккуратно заниматься заимствованием иностранных разработок и идей, т.к. любое слепое заимствование приведет к негативным результатам. Также отметим, что заполнение сопутствующих осмотру и лечению медицинской документации на первый взгляд деятельность, имеющая не первостепенную важность в работе врача. Но известны судебные и экспертные случаи, когда именно соблюдение правильного оформления документации избавляло медицинского работника от судебного преследования. Только грамотно и правильно оформленная первичная медицинская документация позволяет врачу избежать конфликтных ситуаций с работодателем и санкций со стороны надзорных государственных органов. Очень часто оформление медицинской документации осуществляется медицинскими работниками далеко за пределами основного рабочего времени, особенно в группе врачей-специалистов. Учитывая тот объем нормативно-правовых актов, которые регулируют ведение и оформление первичной медицинской документации, следует подчеркнуть актуальность введения системы по электронному заполнению медицинской документации (с учетом

вышеизложенного), что будет способствовать не только значительной экономии рабочего времени на бюрократических процедурах, но и выделения освободившегося времени на другие обязанности.

На основании изложенного в данной главе, можно сделать вывод, что в России сложилась правовая база по вопросам регулирования труда и ответственности, возникающих из правового статуса медицинского работника, которая требует внесения некоторых изменений и дополнений. Правовое регулирование охраны здоровья граждан становится одной из наиболее сложных и важных задач внутренней политики Российской Федерации. В этой связи, в целом, вопросы труда и ответственности медицинских работников это не только правовое явление, но и важнейшая часть социального регулирования, а требования и чаяния медицинских работников многообразны. Однако механизмы рыночного хозяйства очень чутко реагируют на пренебрежение принципом эффективности, создавая новые проблемы там, где используемые способы правового регулирования, будучи, казалось бы, достаточно дееспособными и приемлемыми для всех, не вполне соответствуют требованиям рынка. Исправить же ситуацию в этих сферах непросто, поскольку экономической необходимости противостоят политические соображения и группы интересов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении отметим, что нами были выполнены все поставленные в работе задачи, а по итогу достигнута цель. Отдельно отметим наиболее важные историко-теоретические и практические выводы:

1. Правовой статус медицинского работника прошел долгую историю становления и развития. Уже во античные времена Древняя Греция и Древний Рим сделали существенные шаги в закреплении правового статуса медицинского работника в более современном понимании, где предусматривались уже не только исключительно вопросы ответственности или отдельно оговаривались некоторые права и обязанности, а все эти вопросы затрагивались в совокупности. Что же касается становления и развития правового статуса медицинского работника в России, то следует отметить, что в доимперский период были отдельные попытки урегулировать отдельные элементы правового статуса медицинского работника (ответственность и др.), но комплексного подхода не наблюдалось. Комплексный же подход к определению правового статуса медицинского работника начинает проявляться с времени правления Петра I (начало имперского периода) на фоне масштабных военно-политических и социально-экономических изменений, происходивших в России. В XVIII веке происходит зарождение и развитие правовой базы, системно регламентирующей сферу здравоохранения. Во второй половине XVIII века в ходе административных реформ, реализуемых в Российской империи, государственный механизм управления здравоохранением в целом развивался с элементами преемственности ранее принятых решений в данной сфере. Вследствие этого к первой половине XIX века структура органов управления здравоохранением «приобрела» определенную завершенность и логичность, а правовой статус медицинских работников был в достаточной степени регламентирован и находился под надзором государства, а правовая база данной деятельности продолжала совершенствоваться в рамках правовой

системы Российской империи вплоть до 1917 года. С наступлением советского периода нельзя однозначно говорить, что правовое регулирование системы здравоохранения, а вместе с ним и правового статуса медицинского работника, было одинаковым на всем протяжении существования советского государства. Имел место определенный прогресс в вопросах правового регулирования. Государство практически монопольно владело организационно-управленческими и финансовыми ресурсами, направленными на медицинскую деятельность. Важным является факт разработки различных инструкций, распоряжений, приказов, регламентирующих отдельные вопросы в области медицинской деятельности. Правовой статус медицинского работника в советской России при этом также находился в постоянном развитии начиная с революционных преобразований в стране, когда не было ни правовой базы как таковой, ни образовательных, научных учреждений, ни высококвалифицированных специалистов, заканчивая детальную разработку и закреплением прав и обязанностей, привилегий, льгот, ответственности медицинских работников, в конце 60-х годов XX века. К моменту развала СССР можно полагать, что начинается новый этап в правовом регулировании медицинской деятельности, т.к. изменяющийся политический строй, усложняющиеся общественные отношения и др. факторы справедливо на это указывают.

2. Современное состояние правового статуса медицинского работника в общем как сложной комплексной правовой категории представляет собой совокупность элементов, позволяющих отразить правовое положение медицинского работника в данном обществе. В широком понимании правовой статус медицинского работника представляет собой совокупность прав, свобод, обязанностей, гарантий и льгот, а также юридической ответственности, которые позволяют отразить правовое положение медицинского работника в данном обществе и при этом отграничить его от других категорий «работников». Структурно правовой статус включает в себя следующие

элементы: а) принципы права, которые лежат в основе правового положения личности; б) правовые нормы, закрепляющие этот статус; в) правосубъектность; г) основные права и свободы, обязанности; д) юридические гарантии и льготы; е) юридическая ответственность. При этом, ядром правового статуса являются именно права, свободы и обязанности, но это не умаляет значения остальных структурных элементов правового статуса медицинского работника, ибо только в совокупности все эти элементы представляют собой правовой статус медицинского работника. Здесь же отметим, что правовой статус медицинского работника регулируется не исключительно нормами «медицинского права», некоторые элементы правового статуса раскрываются в трудовом, уголовном и др. отраслях права.

3. Термином медицинский работник, помимо «медицинского права», в разных аспектах его понимания используют и другие отрасли права (например, уголовное право при определении уголовно-правового регулирования общественных отношений). Однако в трудовом праве, как источнике для правового статуса медицинского работника, положений, устанавливающих определенные права, обязанности, льготы и др. данный термин, именно в трудовом значении не употребляется, что вносит определенную правовую неясность, как в теории, так и на практике. Это не может положительно сказаться на качестве и стабильности правового регулирования общественных отношений. Более того, в этой связи, законодательная техника, как фундамент законотворческой деятельности, требует соблюдения определенных принципов: а) принцип конкретности, определенности формулировок закона (законопроекта); б) принцип ясности (понятности) и полноты формулировок закона; г) принцип отсутствия противоречий как внутри нормативно-правового акта, так и в системе законодательства. Исходя из этого, считаем необходимым, для устранения вышеуказанных недостатков, закрепить на уровне ТК РФ определение медицинского работника, которое внесет определенную правовую ясность в теории и на практике, а также позволит

более полно, точно, ясно определить элементы правового статуса медицинского работника. Тем более, что другие категории работников (педагогические работники, работники транспорта и др.) законодатель определил в ТК РФ.

4. Медицинские работники не являются публичными служащими, т.к. не осуществляют управленческих полномочий и не выступают представителями власти. Это обосновывается несколькими аргументами. Укажем некоторые из них. Во-первых, при определении правового статуса медицинского работника законом акцент ставится исключительно на осуществлении медицинской деятельности, но не на реализации управленческих полномочий. Кроме того, содержание главы 9 ФЗ РФ № 323, также предполагает непосредственное оказание ими медицинской помощи, без загромождения его излишними полномочиями. Во-вторых, медицинские учреждения, в которых трудятся медицинские работники, подведомственны органам управления здравоохранения, но не являются ими. Это свидетельствует о том, что медицинские организации не являются и не могут являться органом государственной власти или местного самоуправления.

5. На сегодняшний день наблюдается тенденция к усилению ответственности за правонарушения в сфере охраны здоровья граждан. Причем здесь речь идет не о росте числа дел о привлечении медицинских организаций к гражданско-правовой ответственности, инициированных лицами, которым была предоставлена некачественная услуга, а об увеличении числа собственно составов административных правонарушений, субъектами ответственности по которым являются лечебные и фармацевтические организации и их сотрудники. В этой связи вопрос соотношения видов юридической ответственности, а в особенности дисциплинарной и административной является крайне актуальным. Необходимо, в случаях, когда деяние медицинского работника, представляет собой одновременно и административное правонарушение, и дисциплинарный проступок, определять вид ответственности по степени публичности деяния и цели наказания. Полагаем, что предлагаемое решение

вопроса применения нескольких видов ответственности за совершение правонарушения работником при исполнении им должностных обязанностей не ограничивается областью здравоохранения, а может быть распространено на решение спорных вопросов юридической ответственности в других областях.

6. Существенным проблемным вопросом, связанным с трудовыми отношениями медицинских работников, является вопрос определения порядка работы, в условиях сокращенного рабочего времени врачей, ведущих амбулаторный прием. Для этой категории медицинских работников законом установлена сокращенная 33-часовая рабочая неделя. Однако поскольку на практике эти врачи выполняют еще и работу на участках по своим врачебным «должностям», профилактическую работу и т.д., то вопрос относительно того, какова должна быть в этом случае норма рабочего времени для этой категории работников, в законе не решен. В этой связи предлагается в Постановлении Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» в случае привлечения таких работников к другой работе (помимо амбулаторного приема), входящей в их трудовую функцию, установить максимальную продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю. Это позволит не только на более высоком уровне защитить медицинских работников, но и устранить существующий пробел в правовом регулировании.

7. Также проблемным является вопрос, связанный с выездами медицинских работников и оказанием медицинской помощи вне медицинской организации. По статистике в среднем более одной третьей из числа вызовов врачей на дом бывают необоснованными (вызовы к пожилым людям по поводу хронических заболеваний или беспокойств, отсутствия человеческого общения, алкогольное опьянение и бытовые травмы на этой почве и т.п.). Такие вызовы по системе ОМС не оплачиваются. Только по этому поводу государство ежегодно в среднем терпит убытков на несколько миллиардов рублей.



Предусмотренный законом административный штраф за ложный вызов специализированных служб (от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей) не покрывает даже один вызов бригады скорой помощи застрахованному лицу, проживающему в Челябинской области (по Челябинской области на 2018 год определен тариф за вызов скорой медицинской помощи в размере 2 438,20 рублей). В этой связи, представляется верным официально оплачивать необоснованные вызовы. Помимо этого, также необходимо размер административного штрафа за заведомо ложный вызов специализированных служб (в частности скорой медицинской помощи) уравнивать с тарифами за вызов скорой медицинской помощи. Это позволит снять с государства убытки, которые оно терпит ежегодно от необоснованных вызовов только скорой медицинской помощи. Здесь же для решения обозначенной проблемы необходимо на самом высоком уровне организовывать социальную помощь пожилым людям (дома-интернаты, больницы сестринского ухода и т.д.), а также проводить более активную санитарно-просветительскую работу с населением.

На основании вышеизложенного, предлагаем следующее для совершенствования действующего законодательства.

## **1. Предложение о закреплении в ТК РФ термина «Медицинский работник»**

### **Законодательно не установлено**

В ТК РФ на сегодняшний день законодательно не предусмотрен термин «Медицинский работник».

### **Недостатки**

Термином медицинский работник, помимо «медицинского права», в разных аспектах его понимания используют и другие отрасли права (например, уголовное право при определении уголовно-правового регулирования общественных отношений). Однако в трудовом праве, как источнике для правового статуса медицинского работника, положений, устанавливающих

определенные права, обязанности, льготы и др. данный термин, именно в трудовом значении не употребляется, что вносит определенную правовую неясность, как в теории, так и на практике. Это не может положительно сказаться на качестве и стабильности правового регулирования общественных отношений. Более того, в этой связи, законодательная техника, как фундамент законотворческой деятельности, требует соблюдения определенных принципов: а) принцип конкретности, определенности формулировок закона (законопроекта); б) принцип ясности (понятности) и полноты формулировок закона); г) принцип отсутствия противоречий как внутри нормативно-правового акта, так и в системе законодательства.

### **Предложение**

Дополнить главу 40 раздела XII ТК РФ статьей 352.1 следующего содержания:

«Основные понятия, используемые в настоящем разделе:

1. Медицинский работник – это физическое лицо, обладающее высшим медицинским и послевузовским медицинским образованием либо средним медицинским образованием, имеющее сертификат специалиста, занимающее по трудовому договору должности по полученной специальности в медицинских организациях».

### **Обоснование**

Данное нововведение поможет внести определенную правовую ясность в теории и на практике, а также позволит более полно, точно, ясно определить элементы правового статуса медицинского работника. Тем более, что другие категории работников (педагогические работники, работники транспорта и др.) законодатель определил в ТК РФ.

## **2. Предложение о закреплении трудового статуса медицинского работника в ТК РФ**

### **Законодательно установлено**

В ТК РФ Законодательно не определен трудовой статус медицинского работника.

### **Недостатки**

Существующее проблемное положение, связанное с противоречиями между ТК РФ и ФЗ РФ № 323 в рамках определения медицинского работника, недостаточностью описанных в статье 350 ТК РФ особенностей правового регулирования труда медицинских работников вносит существенный разлад как в теории, так и на практике. Более того правовое регулирование других более «ценных» категорий работников (работники транспорта, педагогические работники и др.) было в полной мере обозначено в ТК РФ.

### **Предложение**

1. Статью 350 ТК РФ признать утратившей силу.
2. Дополнить раздел XII ТК РФ главой 54.2 следующего содержания:  
«Глава 54.2. Особенности регулирования труда медицинских работников  
Статья 348.13 Общие положения

Положения настоящей главы устанавливают особенности регулирования трудовых отношений с медицинскими работниками...».

### **Обоснование**

Вносимое изменение позволит решить ряд вопросов и противоречий в теории и на практике, а также устранить несправедливость по отношению к медицинским работникам по примеру других категорий работников (работники транспорта, педагогические работниками и другие).

### **3. Предложение об установлении максимальной продолжительности рабочего времени медицинских работников, ведущих амбулаторный прием** **Законодательно установлено**

В пункте 1 Постановления Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» установлено: «Установить для медицинских работников следующую сокращенную продолжительность рабочего времени в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности:

36 часов в неделю – по перечню согласно приложению № 1;

33 часа в неделю – по перечню согласно приложению № 2;

30 часов в неделю – по перечню согласно приложению № 3;

24 часа в неделю – для медицинских работников, непосредственно осуществляющих гамма-терапию и экспериментальное гамма-облучение гамма-препаратами в радиоманипуляционных кабинетах и лабораториях.».

#### **Недостатки**

Существующее законодательное положение, устанавливающее сокращенное рабочее время для медицинских работников, ведущих амбулаторный прием является проблемным как в теории, так и на практике, т.к. на практике эти врачи выполняют еще и работу на участках по своим врачебным «должностям», профилактическую работу и т.д. В этой связи, вопрос относительно того, какова должна быть в этом случае норма рабочего времени для этой категории работников, в законе не решен.

#### **Предложение**

Пункт 1 Постановления Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» дополнить абзацем шестым следующего содержания: «В случае привлечения таких работников к другой работе (помимо амбулаторного приема), входящей в их

трудовую функцию, установить максимальную продолжительность рабочего времени не более 36 часов в неделю».

### **Обоснование**

Данное нововведение поможет не только на более высоком уровне защитить медицинских работников, но и устранить существующий пробел в правовом регулировании.

## **4. Предложение об увеличении размера административного штрафа за ложный вызов медицинских работников**

### **Законодательно не установлено**

В статье 19.13 КоАП РФ установлено:

«Заведомо ложный вызов пожарной охраны, полиции, скорой медицинской помощи или иных специализированных служб – влечет наложение административного штрафа в размере от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей».

### **Недостатки**

По статистике в среднем у одного участкового врача-педиатра или терапевта 25 часов только уходит на вызовы на дом причем примерно более одной третьей из их числа бывают необоснованными (вызовы к пожилым людям по поводу хронических заболеваний или беспокойств, отсутствия человеческого общения, алкогольное опьянение и бытовые травмы на этой почве и т.п.). Немаловажным является тот факт, что такие вызовы по системе ОМС не оплачиваются. Только по этому поводу государство ежегодно в среднем терпит убытков на несколько миллиардов рублей. Предусмотренный законом административный штраф за ложный вызов специализированных служб (от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей) не покрывает даже один вызов бригады скорой помощи застрахованному лицу, проживающему в Челябинской области (по Челябинской области на 2018 год определен тариф за вызов скорой медицинской помощи в размере 2 438,20 рублей).

### **Предложение**

Абзац второй статьи 19.13 КоАП РФ изложить в следующей редакции:

«влечет наложение административного штрафа в размере от двух тысяч пятисот до четырех тысяч рублей».

### **Обоснование**

Данное предложение позволит урегулировать на более высоком уровне административно-правовые отношения и «снять» с государства убытки, которые оно терпит ежегодно от необоснованных вызовов только скорой медицинской помощи.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Конституция Российской Федерации, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года // Российская газета. – 1993. – № 237.

2. Конвенция о защите прав человека и основных свобод (Заключена в г. Риме 04 ноября 1950 года) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 2. – Ст. 163.

3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 года № 195-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2002. – № 1. – Ст. 1.

4. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 года № 197-ФЗ // Российская газета. – 2001. – № 256.

5. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 года № 63-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 25. – Ст. 2954.

6. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

7. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. – 2010. – № 274, 275.

8. Федеральный закон Российской Федерации от 02 марта 2007 года № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2007. – № 10. – Ст. 1152.

9. Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2004 года № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2004. – № 31. – Ст. 3215.

10. Федеральный закон Российской Федерации от 15 ноября 1997 года № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 47. – Ст. 5340.

11. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 01 марта 2018 года // Российская газета. – 2018. – № 46.

12. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 04 декабря 2014 года // Российская газета. – 2014. – № 278.

13. Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 года № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (вместе с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»)» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2008. – № 47. – Ст. 5489.

14. Постановление Правительства Российской Федерации от 04 апреля 2003 года № 197 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры». Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

15. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» // Российская газета. – 2003. – № 33.

16. Приказ Министерства Труда и социальной защиты Российской Федерации от 07 ноября 2017 года № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.04.2019).

17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2016 года № 647н «Об утверждении Правил надлежащей



аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения» [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 13.04.2019).

18. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2016 года № 646н «Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения» [Электронный ресурс] // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 13.04.2019).

19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» // Российская газета. – 2013. – № 65.

20. Постановление Министерства Труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 июня 2003 № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры». Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

21. Приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 16 мая 2003 года № 133 «Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха работников плавающего состава судов внутреннего водного транспорта» // Российская газета. – 2003. – № 181.

22. Отраслевые особенности бюджетного учета в системе здравоохранения Российской Федерации (утверждены Министерством здравоохранения и социального развития РФ). Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

23. Приказ Ростехрегулирования от 27 декабря 2006 года № 407-ст «ГОСТ Р 52636-2006. Национальный стандарт Российской Федерации. Электронная история болезни. Общие положения» [Электронный ресурс] //

ИУС «Национальные стандарты». – 2009. – № 6. – URL: [www.gost.ru/portal/gost/](http://www.gost.ru/portal/gost/) (дата обращения: 07.04.2019).

24. Приложение 18/2 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 19 декабря 2017 года № 625-ОМС [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерство здравоохранения Челябинской области. – URL: <http://www.zdrav74.ru/node/7980> (дата обращения: 03.04.2019).

25. Проект Федерального закона Российской Федерации № 1093620-6 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс] // Автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности Государственной Думы. – URL: [asozd.duma.gov.ru/main.nsf/\(Spravka\)?Open](http://asozd.duma.gov.ru/main.nsf/(Spravka)?Open) (дата обращения: 13.04.2019).

26. Закон Советских Социалистических Республик от 19 декабря 1969 года № 4589-VII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (утратил силу) // Ведомости Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик. – 1969. – № 52. – Ст. 466.

27. Закон Союза Советских Социалистических Республик от 15 марта 1946 года «О преобразовании Совета Народных Комиссаров Союза Советских Социалистических Республик в Совет министров Союза Советских Социалистических Республик и Советов Народных Комиссаров союзных и автономных республик в Советы Министров союзных и автономных республик» (утратил силу) // Вестник Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик. – 1946. – № 10. Ст. 31.

28. Постановление Совета Народных Комиссаров Союза Советских Социалистических Республик от 15 сентября 1937 года № 1607 (утратило силу)

«О порядке проведения медицинских операций» // Собрание законов Союза Советских Социалистических Республик. – 1937. – № 62. – Ст. 274.

29. Закон Российской Советской Федеративной Социалистической Республики от 29 июля 1971 года «О здравоохранении» (утратил силу) // Ведомости Верховного Совета Российской Советской Федеративной Социалистической Республики. – 1971. – № 31. – Ст. 56.

30. Декрет Всесоюзного Центрального Исполнительного Комитета, Совета Народных Комиссаров Российской Советской Федеративной Социалистической Республики от 01 декабря 1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников» (утратил силу) // Собрание узаконений Российской Советской Федеративной Социалистической Республики. – 1924. – № 88. – Ст. 892.

#### Судебная и другая правоприменительная практика

31. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 21 марта 2013 года № 6-П // Российская газета. – 2013. – № 71.

32. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 11 мая 2005 года № 5-П // Российская газета. – 2005. – № 106.

33. Постановление Европейского суда по правам человека от 09 октября 2014 года Дело «Коновалова (Kononvalova) против Российской Федерации» (жалоба № 37873/04) // Бюллетень Европейского Суда по правам человека. – 2015. – № 1. – С 18.

34. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 09 июля 2013 года № 24 «О судебной практике по делам о взяточничестве и об иных коррупционных преступлениях» // Российская газета. – 2013. – № 154.

35. Постановление Пленума Верховного суда Российской Федерации от 16 октября 2009 года № 19 «О судебной практике по делам о злоупотреблении должностными полномочиями и о превышении должностных полномочий» // Российская газета. – 2009. – № 307.

36. Определение Верховного Суда Российской Федерации от 25 июля 2016 года № 13-КГ16-7. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

37. Апелляционное определение Московского городского суда от 06 апреля 2018 года № 33-14538/2018. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

38. Апелляционное определение Свердловского областного суда от 20 марта 2018 года по делу № 33-5024/2018. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

39. Апелляционное определение Курганского областного суда от 29 марта 2018 года № 33-956/2018. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

40. Апелляционное постановление Свердловского областного суда от 28 ноября 2017 года № 22-8920/2017. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

41. Постановление Курганского областного суда от 29 сентября 2017 года № 4А-460/2017, 4А-461/2017. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

42. Постановление Челябинского областного суда от 23 сентября 2016 года № 4а16-851/2016. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

43. Апелляционное определение Верховного суда Республики Татарстан от 28 марта 2016 года № 33-5333/2016. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

44. Апелляционное определение Свердловского областного суда от 15 октября 2014 года № 33-13760/2014. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

45. Апелляционное определение Самарского областного суда от 18 февраля 2014 года № 33-1721/2014. Документ опубликован не был. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

#### Учебники, учебные пособия, комментарии

46. Административно-правовые вопросы укрепления государственной дисциплины [Электронный ресурс] / Е.В. Шорина, Ц.А. Ямпольская; Отв. ред.: Н.А. Вендиктов. – М.: Изд-во АН СССР, 1955. – 184 с. – URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie18523.html> (дата обращения: 13.04.2019).

47. Бахрах, Д.Н. Административная ответственность [Электронный ресурс] / Отв. ред.: А.В. Рыбин. – Пермь, 1966. – 193 с. – URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie1293.html> (дата обращения: 15.03.2019).

48. Бобров, О.Е. Медицинские преступления: правда и лож / О.Е. Бобров. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 200 с. // [Электронный ресурс]. – URL: <http://lawlibrary.ru/article1206919.html> (дата обращения: 17.04.2019).

49. Волков, А.М. Административное право в вопросах и ответах: Учебное пособие. – М: Проспект, 2018. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

50. Громов, А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников / А.П. Громов. – М.: Медицина, 1976. – 168 с.

51. Евразийское трудовое право: Учебник [Электронный ресурс] / Е.А. Волк, Е.С. Герасимова, С.Ю. Головина и др.; под общ. ред. М.В. Лушниковой, К.С. Раманкулова, К.Л. Томашевского. – М: Проспект, 2017. – 495 с. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=2> (дата обращения: 13.04.2019).

52. Загоскин, Н.П. Врачи и врачебное дело в старинной России [Электронный ресурс] / Н.П. Загоскин. – Казань: Тип. Императорского

Университета, 1891. – 72 с. – URL: [e-biblio.ru/xbook/new/xbook0001/files/course/0028\\_Zagoskin-Vrach.pdf](http://e-biblio.ru/xbook/new/xbook0001/files/course/0028_Zagoskin-Vrach.pdf) (дата обращения: 13.04.2019).

53. Комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (постатейный) / Ю.В. Беянинова, Т.С. Гусева, Н.А. Захарова, Л.В. Савина и др. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

54. Матузов, Н.И. Теория государства и права: Учебник / Н.И. Матузов, А.В. Малько. – М: Издательский дом «Дело», 2017. – 529 с.

55. Мохов, А.А. Основы медицинского права Российской Федерации: (Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации) [Электронный ресурс] / А.А. Мохов. – М.: Проспект, 2015. – 374 с. – URL: [biblioclub.ru/index.php?page=book\\_red&id=251827](http://biblioclub.ru/index.php?page=book_red&id=251827) (дата обращения: 26.04.2019).

56. Новицкий, И.Б. Основы римского гражданского права [Электронный ресурс]: Учебник / И.Б. Новицкий. – М: Проспект, 2015. – 272 с. – URL: [biblioclub.ru/index.php?page=book\\_red&id=251828](http://biblioclub.ru/index.php?page=book_red&id=251828) (дата обращения: 06.04.2019).

57. Ноздрачев, А.Ф. Государственная служба [Электронный ресурс]: Учебник / А.Ф. Ноздрачев – М.: Статут, 1999. – 592. – URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie24687.html> (дата обращения: 03.05.2019).

58. Петров, А.Я. Дисциплинарная ответственность работников: Практическое пособие / А.Я. Петров. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 89 с.

59. Проблемы теории государства и права: Учебник [Электронный ресурс] / Г.Ю. Носаненко, Н.Н. Рыбушкин, А.В. Скоробогатов, А.В. Краснов. – Казань: Познание, 2013. – 324 с. – URL: [biblioclub.ru/index.php?page=book\\_red&id=257772](http://biblioclub.ru/index.php?page=book_red&id=257772) (дата обращения: 24.04.2019).

60. Соловьев, С.Г. Муниципальное право России: Учебник. М.: ИНФРА-М, 2013. – 411 с.

61. Сорокина, Т.С. История медицины: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. 8-е изд., стер. – М.: Изд-во «Академия», 2008. – 560 с.

62. Стеценко, С.Г. Медицинское право: Учебник / С.Г. Стеценко – СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. – 570 с.

63. Теория государства и права: Учебник / А.С. Пиголкин, А.Н. Головистикова, Ю.А. Дмитриев; под ред. А.С. Пиголкина. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Юрайт. 2010. – 744 с.

64. Теория государства и права [Электронный ресурс]: Учебник для вузов / ред. М.М. Рассолова. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2015. – 735 с. – URL: [biblioclub.ru/index.php?page=book\\_red&id=118358](http://biblioclub.ru/index.php?page=book_red&id=118358) (дата обращения: 08.04.2019).

65. Хрестоматия по истории государства и права зарубежных стран: Учебное пособие / Сост. В.Н. Садиков. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ТК Велби; Проспект, 2005. – 768 с.

#### Статьи и другие научные публикации

66. Белоколодова, Т.И. Современный трудовая правовой статус медицинского работника и его особенности [Электронный ресурс]: Дис. канд. юрид. наук / Т.И. Белоколодова. – СПб., 2013. – 192 с. – URL: [dissert.spbu.ru/files/phd\\_spsu/disser/kH6wKy4qGW.pdf](http://dissert.spbu.ru/files/phd_spsu/disser/kH6wKy4qGW.pdf) (дата обращения: 08.04.2019).

67. Бойко, Ю.П. К вопросу о правовом статусе медицинского работника / Ю.П. Бойко, И.П. Галь // ГлавВрач. – 2010. – № 9. – С. 64–69.

68. Блажко, П.К. Совокупность правонарушений по советскому праву [Электронный ресурс]: Автореф. дис. канд. юрид. наук / П.К. Блажко. – Казань, 1983. – URL: [law.edu.ru/book/book.asp?bookID=48496](http://law.edu.ru/book/book.asp?bookID=48496) (дата обращения: 15.03.2019).

69. Булыга, Н. Суммированный учет рабочего времени: сложные ситуации / Н. Булыга // Трудовое право. – 2012. – № 3. – С. 91–104.

70. Витрук, Н.В. Общая теория правового положения личности / Н.В. Витрук. – М.: НОРМА, 2008. Доступ из справочно-правовой системы Консультант Плюс.

71. Войтенков, Е.А. Становление и развитие основ государственного управления и законодательства в сфере здравоохранения в Российской империи: теоретические и историко-правовые аспекты / Е.А. Войтенков // История государства и права. – 2014. – № 21. – С. 59–62.

72. Волков, А.С. Криминалистическая классификация в методике расследования подлога документов / А.С. Волков, Д.А. Мозговая, В.Ф. Финогенов // Российский следователь. – 2018. – № 4. – С. 6–10.

73. Внукова, В.А. К вопросу об административной ответственности за нарушение законодательства в сфере здравоохранения / В.А. Внукова // Медицинское право. – 2017. – № 6. – С. 50-51.

74. Внукова, В.А. О правовом статусе медицинских работников / В.А. Внукова // Медицинское право. – 2017. – № 1. – С. 18-23.

75. Внукова, В.А. Проблемы применения юридической ответственности в сфере здравоохранения / В.А. Внукова // Медицинское право. – 2018. – № 4. – С. 18–19.

76. Головина, С.Ю. Особенности трудового статуса медицинских работников / С.Ю. Головина // Медицинское право. – 2013. – № 6. – С. 22-23.

77. Голубев, С.И. Экологическое преступление: в лабиринте определений / С.И. Голубев // Lex russica. – 2017. – № 9. – С. 134–147. Доступ из Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

78. Горяинов, А.А. Профессиональная ответственность медицинских работников [Электронный ресурс] / А.А. Горяинов // Петербургский юрист. – 2015. – № 3. – URL: [rosmedconsulting.ru /news24 /postid/own\\_news/94](http://rosmedconsulting.ru/news24/postid/own_news/94) (дата обращения: 15.03.2019).



79. Долинская, Л.М. Государственный контроль в сфере здравоохранения / Л.М. Долинская // Законы России: опыт, анализ, практика. – 2017. – № 6. – С. 29–35.

80. Доровских, Л.В. Латинско-русский словарь / Л.В. Доровских, Н.В. Галинова. – Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2012. – 256 с. – URL: <http://biblioclub.ru/index.=book&id=240422> (дата обращения: 06.04.2019).

81. Елина, Н.К. Историко-правовые аспекты формирования законодательства о медицинской деятельности в годы становления Советского государства / Н.К. Елина // История государства и права. – 2011. – № 13. – С. 17–20.

82. Жаданов, И.Л. Основания дисциплинарной ответственности военнослужащих по советскому праву [Электронный ресурс]: Дис. канд. юрид. наук / И.Л. Жаданов. – М., 1991. – 336 с. – URL: [lawlibrary.ru/article2205400.html](http://lawlibrary.ru/article2205400.html) (дата обращения: 15.03.2019).

83. Желомеева, Н.В. Правовое регулирование оплаты труда медицинских работников организаций частной системы здравоохранения при внешнем совместительстве и сверхурочной работе / Н.В. Желомеева // Трудовое право в России и за рубежом. – 2017. – № 4. – С. 44–46.

84. Иванов, А.И. Особенности трудового договора с медицинскими работниками [Электронный ресурс]: Автореф. дис. канд. юрид. наук / А.И. Иванов. – М., 2007. – 26 с. – URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie2026900.html> (дата обращения: 15.03.2019).

85. Иванова, Н.А. Работа медицинских работников за пределами установленной продолжительности рабочего времени / Н.А. Иванова // Вестник Омского университета. Серия. Право. – 2006. – № 2. – С. 94–98.

86. Канунникова, Л.В. Коррупционные преступления в медицинской практике на территории Новосибирской области / Л.В. Канунникова, Н.А. Морозова // Медицинское право. – 2018. – № 2. – С. 16-19.

87. Кирова, Т.А. Соотношение понятий «медицинский работник» и «публичный служащий» // Медицинское право. – 2018. – № 1. – С. 19–23.

88. Ковалевский, М.А. Управление правовым риском в профессиональной медицинской деятельности [Электронный ресурс] / М.А. Ковалевский // Медицина и право: материалы конференции «Медицина и право в XXI веке» (Санкт-Петербург, 01 июля 2010 года). – СПб.: Издат. дом СПбГУ, 2011. – Вып. 2. – С. 75–76. – URL: [lawlibrary.ru/article2197294.html](http://lawlibrary.ru/article2197294.html) (дата обращения: 15.03.2019).

89. Коленков, А.А. Правовой режим оказания услуг по законодательству Российской Федерации / А.А. Коленков // Юрист. – 2017. – № 3. – С. 20–21.

90. Кондратьев, С.М. Механизм дисциплинарной и административной ответственности военнослужащих // Военное право: электрон. научн. изд. – 2015. – № 3 // СПС КонсультантПлюс. – URL: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 15.03.2019).

91. Косенко, А.А. Бюджет рабочего времени лечащего врача типовой городской поликлиники и нормообразующие факторы [Электронный ресурс] / А.А. Косенко // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. – С. 277. – URL: [elibrary.ru/item.asp?id=22285604](http://elibrary.ru/item.asp?id=22285604) (дата обращения: 03.04.2019).

92. Лахтин, М.Ю. Медицина и врачи в Московском государстве (в допетровской Руси) / М.Ю. Лахтин. – М.: Унив. тип., 1906. – 140 с.

93. Липинский, Д.А. Общая теория юридической ответственности [Электронный ресурс]: Дис. д-ра. юрид. наук / Д.А. Липинский. – Саратов. 2004. – 487 с. – URL: <http://lawlibrary.ru/disser2017854.html> (дата обращения: 10.04.2019).

94. Лумпов, В.В. Проблемы правового регулирования оказания медицинской помощи медицинскими работниками, не состоящими в штате медицинской организации / В.В. Лумпов // Медицинское право. – 2018. – № 4. – С. 42–45.

95. Малыгина, Т.А. Сочетание дисциплинарной и административной ответственности сотрудников органов внутренних дел [Электронный ресурс] / Т.А. Малыгина // Вестник Удмуртского университета. – 2015. – Т. 25. – Вып. 6. – С. 154–159. – URL: [vestnik.udsu.ru/files/origins.pdf](http://vestnik.udsu.ru/files/origins.pdf) (дата обращения: 15.03.2019).
96. Манохин, В.М. Советская государственная служба [Электронный ресурс] / В.М. Манохин. – М.: Юрид. лит., 1966. – 195 с. – URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie5619.html> (дата обращения: 15.03.2019).
97. Матузов, Н.И. Личность. Права Демократия. Теоретические проблемы субъективного права / Н.И. Матузов. – Саратов: Изд-во Сарат. ун-та. 1972. – 292 с.
98. Метушевская, Т.И. Генезис научных концепций государственной службы в трудах ученых XIXXX вв. [Электронный ресурс] / Т.И. Метушевская // Auditorium. – 2014. – № 2. – С. 102–110. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/genezis-nauchnyh-kontseptsiy-gosudarstvennoy-sluzhby-v-trudah-uchenyh-xix-xx-vv> (дата обращения: 03.05.2019).
99. Минздрав: около 3,5 млрд руб. в год идет на оплату необоснованных вызовов [Электронный ресурс] // Информационное телеграфное агентство России (ИТАР-ТАСС). – URL: [tass.ru/obschestvo/5098599](http://tass.ru/obschestvo/5098599) (дата обращения: 03.04.2019).
100. Мирский, М.Б. Медицина России XXX веков: очерки истории [Электронный ресурс] / М.Б. Мирский. – М.: РОССПЭН, 2005. – URL: <https://www.booksite.ru/ancient> (дата обращения: 14.04.2019).
101. Муравьева, Е.В. Проблемы реализации права пациента на выбор врача и медицинской организации / Е.В. Муравьева, И.В. Чурляева // Медицинское право. – 2018. – № 1. – С. 30-34.
102. Нечаева, А.М. К вопросу о совершенствовании Семейного кодекса РФ / А.М. Нечаева // Российская юстиция. – 2017. – № 4. – С. 16-18.

103. Озова, Н.А. Врач как субъект должностного преступления / Н.А. Озова // Медицинское право. – 2017. – № 5. – С. 33-37.

104. Орлов, В.С. Субъект преступления по советскому уголовному праву [Электронный ресурс] / В.С. Орлов. – М.: Госюриздат, 1958. – 260 с. – URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie4334.html> (дата обращения: 01.05.2019).

105. Осадчая, С.В. Сокращение бумажной работы врача [Электронный ресурс] / С.В. Осадчая // Руководитель медицинской организации. – 2016. – № 7. – URL: [diseases.medelement.com/materia5](http://diseases.medelement.com/materia5) (дата обращения: 07.04.2019)

106. Печникова, О.Г. Возникновение государственной медицины в России (историко-правовой аспект) / О.Г. Печникова // Медицинское право. – 2009. – № 3. – С. 38–39.

107. Печникова, О.Г. Организационно-правовые основы деятельности государственных лечебно-профилактических учреждений в России: историко-правовое исследование [Электронный ресурс]: Автореф. дис. канд. юрид. наук / О.Г. Печникова. – М. 2007. – 24 с. – URL: <http://lawlibrary.ru/izdanie62250.html> (дата обращения: 13.04.2019).

108. Печникова, О.Г. Становление советской системы здравоохранения с 1917 по 1930 гг. (историко-правовой подход) / О.Г. Печникова // Социальное и пенсионное право. – 2010. – № 2. – С. 17–18.

109. Пушкарева, А.Н. Правовая природа защиты врачебной (или медицинской) тайны по законодательству Российской Федерации // Власть Закона. – 2016. – № 1. – С. 196–203.

110. Разрешительная система в Российской Федерации: Научно-практическое пособие [Электронный ресурс] / Л.Ю. Акимов, Л.В. Андриченко, Е.А. Артемьева и др.; отв. ред. А.Ф. Ноздрачев. М.: ИЗиСП, ИНФРА-М, 2015. СПС Консультант Плюс. – URL: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 10.04.2019).

111. Раткина, Р. Врача вызывали? [Электронный ресурс] / Р. Раткина // «КатренСтиль» Онлайн журнал для фармацевтических и медицинских

работников. – URL: [www.katrenstyle.ru/articles/journal/conflict/vracha\\_vyizyivali](http://www.katrenstyle.ru/articles/journal/conflict/vracha_vyizyivali) (дата обращения: 03.04.2019).

112. Романов, С.В. Современные проблемы нормативно-правового регулирования труда медицинских работников по совместительству / С.В. Романов, О.П. Абаева, М.В. Хазов // Медицинское право. – 2017. – № 1. – С. 46-49.

113. Саворщикова, Е.В. Правовой статус медицинского работника: история вопроса и современность [Электронный ресурс] / Е.В. Саворщикова, Т.В. Киржанова // Современная юриспруденция: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей V Международной научно-практической конференции (Пенза, 25 января 2018 г.). – Пенза: Наука и Просвещение, 2018. – С. 333–337. – URL: [elibrary.ru/item.asp?id=32564800](http://elibrary.ru/item.asp?id=32564800) (дата обращения: 09.04.2019).

114. Сальников, В.П. Нормативно-правовое обеспечение здравоохранения в советский период / В.П. Сальников, С.Г. Стеценко // Журнал российского права. – 2002. – № 1. – С. 152–161.

115. Санфилиппо, Ч. Курс римского частного права / пер. с итал. И.И. Маханькова. – М.: Изд-во Бек, 2002. – 400 с.

116. Сергеев, Ю.Д. Законодательное закрепление правового статуса медицинского работника актуальная проблема / Ю.Д. Сергеев, С.Б. Кузьмин // Медицинское право. – 2014. – № 4. – С. 3–7.

117. Серков, П.П. Административная ответственность в российском праве: современное осмысление и новые подходы [Электронный ресурс]: Монография. – М.: Норма, Инфра-М, 2012. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

118. Советское административное право. Административная ответственность в СССР [Электронный ресурс] / под ред. В.М. Манохина, Ю.С. Адушкина. – Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1968. – URL: [http://www.pravo.vuzlib.su/book\\_z076\\_page\\_1.html](http://www.pravo.vuzlib.su/book_z076_page_1.html). (дата обращения: 15.03.2019).

119. Согияйнен, А.А. Особенности обращения с информацией, составляющей врачебную тайну / А.А. Согияйнен // Право в Вооруженных Силах. – 2017. – № 3. – С. 26-31.

120. Соколенко, Н.Н. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий: некоторые проблемы правового регулирования / Н.Н. Соколенко, М.Е. Багнюк, Д.В. Багнюк // Медицинское право. – 2018. – № 4. – С. 14–17.

121. Старчиков, М.Ю. Электронная медицинская карта в отечественном здравоохранении: юридическая регламентация и судебная практика [Электронный ресурс] / М.Ю. Старчиков. Подготовлен для системы КонсультантПлюс. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

122. Стенограмма: Отчет Дмитрия Медведева в Госдуме о работе правительства [Электронный ресурс] // Официальный сайт Российской газеты. URL: [rg.ru/2018/04/11/stenogramma-otchet-dmitriia-medvedeva-v-gosdume-o-rabote-pravitelstva.html](http://rg.ru/2018/04/11/stenogramma-otchet-dmitriia-medvedeva-v-gosdume-o-rabote-pravitelstva.html) (дата обращения: 12.05.2019).

123. Степанов, С.Н. «Лечение» медицины продолжается / С.Н. Степанов // Руководитель бюджетной организации. – 2017. – № 5. – С. 58–59.

124. Студеникина, М. Административная ответственность должностных лиц [Электронный ресурс] / М. Студеникина // Закон. – 1998. – № 9. – С. 92–95. – URL: [lawlibrary.ru/article1016560.html](http://lawlibrary.ru/article1016560.html) (дата обращения: 15.03.2019).

125. Сучкова, Т.Е. О необходимости наделения статусом государственных служащих медицинских работников, осуществляющих медицинскую деятельность в государственных медицинских учреждениях / Т.Е. Сучкова // Медицинское право. – 2013. – № 4. – С. 20–26.

126. Тараян, С.Ф. Пробелы в правовом регулировании в области анестезиологии и реаниматологии / С.Ф. Тараян, С.Б. Кузьмин // Медицинское право. – 2009. – № 4. – С. 31–34.

127. Ташбекова, И.Ю. Медицинский кодекс: миф или реальность? (историко-правовой анализ) / И.Ю. Ташбекова // История государства и права. – 2012. – № 3. – С. 20–21.

128. Филатов, И.Т. Спорный вопрос дисциплинарной и административной ответственности [Электронный ресурс] / И.Т. Филатов, Н.В. Плюхин // Советское государство и право. – 1971. – № 10. – С. 132–135. – URL: <http://lawlibrary.ru/article1022110.html> (дата обращения: 15.03.2019).

129. Филипова, И.А. Правовое регулирование труда медицинских работников: особенности правового статуса и проблемы, имеющиеся в законодательстве / И.А. Филипова // Медицинское право. – 2016. – № 1. – С. 21.

130. Фролов, В.А. Соотношение административного правонарушения и дисциплинарного проступка [Электронный ресурс] / В.А. Фролов // Актуальные вопросы публичного права. – 2013. – № 10. – С. 47-58. – URL: [www.kizilov-inc.ru/sites/default/files/gm\\_articles/sootnosheni.pdf](http://www.kizilov-inc.ru/sites/default/files/gm_articles/sootnosheni.pdf) (дата обращения: 15.03.2019).

131. Храмцовская, Н.А. Американский опыт использования электронных медицинских документов / Н.А. Храмцовская // Врач и информационные технологии. – 2013. – № 4. – С. 56–57.

132. Чаннов, С.Е. Дисциплинарная и административная ответственность государственных и муниципальных служащих: вопросы эффективности / С.Е. Чаннов // Журнал российского права. – 2018. – № 2. – С. 59-69.

133. Чепус, А.В. Теория позитивной юридической ответственности органов исполнительной власти [Электронный ресурс]: Автореф. дис. д-ра. юрид. наук / А.В. Чепус. – М. 2016. – 64 с. – URL: <http://www.ranepa.ru/docs/dissertation/chepus-a-v-avtoreferat.pdf> (дата обращения: 13.04.2019).

134. Шадрина, Т. Вправе ли ЛПУ установить испытательный срок медицинскому работнику? / Т. Шадрина // Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2013. – № 5. Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.