

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет
(национальный исследовательский университет)»
Юридический институт
Кафедра «Трудовое, социальное право и правоведение»

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав.кафедрой ТСПиП
к.ю.н., доцент Шафикова Г.Х

«31» мая 2019г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА БАКАЛАВРА
ПРОВОДНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ЮУрГУ – 40.03.01.2015.Ю-472

Научный руководитель выпускной
квалификационной работы
д.ю.н., профессор Крылов К.Д

«31» мая 2019 г.

Автор выпускной
квалификационной работы
студент группы №472

Саидов У.К

«31» мая 2019г.

Нормоконтролер
доцент кафедры

Филиппова Э.М.

«31» мая 2019г.

Челябинск 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О РЕГУЛИРОВАНИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	6
1.1 Исторический аспект правового регулирования медицинской деятельности в Российской Федерации.....	6
1.2 Правовой статус медицинского работника	15
1.3 Элементы регулирования труда медицинских работников в зарубежных странах.....	25
ГЛАВА 2 ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	32
2.1 Особенности заключения, изменения и расторжения трудового договора с медицинским работником	32
2.2 Правовое регулирование рабочего времени и времени отдыха медицинских работников.....	48
2.3 Ответственность медицинских работников в трудовых правоотношениях.	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	75
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	76
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	87

ВВЕДЕНИЕ

Тема выпускной квалификационной работы «Правовое регулирование труда медицинских работников».

Приоритетным направлением социальной политики любого демократического государства является охрана здоровья граждан, поддержание их активной долголетней жизни и предоставление им качественной медицинской помощи. В связи с этим одной из важнейших социальных задач, решаемых нашим государством на современном этапе, является обеспечение эффективного функционирования системы здравоохранения.

Исторический опыт свидетельствует, что реальную возможность выхода из кризиса дают реформы. В связи с этим с середины 1980-х годов проводится непрерывное реформирование отечественного здравоохранения, которое получило новый виток в связи с современной концепцией модернизации здравоохранения, главной целью которой провозглашено повышение доступности и качества медицинской помощи для населения страны.

Продуктивная реализация мероприятий реформы невозможна без соответствующего кадрового обеспечения. В таких условиях особенно важным компонентом проводимых в сфере охраны здоровья преобразований становится эффективное правовое регулирование труда медицинских работников (далее также – медики, медработники), гарантировать которое необходимо через закрепление особого правового статуса соответствующих работников в сфере трудового права, который должен, с одной стороны, способствовать решению задач реформы отрасли, а с другой, – включать в себя дополнительные гарантии в целях защиты прав самих указанных лиц.

В связи с этим достижению целей реформирования в значительной степени способствует создание механизма полного и завершеного

правового регулирования труда представителей медицинской профессии, адекватного проводимым в здравоохранении реформам, особенностям медицинской деятельности и направленного на повышение заинтересованности медиков в совершенствовании профессиональных знаний, активизацию творческого потенциала каждого медработника, улучшение качества медицинской помощи, оказываемой населению, а также создание благоприятных условий труда, способствующих сохранению здоровья самих медицинских работников.

Проблематика правового регулирования трудовой деятельности медицинских работников в последние годы нашла отражение во многих научных работах таких авторов как Т.И. Акулина, Е.В. Давыдова, В.В. Данилова, Н.П. Дацко, А.А. Мохов, Ю.А. Евдокименко, А.А. Кралько, А.В. Кузнецов и др. Подробно правовой статус медицинских работников и гарантии их трудовой деятельности проанализированы в работах С.Г. Стеценко. Отдельные проблемные моменты регулирования труда медицинских работников рассмотрены в диссертациях Е.В. Лазаревой. Все вышеперечисленные работы были изучены и вошли в основу настоящего исследования.

Все вышеизложенное обуславливает актуальность выбранной темы исследования.

Объектом исследования данной работы являются трудовые правоотношения, складывающиеся между медицинскими работниками и лечебно-профилактическими учреждениями государственной и муниципальной системы здравоохранения.

Предмет исследования данной работы является совокупность правовых норм международного права, российского права (Конституция Российской Федерации и иные Федеральные законы), различные институты трудового права (рабочее время, время отдыха, оплата труда), применяемых для правового регулирования трудовых отношений медицинских работников.

Целью исследования данной работы является всестороннее изучение правового регулирования труда медицинских работников.

Для достижения поставленной цели при написании работы были поставлены следующие задачи:

1. Рассмотреть исторический аспект правового регулирования медицинской деятельности в Российской Федерации;
2. Раскрыть правовой статус медицинского работника;
3. Обозначить элементы регулирования труда медицинских работников в зарубежных странах;
4. Выявить особенности заключения, изменения и расторжения трудового договора с медицинским работником;
5. Проанализировать правовое регулирование рабочего времени и времени отдыха медицинских работников;
6. Охарактеризовать ответственность медицинских работников в трудовых правоотношениях.

Методологическую основу настоящего исследования составляют общенаучные методы: исторический, диалектический, лингвистический, статистический, а также частно-научные методы: сравнительно-правовой, историко-правовой, формально-логический и др.

Структура исследования определяется его предметом, целью, задачами и включает введение, две главы, объединяющие шесть параграфов, заключение и библиографический список.

Глава 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О РЕГУЛИРОВАНИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1.1 Исторический аспект правового регулирования медицинской деятельности в Российской Федерации

Правовые особенности регламентации медицинской деятельности в России в историческом контексте представляются важными в связи с тем, что знание аспектов регулирования медицины в прошлые исторические периоды позволит более четко представить и осознать те направления, по которым осуществлялась регламентация, обобщить имеющиеся, но разрозненные сведения по указанной проблеме, а также, базируясь на полученных результатах, предлагать пути совершенствования отечественного законодательства в сфере здравоохранения¹.

Комплексный анализ состояния и регулирования медицинского дела в Древней Руси позволяет прийти к выводу о наличии трех принципиальных разновидностей оказания медицинской помощи:

- 1) народная медицина;
- 2) монастырская медицина;
- 3) светская (городская) медицина².

Характеризуя основные черты народной медицины относительно ее регламентации, необходимо отметить, прежде всего, тесную связь с традициями язычества, верой в сверхъестественные силы. Следствием повышения роли церкви в жизни общества явилось развитие монастырской медицины. Представляется, что своим функционированием монастырская медицина способствовала внедрению в жизнь одного из принципов христианского учения, согласно которому «вера без дела мертва есть». Сама

¹ Стеценко С.Г., Сальников В.П. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России: история и современность. // Медицинское право и этика. 2003. №2. С.32

² Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Пищита А.Н. Очерки медицинского права. М.: ЦКБ РАН, 2004. С. 32.

медицинская помощь оказывалась в больницах, находящихся при монастырях. Светская (городская) медицина в Древней Руси представляла собой вариант организации медицинской помощи, при котором врачевание осуществляли лекари-профессионалы, за определенную плату и с возможностью проводить лечение больных на дому. К числу представителей светской медицины следует, как представляется, отнести также иностранных лекарей, количество которых на Руси того времени было немалым.

Наиболее значимыми источниками древнерусского права, в которых содержались аспекты регулирования врачевания, можно считать «Церковный Устав» Владимира Святославича и Правду Русскую¹.

«Церковный Устав» Владимира Святославича (конец X века) – источник права Древней Руси, содержащий нормы о брачно-семейных отношениях, преступлениях против Церкви, нравственности и семьи и др. Лекари монастырских больниц рассматривались как определенный слой населения державы – «церковные люди», а больницы относились к церковным учреждениям. Общая направленность регулирующего воздействия Церковного Устава на различные проявления функционирования церквей, монастырей делает обоснованным предположение о значительном влиянии норм устава на деятельность монастырских больниц.

Правда Русская – основной источник государственного законодательства Древней Руси, первый свод писаного русского права. Статья 2 краткой редакции и статья 30 пространной редакции предусматривают необходимость оплаты труда лекаря («летцюмзда») в случаях оказания помощи при повреждениях. Благодаря положениям первого свода писаного русского права сейчас известно о возмездном характере оказания медицинской помощи в светской медицине Древней Руси².

¹ Стеценко С.Г., Сальников В.П. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X – XVII вв.) // Журнал российского права. 2001. № 4.С. 145.

² Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Пищита А.Н. Указ. соч. С. 34.

Таким образом, применительно к существовавшим в Древней Руси вариантам медицины (народная, монастырская и светская), следует отметить более выраженное отношение норм Правды Русской именно к светской (городской) медицине, в то время как монастырская медицина регламентировалась положениями Церковного Устава Владимира Святославича, а народная – неправовыми средствами (морально-этические нормы, традиции, обычаи).

Регламентация оказания медицинской помощи во время Московского государства (XV – XVII вв.) как вторая составная часть макропериода формирования предпосылок организационно-правового регулирования медицинской деятельности в России отражала общую ситуацию в стране. Свержение татаро-монгольского ига, объединение русских земель вокруг Москвы, начало функционирования России как единого государства сыграли, без сомнения, положительную роль в деле юридической регламентации медицинской деятельности¹.

Значительную роль в деле организационно-правового регулирования медицины в XVI веке начал играть Аптекарский приказ – центральный орган управления медицинским делом в России. Приказ был создан в 1581 году с целью централизации государственного управления здравоохранением. Анализ деятельности Аптекарского приказа позволяет выделить следующие его функции:

- организация медицинского обеспечения (за счет находящихся в ведении докторов, лекарей, аптекарей);
- обеспечение лекарственными средствами (благодаря наличию царской аптеки, Аптекарского огорода и особого налога);
- выдача разрешений на право медицинской деятельности, организация военно-медицинской службы (с 60-х годов XVI века в каждом полку появились полковые лекари);
- врачебное освидетельствование (экспертиза больных и увечных);

¹ Стеценко С.Г., Сальников В.П. Указ. Соч.С. 147.

– подготовка отечественных медицинских кадров.

Каждая из названных функций, проанализированная в работе, является дополнительным свидетельством системного, государственного подхода к регулированию и организации медицинской деятельности в России.

Среди многочисленных документов, появившихся во время правления Петра I, важно отметить три основных, регламентирующих организацию медицинской помощи в армии и на флоте. Речь идет о Воинском Уставе 1716 года, Морском Уставе 1720 года и Указе Петра Первого от 14 августа 1721 года «Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской Коллегии, о вспоможении приискивающим медикаменты в Губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталям»¹.

Указ Петра I от 14 августа 1721 года «Об учреждении в городах аптек по смотрением Медицинской Коллегии, о вспоможении приискивающим медикаменты в Губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталям» носит комплексный характер и посвящен регулированию целого ряда направлений медицинской деятельности, ключевыми из которых представляются общие правила организации аптек, контроль за деятельностью аптек и надзор со стороны органов управления медицинским делом за функционированием госпиталей².

В том же фонде архива имеется дело о рассмотрении предложений доктора Блюментроста по учреждению Медицинской коллегии, улучшении деятельности аптек, организации госпиталей, обучении врачей и др. На основании предложений руководителя Аптекарского приказа И. Блюментроста, в 1721 году вместо приказа была образована Медицинская коллегия. Именно поэтому в названии ранее проанализированного Указа Петра I от 14 августа 1721 года фигурирует Медицинская коллегия как высший орган управления медицинской деятельностью страны. Однако

¹ Стеценко С.Г., Сальников В.П. Указ. соч. С 145.

² Стеценко С.Г., Сальников В.П. Законодательная регламентация медицинской деятельности в России во время правления Петра I // Известие высших учебных заведений. Правоведение. 2001. № 4. С. 219-230.

поскольку управление в самой коллегии оставалось единоличным, в 1725 году Медицинская коллегия была переименована в Медицинскую канцелярию¹.

Благодаря Генеральному регламенту сформировалась адекватная система медицинского обеспечения, в соответствии с которой определено, какие категории больных получают медицинскую помощь в тех или иных госпиталях. Анализ всего текста данного правового акта позволяет прийти к выводу о значительной степени историко-правовой обусловленности состояния госпитального дела в современной России. Подтверждением такой позиции являются функциональные обязанности начальника госпиталя (Главный Доктор по регламенту 1735 года), начальника медицинской части госпиталя (Главный Лекарь), общие принципы организационно-штатной структуры данных лечебных учреждений.

В 1763 году Медицинская канцелярия, как высший орган государственного управления медициной, была преобразована в Медицинскую коллегия. Коллегия состояла из двух департаментов:

- 1) коллегия «докторского и лекарского искусства»;
- 2) канцелярия.

Значительные реорганизации всей системы управления России начала XIX века затронули и здравоохранение. Однако если вместо упраздненных коллегий создавались министерства, то Медицинская коллегия с 1803 года перешла в ведение Министерства внутренних дел и стала называться Медицинским департаментом. Тем самым, реформирование в государстве, проведенное Александром I, отразилось на медицине таким образом, что ведение последней перешло в Министерство внутренних дел. При этом регламентация оказания медицинской помощи осуществлялась сквозь призму нормативно-правовой базы, состоящей как из указов императора, так и ведомственных актов Министерства внутренних дел. Для руководства медициной в армии, учитывая переход организации всей медицины в ведение

¹ Стеценко С.Г., Сальников В.П. Указ.соч. С.148.

Министерства внутренних дел, в последнем была учреждена должность Главного Инспектора Медицинской части по армии. Надзор за деятельностью госпиталей и лазаретов имел прямой целью улучшение качества врачевания для больных воинских чинов.

Особое значение в правовой регламентации медицинской деятельности в России в освещаемом периоде имеет появление Врачебного Устава – первого систематизированного документа, положения которого регулировали общественные отношения, возникающие в сфере здравоохранения России. Существовало три редакции Врачебного Устава, датированные 1857, 1892 и 1905. В соответствии с последней редакцией, устав состоял из трех книг:

I. Учреждения врачебные.

II. Устав медицинской полиции.

III. Устав Судебной медицины.

Представляется целесообразным выделить предназначение и полномочия медицинской полиции, определяемые в соответствии с Врачебным Уставом. Следует отметить, что медицинская полиция обеспечивала контроль за внешними факторами, влияющими на здоровье населения (забота об охране чистоты воздуха, безопасности питания, продажа ядовитых и сильнодействующих веществ и др.). Интересно в связи с этим заметить, что определенные нормы, регламентирующие деятельность медицинской помощи, содержались также и в «Положении о порядке производства дел исполнительных Санкт-Петербургской полиции», где указывалось, что «чиновники, управление городской врачебной частью составляющие, действуют по Уставу Врачебному и по прилагаемым при сем особым для них наставлениям. Сии наставления, по мере нужды, могут быть дополняемы и изменяемы с разрешения Министерства Внутренних Дел».

В общем виде, как представляется, медицинская полиция в соответствии с Врачебным Уставом, выполняла те функции, которые в настоящее время реализуются посредством санитарно-эпидемической службы Министерства здравоохранения. Общая профилактическая

направленность организации и развития медицинского дела в стране, способствующая уменьшению числа возникновения массовых заболеваний, без сомнения, во многом реализовывалась за счет деятельности медицинской полиции.

Особого внимания заслуживает земская медицина, основная задача которой заключалась в обеспечении равной доступности медицинской помощи всему населению страны, в первую очередь сельскому. Юридическому обеспечению земской медицины служили должностные правила для медиков. Так, в качестве примера можно привести Московскую уездную управу. В 1868 году там были приняты должностные инструкции для врачей, фельдшеров и повивальных бабок. В соответствии с ними, на земского врача возлагались следующие обязанности:

- 1) жить в своем участке;
- 2) заведовать лечебницей, приемным покоем и аптекой в медицинском и хозяйственном отношении;
- 3) ежедневно утром принимать больных;
- 4) отвечать за хранение сильнодействующих и ядовитых веществ;
- 5) при первом извещении о каком-нибудь инфекционном заболевании немедленно принять указанные законом меры, донести управе и сообщить уездному врачу;
- 6) находиться под ведением и наблюдением попечителя, избранного земским собранием и др.

В советский период органом государственного управления здравоохранением стал образованный в 1918 году Народный Комиссариат здравоохранения (Наркомздрав) – первое в мире Министерство здравоохранения. Среди задач, выполнение которых возлагалось на Наркомздрав в соответствии с положением 1918 года, наиболее значимы следующие:

- разработка и подготовка законодательных норм в области медико-санитарного дела;

– наблюдение и контроль за применением этих норм и принятие мер по неуклонному их соблюдению;

– издание общеобязательных для всех учреждений и граждан распоряжений и постановлений в области медико-санитарного дела¹.

В качестве усовершенствования законопроекта «О расширении прав сельских и поселковых Советов Депутатов трудящихся», Минздрав предлагал предоставить депутатам право контроля за лечебными учреждениями, пересмотреть сеть фельдшерско-акушерских пунктов, улучшить организацию предоставления транспорта медицинскому персоналу и усовершенствовать применение мер административного воздействия за нарушение санитарно-эпидемических и противоэпидемических правил. В современном понимании это выглядит как представление интересов здравоохранения в проекте нормативно-правового акта, посвященного статусу депутатов муниципальных образований, что также весьма важно. При этом, к сожалению, основная часть нормативно-правовой базы собственно здравоохранения была представлена подзаконными актами.

Характеризуя правовую регламентацию здравоохранения в советский период существования нашей страны, необходимо отметить нормативно-правовую базу здравоохранения. Особую важность представляют:

1) Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников»²;

2) Постановление СНК СССР от 15 сентября 1937 года № 1607 «О порядке проведения медицинских операций»³;

3) Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении 1969 года¹.

¹ Стеценко С.Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России: исторический и теоретико-правовой анализ: автореф. дисс.канд. юрид. наук. СПб., 2002. С. 27.

² Декрет ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников» от 1 декабря 1924. // СУ РСФСР. 1924. № 88.С. 892.

³ Постановление СНК СССР «О порядке проведения медицинских операций» от 15 сентября 1937 . № 1607 // СЗ СССР.1937. № 62. Утратил силу.

Постсоветский период существования нашей страны, берущий свое начало с 1991 года, существенно видоизменил многие стороны жизни общества. Затронули данные процессы также и сферу здравоохранения. Наряду с государственными и муниципальными появились частные лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь на возмездной основе. Вместе с тем государственные и муниципальные лечебные учреждения получили легальную возможность в качестве дополнительных к основным оказывать и платные медицинские услуги. В общем виде следует признать обоснованным, что в современной России здравоохранение по своему статусу вышло на уровень фактора обеспечения национальной безопасности¹.

Наряду с положениями Конституции РФ², обеспечивающими гражданам России бесплатное получение медицинской помощи в государственных и муниципальных лечебных учреждениях, за последнее десятилетие принят целый ряд законов, нормы которых регулируют общественные отношения в различных направлениях медицины. Профессия врача в значительно большей мере регламентирована именно правовыми средствами, в то же время морально-этические нормы (игравшие существенную роль в регулировании профессиональной деятельности врачей ранее) стали предметом изучения врачебной этики, деонтологии и биоэтики и, по сути, носят вторичный по сравнению с правовыми методами характер. Значительно расширилась практика гражданско-правового регулирования медицинской деятельности. Термины «медицинская услуга», «потребитель», «производитель» по отношению к здравоохранению становятся все более привычными.

¹ Лазарева Е.В. Правовое регулирование медицинской деятельности в Российской Федерации: отдельные аспекты теории и практики: дисс. канд. юрид. наук. Саратов, 2006. С. 79.

² Конституция Российской Федерации: принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 . // Российская газета. 1993. 25 декабря. № 237.

1.2 Правовой статус медицинского работника

Медицинский работник – неотъемлемая часть (субъект) правоотношения, возникающего в процессе оказания медицинских услуг (медицинской помощи) населению. Круг его прав и обязанностей гораздо больше, чем у пациента, а ответственность за результаты труда прописана практически во всех отраслях права.

Согласно п. 13 ст. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ медицинский работник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Несмотря на большое количество нормативно-правовых актов, определяющих профессиональную деятельность медицинского работника, допуск к ней и возможность государственного принуждения за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, единого документа, определяющего правовой статус медицинского работника, не существует².

Правовой статус – система признанных и гарантируемых государством в законодательном порядке прав, свобод и обязанностей, а также законных интересов лица как субъекта права. Права и свободы представляют собой общественные потребности лица, признанные и обеспеченные государством, обязанности – общественные потребности, выражающие притязания государства к лицу, его поведению в правоотношениях. Они закрепляются в

¹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011. № 323-ФЗ // Российская газета. 2011. 23 ноября. № 263.

² Сергеев Ю.Д., Кузьмин С.Б. Законодательное закрепление правового статуса медицинского работника – актуальная проблема // Медицинское право. 2014. № 4. С. 3-7.

нормах, имеющих отношение к данным потребностям и возникающих по этому поводу правоотношений.

Правовой статус в первую очередь определяется правосубъектностью (включающей правоспособность, дееспособность и деликтоспособность субъекта) и вытекающей отсюда юридической ответственностью; установленными законом правами и обязанностями, относящимися к развивающемуся правоотношению¹.

Различают следующие аспекты правового статуса медицинского работника.

1. Общий аспект правового статуса медицинского работника представляет собой систему прав, свобод и обязанностей, характерную для подавляющего большинства представителей медицинской специальности вне зависимости от формы осуществления профессиональной деятельности и профиля медицинского учреждения, в котором она осуществляется. Основой общего правового статуса медицинских работников являются, прежде всего, права, свободы и обязанности специалистов системы здравоохранения, закрепленные соответствующими положениями Конституции РФ и федеральными законами.

2. Специализированный аспект правового статуса медицинских работников – это система прав, свобод и обязанностей, имеющих специфические особенности, характерные для конкретных медицинских специальностей:

а) категории врачей-специалистов (хирургов, терапевтов, медицинских сестер), включая категории узких специалистов (нейро-, кардио-, и т.д. хирургов, педиатров, неонатологов и т.п.);

б) категории среднего медицинского и фармацевтического персонала (фельдшер, акушерка, медицинская сестра, рентген-лаборант, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский статистик, помощник врача-эпидемиолога, инструктор-дезинфектор и др.).

¹ Сучкова Т.Е. К вопросу о правовом статусе врача // Земский врач. 2012. № 6. С. 56.

К особенностям специализированного правового статуса медицинского работника в этом случае относится и квалификация (профессиональный уровень специализации, подтвержденный не только сертификатом специалиста, но и решением аттестационной квалификационной комиссии).

3. Личностно-профессиональный аспект правового статуса медицинского работника подразумевает систему прав, свобод, обязанностей и юридических гарантий их реализации, свойственных конкретному субъекту медико-правовых отношений. В этом случае необходимо говорить о соблюдении существующих моральных, этических и деонтологических норм, существующих в конкретном социуме, охраняемых силой общественного мнения при государственном одобрении (в ряде случаев, охраняемых непосредственно государством). Данные нормы применимы в каждом конкретном случае при оказании медицинских услуг (медицинской помощи)¹.

Обычно явление правового статуса исследуется в отраслевых юридических науках. Выделяют следующие подходы к изучению правового статуса: конституционно-правовой, гражданско-правовой, административно-правовой и т.д.

В свою очередь федеральным законодательством определены понятия некоторых специальностей, характеризующих их с точки зрения правосубъектности. Федеральные законы и нормативно-правовые акты текущего законодательства в сфере здравоохранения регулируют также круг профессиональной деятельности практически по всем медицинским специальностям (например, положение о специалисте и должностные инструкции)².

Конституционность правового статуса медицинского работника определяется Конституцией РФ – ст. 20, п. 1 (право на жизнь), ст. 24 (в нашем случае особенно п. 2, в котором регламентируется обязанность

¹ Сучкова Т.Е. Указ.соч. С.57.

² Сергеев Ю.Д., Кузьмин С.Б. Указ. соч.С.5.

должностных лиц обеспечить «...каждому возможность ознакомления с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы, если иное не предусмотрено законом»), ст. 37 (право на труд), ст. 39 (право на социальное обеспечение), ст. 41 (право на охрану здоровья), ст. 43 (право на образование). Элементы правового статуса гражданина РФ, определенного ст. 64 Конституции РФ и рассматриваемые нами для определения и характеристики правового статуса медицинского работника, содержатся и в других статьях этого документа.

Рассматривая конкретную деятельность медицинского работника, необходимо обратить внимание на специфические стороны складывающихся отношений с пациентом и возникновение юридической ответственности в случае причинения вреда при оказании медицинских услуг. Ответственность за результат труда при наличии трудового договора медицинский работник несет в первую очередь перед работодателем, обеспечивающим качество и безопасность медицинской услуги. Но в отличие от продавца, реализующего от имени своего работодателя товар, медицинский работник в соответствии со своим положением принимает решение о применении тактики лечения, согласованной с информированным пациентом. Медицинский работник осознает, что принимаемые им решения во многих случаях имеют рискованный характер.

Контроль за результатами деятельности работника возлагается на работодателя, которого, в свою очередь, контролируют представители органов административного надзора так же, как и работодатель, имеющий право влиять на результаты деятельности конкретного специалиста. Кроме того, пациент вправе самостоятельно защищать свои права (в случае причинения вреда здоровью) в порядке, установленном законом.

В целом, в правовом статусе медицинского работника с точки зрения трудового законодательства можно выделить три составляющие:

1) общий статус, основанный на заключенном трудовом договоре и представляющий собой систему общих прав, обязанностей и

ответственности, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права;

2) специальный статус, обусловленный спецификой занимаемой должности и (или) специальности, уровнем образования, квалификацией;

3) индивидуальный статус, зависящий от морально-нравственных качеств конкретного работника, соблюдения им принципов медицинской этики и деонтологии.

Профессиональная деятельность медицинского работника остается не регламентированной, несмотря на комплексы мероприятий, связанных с безопасностью оказания медицинских услуг, потому что принимаемые им профессиональные решения зависят от различных факторов, влияющих на это решение (опыт, качество лабораторно-диагностического оборудования, состояние пациента, наличие медицинских препаратов и т.д.). Отсутствие формуляров (порядков) действий по нозологиям, утвержденных в установленном порядке методик, применение несертифицированного оборудования и сомнительного качества лекарственных препаратов, халатное отношение самого пациента к назначаемому лечению влияют на конечный результат профессиональной деятельности коллектива медицинских специалистов¹.

В приложении к ст. 2.4 Кодекса РФ об административных правонарушениях² под должностным лицом понимается «...лицо, постоянно, временно или в соответствии со специальными полномочиями осуществляющее функции представителя власти, то есть наделенное в установленном законом порядке распорядительными полномочиями в отношении лиц, не находящихся в служебной зависимости от него, а равно лицо, выполняющее организационно-распорядительные или

¹ Романовская О.В. Особенности профессиональной деятельности медицинских работников в Российской Федерации // Трудовое право в России и за рубежом. 2013. № 3. С.39.

² Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001. № 195-ФЗ // Российская газета. 2001. 31 декабря. № 256.

административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных организациях, а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях Российской Федерации». В приложении к ст. 285, п. 1 Уголовного кодекса РФ¹ содержится то же определение, позволяющее установить юридическую ответственность за совершение преступлений против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления (гл. 30).

Большой интерес вызывает правовой статус медицинского работника, определенного гражданско-правовым законодательством. Особенное внимание в этой связи уделяется вопросам возмещения вреда здоровью, причиненного при оказании медицинских услуг пациентам медицинскими работниками. Допускается, что вред здоровью может быть нанесен одним или несколькими субъектами оказания медицинской помощи, т.е. конкретными физическими лицами. В соответствии со ст. 1068 по правилам параграфа 2 гл. 59 Гражданского кодекса РФ² ответственность юридического лица или гражданина за вред, причиненный его работником, лежит на работодателе. Конкретные причинитель вреда в этой ситуации может понести дисциплинарную ответственность. Денежные суммы, перечисляемые пострадавшему лицу, возмещаются из фондов ЛПУ, причем в этом случае зачастую страдает весь трудовой коллектив, не имеющий отношения к произошедшему. В установленном законом порядке (ст. 1081 Гражданского кодекса РФ) работодатель имеет право обратного требования (регресса) к причинитель вреда в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законом. Такая практика фактически отсутствует в отечественном здравоохранении, что негативно отражается на исполнении финансовой дисциплины учреждений здравоохранения и противоречит

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996. № 63-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

² Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26 января 1996 . № 14.ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 5. Ст. 1256.

принципам наказуемости, обеспеченной законом, что в свою очередь отражается на правомерности поведения всех субъектов рассматриваемого правоотношения.

Понятие медицинской помощи закреплено в ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, однако в научной литературе понятие медицинской помощи, как правило, более разнообразно по содержанию¹.

Исходя из данного определения медицинскую помощь могут оказывать не только «специально подготовленные для этой цели лица»², но и лица, не являющиеся профессионалами в сфере медицины, т.е. ухаживающие за больными детьми матери (лечение простуды, ссадин и т. п.), оказывающие первую медицинскую помощь спасатели и пожарные и т. п. Однако такая «непрофессиональная» медицинская помощь не относится к медицинской деятельности, поскольку согласно ст. 2 Закона № 323-ФЗ медицинская деятельность – это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи.

К лицам, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с действующим законодательством относятся врачи всех специальностей, а также средний медицинский персонал: фельдшеры, акушерки, медицинские сестры. Однако ни в предыдущих, ни в действующих «Основах охраны здоровья граждан» дефиниций этих понятий нет.

¹ Акулина Т.И. Правовой статус медицинского работника как специального субъекта трудового права // Закон. 2012. № 4. С. 163; Кралько А.А. Правовой статус медицинского работника // Медицинские новости. 2012. № 5. С. 38.

² Евдокименко Ю.А. Правовой статус медицинских работников // Вестник магистратуры. 2013. № 9. С. 103.

Имеющееся в Законе № 323-ФЗ понятие «медицинский работник» значительно шире по содержанию. В него, помимо лиц, непосредственно ведущих медицинскую деятельность, можно включить тех, кто, не всегда обладая медицинским образованием, способствует оказанию профессиональной медицинской помощи, – это не только санитарки, медицинские регистраторы, нянечки или сестры-хозяйки, которых относят к младшему медицинскому персоналу, но и высококвалифицированные техники, обслуживающие сложные медицинские приборы или аппараты.

Таким образом, несмотря на доминирование понятия «врач», в действующем законодательстве легального определения нет, хотя «понятие «врач» – как раз общее понятие, поскольку оно обозначает всех представителей класса врачей»¹.

Определение статуса врача согласно роду деятельности, в современной юридической науке и практике остается на сегодняшний день открытым. В этом смысле трудно не согласиться с точкой зрения А.В. Риффеля, который считает, что «в настоящий момент назрела необходимость в законе, который, во-первых, определил бы реальные права и обязанности врачей, а во-вторых, соответствовал бы уровню развития медицинской науки и закрепил положение врача в нашем обществе, содержал бы правовые механизмы точного и четкого регулирования и определения прав и обязанностей врачей и других медицинских работников»².

На сегодняшний день при определении служебных обязанностей врачей и среднего медицинского персонала правоприменителем также используется термин «должность». К примеру, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 3 апреля 2006 года № 191 врач – это должность, Приказ Минздрав соцразвития России от 23 июля 2010 года №

¹ Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: подведение итогов // Главный врач: хозяйство и право. 2012. № 1. С.17.

² Риффель А.В. О необходимости нормативного закрепления правового статуса медицинских работников в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. 2009. № 4. С.39.

541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих»¹ также использует такие категории, как «должность» и «должностные обязанности».

Таким образом, можно сделать вывод о том, что все медицинские работники, осуществляющие медицинскую деятельность в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, занимают определенную должность – «служебное место, связанное с исполнением определенных обязанностей»². Однако «каждая должность сопровождается наделением лица, ее замещающего, определенным объемом служебных обязанностей, прав и полномочий»³, и в зависимости от этих критериев все должности, существующие в бюджетных медицинских учреждениях, необходимо разделять на должности должностных лиц и должности иных служащих учреждения.

Более того, по мнению А.В. Кузнецова, «врачи государственных учреждений здравоохранения – больниц выполняют публичную деятельность, выдавая больничные листы и являясь самым важным звеном в системе обязательного медицинского страхования и, что самое главное, реализуя конституционное право граждан на охрану здоровья»⁴. Помимо этого в обязанности врача входит ведение медицинской документации в установленном порядке, т.е. заполнение амбулаторных и стационарных карт пациента, ведение статистической отчетности, выдача справок для детских дошкольных и школьных учреждений, оформление рецептов и т.д.

¹ Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» от 23 июля 2010 . № 541н // Российская газета. 2010. 27 сентября. № 217.

² Ожегов С.И. Словарь русского языка М.: Русский язык, 2008.С. 121.

³ Козлов Ю.М. Административное право: учебник М.: Юристъ, 2001.С. 108.

⁴ Кузнецов А.В. Государственная служба и служащие государственных научных, образовательных и медицинских учреждений // Электронный ресурс. Режим доступа: <http://polygonv.narod.ru/projekts/3/index.html> дата обращения 12.01.2015.

Такой широкий перечень действий врача, являясь частью его профессиональной деятельности, также влечет наступление правовых последствий, что, по мнению А.В. Кузнецова, позволяет сказать: «врач государственного и муниципального здравоохранения – это такой же чиновник, большая часть работы которого состоит в заполнении больничных листов, рецептов и документов медицинского страхования»¹.

Следовательно, не только «отдельные медицинские работники являются должностными лицами в силу своего статуса, поскольку руководят определенным участком, отделением, подразделением медицинского учреждения (главный врач, заведующий отделением, их заместители)»², по мнению В.С. Орлова, необходимо говорить о возможности признания врачей должностными лицами «не в связи с их профессией, а в связи с исполнением обязанностей по службе»³.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что при предъявлении особых требований к работникам медицинских специальностей необходимо создать правовые условия для возможной реализации ими своих профессиональных знаний, умений и навыков – от финансового обеспечения деятельности, направленной на сохранение здоровья граждан, до практической детальной регламентации возникающих правоотношений между субъектами оказания медицинских услуг. В частности, следует на законодательном уровне закрепить статус должностных лиц за всеми врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

1.3 Элементы регулирования труда медицинских работников в зарубежных странах

¹ Кузнецов А.В. Государственная служба и служащие государственных научных, образовательных и медицинских учреждений // Электронный ресурс. Режим доступа: <http://polygonv.narod.ru/projekts/3/index.html> дата обращения 12.01.2015.

² Крылова Н.Е., Павлова Н.В. Указ. соч. С. 81.

В настоящее время механизм правового регулирования профессиональной деятельности медицинских работников недостаточно разработан в современном законодательстве, поэтому даже в случаях традиционного медицинского лечения судебно-следственная практика встречается со значительными трудностями при квалификации фактов ненадлежащего лечения, с трудом разграничивая преступление, врачебную ошибку и несчастный случай. Что же касается новых, рискованных методов лечения и диагностики, то эта область медицины практически оказалась вне соответствующего правового регулирования. Правовая регламентация нововведений в медицине должна совершенствоваться параллельно с их развитием¹.

В настоящее время наблюдается быстрый темп развития медицины, рост ее технического оснащения. Это неизбежно влечет за собой необходимость создания правовой базы, которая регулировала бы медицинскую деятельность.

Мировое сообщество, безусловно, признало, что урегулирование конфликтов, возникающих в сфере оказания медицинских услуг, является одним из приоритетных направлений в медицинской деятельности. Анализ уголовного законодательства США, Швеции, Испании, Голландии, Китая, Японии, Казахстана позволяет сделать вывод о том, что в этих странах особое внимание уделяется ответственности медицинских работников.

Право на здоровье, в отличие от других прав человека, сравнительно недавно стало предусматриваться конституциями многих стран мира. В конституциях ряда стран XVIII – XIX вв. не было упоминаний о правах человека на здоровье, хотя другие права уже были провозглашены. В международном масштабе право человека на здоровье было признано в 1948 г. Всеобщей декларацией прав человека: «Каждый человек имеет право

¹Раков А.А. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников в России и в некоторых зарубежных странах // Вестник Челябинского государственного университета. 2009. № 7. С. 91.

на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи» (ст. 25)¹.

В настоящее время многие ученые все чаще уделяют внимание проблеме уголовной ответственности медицинских работников. Это вполне закономерно, поскольку современное развитие науки и техники в области медицины ставит серьезную проблему ответственности за негативные последствия, которые могут возникнуть в результате такого прогресса. Биомедицинские науки достигли таких высот, что способны воздействовать на самые глубинные процессы, происходящие в организме человека.

Ситуация, соответствующая российской крайней необходимости (ст. 39 УК РФ), регламентируется Уголовными кодексами Австрии (§ 10), Швейцарии (ст.134), Франции (ст. 122-7), Швеции (ст. 4), Норвегии (§ 47), Федеративной Республики Германии (§§ 34-35), Израиля (ст. 34 «йюд алеф»), Турции (п. 3 ст. 49), Кореи (ст. 22), Японии (ст. 37), Аргентины (п. 3 ст. 34), Австралии (ст. 10.3) и других государств. Это обстоятельство в некоторых УК называется по-другому.

Так, в Уголовном кодексе ФРГ крайняя необходимость называется «правомерное вынужденное положение» и «оправданное вынужденное положение». В Уголовном кодексе Турции отдельной главы, посвященной обстоятельствам, исключающим преступность деяния, нет. Такие обстоятельства содержатся в статье 49, среди которых есть описание крайней необходимости, но сам этот термин не используется: «Не подлежат наказанию деяния, совершенные: ... 3) вынужденно в ситуации, вызванной необходимостью предотвращения серьезной и реальной опасности,

¹ Всеобщая декларация прав человека: принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217.А (III) от 10 декабря 1948 . // Российская газета. 1998.

угрожающей самому лицу или другому лицу, которую иначе невозможно было бы предотвратить»¹.

Уголовный кодекс Аргентины также не содержит самого понятия «крайняя необходимость», но в статье 34 раздела V «Уголовная ответственность» перечисляя случаи, когда лицо не подлежит уголовной ответственности, указывает, что не подлежит уголовной ответственности тот, кто «3) нанес незначительный вред с целью избежать более значительного вреда, который был бы причинен не по его вине»².

В Уголовном кодексе Республики Корея крайняя необходимость называется просто «необходимостью» (ст. 22) и регламентирована в разделе 1 «Совершение преступления и назначение наказания» главы II «Преступление». Уголовный кодекс Японии в главе 7 «Необразование состава преступления. Смягчение наказания и освобождение от наказания» наряду с прочими регламентирует «крайне необходимые действия для избежание опасности и превышение их пределов» (ст. 37). Уголовный кодекс Австралии в разделе 10 «Обстоятельства, связанные с определенными внешними факторами» содержит описание «Внезапной или чрезвычайной критической ситуации (крайняя необходимость)» (ст. 10.3). В Уголовном кодексе Швейцарии крайняя необходимость (ст. 34) помещена в главу 8 «Правомерные действия» второго раздела «Наказуемость». Уголовный кодекс Франции крайнюю необходимость относит к «основаниям не наступления уголовной ответственности или ее смягчения»; Уголовный кодекс Швеции – к «общим основаниям освобождения от уголовной ответственности»; Уголовное законодательство Норвегии – к условиям не наступления уголовной ответственности³.

¹ Уголовный кодекс Турции / Предисл. Н., Сафарова, Х., Аджара. Науч. ред. и пер. с турецкого Н., Сафарова и Х. Бабаева. СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. С. 60.

² Уголовный кодекс Аргентины / Науч. редактирование и вступ. статья Ю.В. Голика; перевод с испанского Л.Д. Ройзенгурта. СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. С.52.

³ Морозов М.В. Указ. соч. С.107.

Обстоятельство, соответствующее обоснованному риску (ст. 41 УК РФ), встречается в УК Республики Болгария и Латвийской Республики под названием «хозяйственный риск» и «оправданный профессиональный риск» соответственно, а также в уголовном законодательстве стран СНГ. Поскольку Уголовные кодексы стран Содружества Независимых Государств (СНГ) имеют сходство структурного и содержательного характера, в них содержатся почти такие же обстоятельства, исключающие преступность деяния, как и в главе 8 УК РФ. Лишь некоторые отличаются другим названием. Так, обоснованный риск в ст. 31 УК Грузии называется «Правомерный риск», в ст. 35 и 41 УК Республики Узбекистан обозначен как «Оправданный профессиональный или хозяйственный риск», а в ст. 42 УК Украины – «деяние, связанное с риском».

В то же время в исследованных нами уголовных кодексах встречаются такие обстоятельства, исключающие преступность деяния, которых нет в УК РФ, но представляющие несомненный интерес с точки зрения уголовно-правовой защиты медицинских работников.

Так, УК Швейцарии содержит статью 32, которая регламентирует следующее: «Деяние, которое предписано законом или служебной либо профессиональной обязанностью, или которое закон объявляет разрешенным или ненаказуемым, не является преступлением или проступком»¹. Таким образом, причинение вреда медицинским работником оправдывается выполнением им служебной или профессиональной обязанности. УК Франции к основаниям не наступления уголовной ответственности или ее смягчения относит, в том числе, осуществление действий, предписанных или разрешенных положениями закона или регламента и исполнение требования законной власти (ст. 122-4)².

¹ Уголовный кодекс Швейцарии / Вступ. статья Ю.Н. Волкова; науч. редактирование, предисловие и перевод с нем. А.В. Серебренниковой. СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. С. 84.

² Уголовный кодекс Франции / Науч. ред. Л.В. Головкин; Н.Е. Крыловой; пер. с фр. и предисл. Н.Е. Крыловой. СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. С. 79.

УК Японии в главе 7 «Необразование состава преступления» содержит статью 35 «Действия в соответствии с законодательством либо в осуществление правомерного занятия». Похожее обстоятельство содержится в статье 34 УК Аргентины, пункт 4 которой регламентирует, что не подлежит уголовной ответственности тот, кто «действовал, исполняя свой долг или законно осуществляя свое право, властные полномочия или должностные обязанности». УК Норвегии содержит положение, соответствующее фактической ошибке (§ 42). УК Швеции к общим основаниям освобождения от уголовной ответственности относит согласие потерпевшего (ст. 7).

Согласие потерпевшего регламентируется и УК Республики Корея (ст. 24). Согласно названной статье не подлежит наказанию деяние, «которое осуществляется в соответствии с законом, или в соответствии с принятой практикой деловых отношений, или иное деяние, которое не нарушает общественной морали»¹. Таким образом, деяние, осуществляемое в соответствии с законом, может трактоваться очень широко; отсюда к оправданному действию может быть отнесено и добросовестное осуществление профессиональных функций, которое осуществляется также в соответствии с законом, если к закону в широком смысле относить и подзаконные акты, инструкции и т.д.

Закон об уголовном праве, Израиля среди обстоятельств исключаящих преступность деяния содержит «оправдательные деяния» (ст. 34 «йюдгимел»). Эта статья заслуживает особого внимания. Согласно ст. 34 «йюдгимел», «лицо не будет подлежать уголовной ответственности за деяние, совершенное им при одном из следующих обстоятельств:

- 1) оно было обязано либо уполномочено по закону его совершить;
- 2) оно совершило его по указу уполномоченного органа управления, которому либо обязано было по закону подчиняться, за исключением того, когда указ являлся заведомо незаконным;

¹Уголовный кодекс Республики Кореи. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004.

3) при совершении им деяния, на которое требуется согласие по закону, когда такое деяние в немедленном порядке было необходимо для спасения человеческой жизни, сохранения физической неприкосновенности лица, а равно для предотвращения тяжкого вреда его здоровью, если при обстоятельствах дела у него не было возможности получить такое согласие;

4) оно совершило его в отношении лица, давшего согласие в соответствии с законом, во время врачебной деятельности либо процедуры, предназначенных на благо такого лица либо какого-либо иного лица;

5) оно совершило его во время спортивной деятельности, либо спортивной игры, которые не запрещены законом и не противоречат общественному благосостоянию»¹.

Таким образом, в эту статью вошло несколько самостоятельных обстоятельств, исключающих преступность деяния: исполнение закона (1), исполнение указа (2), частный случай крайней необходимости (3), согласие потерпевшего (4) и спортивные игры (5).

По результатам проведенного сравнительно-правового исследования можно сделать вывод о том, что действующий Уголовный кодекс Российской Федерации при наличии шести обстоятельств, исключающих преступность деяния, в главе 8 все же не в полной мере защищает права лиц, исполняющих свои профессиональные функции, в том числе и действия медицинских работников. Как представляется, следует учесть законодательный опыт некоторых зарубежных государств и дополнить главу 8 УК РФ такими обстоятельствами, исключающими преступность деяния, как исполнение профессиональных функций и согласие потерпевшего².

Необходимо также отметить, что уровень заработной платы медицинских работников в зарубежных странах намного выше, чем в России. Обычные американские врачи начинают свою деятельность с зарплаты 100 – 110 тыс. долл., гинекологи – с 135 тыс. долл. в год. Квалифицированные

¹Закон об уголовном праве Израиля. СПб.: Юридический центр Пресс, 2005. С. 57.

²Морозов М.В. Указ. соч. С.108.

медсестры лучших госпиталей получают на «старте» 50 тыс. долл. Особенно ценятся высококвалифицированные хирурги, использующие новейшие технологии.

ГЛАВА 2 ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

2.1 Особенности заключения, изменения и расторжения трудового договора с медицинским работником

Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами. Дополнительным требованием, предъявляемым к лицам, претендующим на осуществление медицинской деятельности в РФ, является наличие сертификата специалиста. В связи со вступлением в силу Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и изменением нормативно-правового регулирования с 1 января 2016 года право на осуществление медицинской деятельности в РФ будут иметь лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

С повышенными требованиями к профессиональным знаниям и навыкам медицинских работников связано следующее ограничение: лица, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к медицинской деятельности в соответствии с полученной специальностью только после прохождения обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам и при наличии сертификата специалиста (после 1 января 2016 года – прохождения аккредитации)¹.

Под аккредитацией специалиста подразумевается процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское, или фармацевтическое образование, к осуществлению

¹Особенности правового регулирования труда отдельных категорий работников / Под ред. проф. Ю.П. Орловского. М.: Контракт, 2014. С. 115.

медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности.

Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Лица, получившие медицинское образование в иностранных государствах, допускаются к медицинской деятельности после установления в Российской Федерации эквивалентности документов иностранных государств об образовании в порядке, установленном законодательством РФ об образовании, сдачи экзамена по специальности в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получения сертификата специалиста (после 1 января 2016 года – прохождения аккредитации), если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации¹.

Лица, не завершившие освоение основных образовательных программ высшего медицинского образования, и лица с высшим медицинским образованием могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Для этого при заключении трудового договора дополнительно предоставляются академическая справка, а для лиц, имеющих высшее медицинское образование, диплом о высшем профессиональном образовании, подтверждающие освоение основной образовательной программы высшего медицинского образования по специальностям,

¹ Особенности правового регулирования труда отдельных категорий работников / Под ред. проф. Ю.П. Орловского. М.: Контракт, 2014. С.116.

соответствующим требованиям Приказа Минздрав соцразвития России от 19 марта 2012 года № 239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала»¹, а также выписка из протокола сдачи экзамена по допуску к медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала. Положением установлено соответствие специальностей высшего медицинского образования, полученного соискателем, и должностей среднего медицинского персонала, в которых он может работать.

С принятием Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда»² Минтруду России поручено утвердить особенности проведения специальной оценки условий труда на рабочих местах отдельных категорий работников.

В связи с чем, Минтрудом России сформирована соответствующая рабочая группа по разработке особенностей проведения специальной оценки условий труда на рабочих местах отдельных категорий медицинских работников в состав которой вошли представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Профессионального союза работников здравоохранения.

¹Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала» от 19 марта 2012. № 239н // Российская газета. 2012. 22 июня. № 141.

²Федеральный закон «О специальной оценке условий труда» от 28 декабря 2013. № 426-ФЗ // Российская газета. 2013. 30 декабря. № 295.

По результатам деятельности рабочей группы подготовлен соответствующий проект приказа Минтруда России. Проект нормативного правового акта содержит положения, изменяющие ранее предусмотренные законодательством в области специальной оценки условий труда, запреты и ограничения для физических и юридических лиц в сфере предпринимательской и иной экономической деятельности или способствующие их установлению.

В соответствии с положениями ст. 213 ТК РФ лица, поступающие на работу в лечебно-профилактические учреждения, проходят предварительные медицинские осмотры (обследования) в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний.

В связи с тяжестью последствий, которые могут наступить в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи, на занятие медицинской деятельностью установлено ограничение для больных наркоманией (Постановление Правительства РФ от 18 мая 2011 года № 394 «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией»¹).

В том случае, если лицо поступает на работу, связанную с деятельностью в сфере медицинского обеспечения несовершеннолетних, дополнительно к документам, обычно предъявляемым при заключении трудового договора, предоставляется справка о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования по реабилитирующим основаниям, выданную в порядке и по форме, установленным Приказом МВД России от 7 ноября 2011 года № 1121 «Об утверждении Административного регламента

¹ Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией» от 18 мая 2011. № 394 // Российская газета. 2011. 24 мая. № 109.

Министерства внутренних дел Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по выдаче справок о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования»¹.

В соответствии с положениями Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»², в случаях, когда трудовая деятельность медицинского работника предполагает работу с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также их прекурсорами, допуск к работе осуществляется в порядке, установленном Постановлением Правительства от 6 августа 1998 года № 892 «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ»³. В частности, указанный порядок предусматривает дополнительные процедуры, предшествующие заключению трудового договора:

– лицу, оформляемому на работу с наркотическими средствами, психотропными веществами, а также для осуществления деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, работодателем выдаются направления в медицинские организации для прохождения в установленном порядке предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) и обязательного психиатрического освидетельствования;

¹Приказ МВД Российской Федерации «Об утверждении Административного регламента Министерства внутренних дел Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по выдаче справок о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования» от 7 ноября 2011 . № 1121 // Российская газета. 2012. 11 января. № 2.

²Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998. № 3-ФЗ // Российская газета. 1998. 15 января. № 7.

³Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ» от 6 августа 1998. № 892 // СЗ.РФ. 1998. 17 августа. № 33.С 4009.

– в органы по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ работодателем направляется запрос с приложением анкеты указанного лица по формам и в порядке, которые установлены Федеральной службой РФ по контролю за оборотом наркотиков.

Заключение трудового договора с лицом, которое в силу своих трудовых обязанностей получит доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, допускается только при наличии справки, выданной учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения, об отсутствии у лица заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, а также заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у данных лиц, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое и особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе совершенное за пределами Российской Федерации. Перед заключением трудового договора необходимо провести ознакомление будущих работников с законодательством РФ о наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах. Кроме того, в заключаемый трудовой договор в обязательном порядке должны быть включены взаимные обязательства работодателя и работника, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и (или) прекурсоров.

Пункт 6 Порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 года № 240н (далее – Порядок), устанавливает, что медицинские работники и фармацевтические работники – специалисты со средним медицинским и фармацевтическим образованием, специалисты с высшим профессиональным

образованием, осуществляющие медицинскую и фармацевтическую деятельность (далее – специалисты) могут претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории.

Крапчинский А.А. обратился в Верховный Суд Российской Федерации с заявлением о признании недействующим данного нормативного положения, ссылаясь на то, что оспариваемая норма ограничивает его право претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории при наличии у него необходимого для ее присвоения стажа работы по специальности, предусмотренного Порядком, и носит дискриминационный характер. Заявитель считает, что взаимосвязанные положения пунктов 6, 8, 9, 10 Порядка не согласуются между собой и порождают правовую неопределенность, противоречат статье 3 и части первой статьи 197 Трудового кодекса Российской Федерации, пункту 4 части 1 статьи 72 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав России) в письменных возражениях на заявление указало, что оспариваемая норма направлена на расширение гарантий трудовых прав работника, поскольку предусматривает возможность досрочного прохождения аттестации, которая проводится один раз в пять лет. Для получения квалификационной категории специалист должен удовлетворять требованиям, указанным в пунктах 8 – 10 Порядка, предъявляемым к уровню теоретической подготовки и практических навыков, и иным квалификационным характеристикам, а также к стажу работы по специальности. При этом три года являются минимальным сроком, за который претендент может приобрести требуемый Порядком уровень подготовки. Установление различных сроков досрочной аттестации привело бы к дискриминации при ее прохождении специалистами, имеющими высшее профессиональное образование, и специалистами со средним

профессиональным образованием. В связи с этим оспариваемое нормативное предписание не ограничивает право медицинских и фармацевтических работников на получение более высокой квалификационной категории.

Представитель Министерства юстиции Российской Федерации (далее – Минюст России) в судебном заседании не возражал против удовлетворения требований заявителя, вместе с тем пояснил, что стаж работы по специальности не связан со сроками действия квалификационной категории.

Крапчинский А.А., извещенный надлежащим образом, в судебное заседание не явился, в заявлении просил о рассмотрении дела в его отсутствие.

Выслушав объяснения представителей Минздрава России – Сарвадий М.В., Андре А.А., представителя Минюста России Башиловой В.Е., оценив нормативный правовой акт в оспариваемой части на его соответствие федеральному закону и иным нормативным правовым актам, имеющим большую юридическую силу, заслушав заключение прокурора Генеральной прокуратуры Российской Федерации Масаловой Л.Ф., полагавшей, что требования не подлежат удовлетворению, Верховный Суд Российской Федерации не находит оснований для удовлетворения требований заявителя.

Согласно пункту 4 части 1 статьи 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, которые определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации.

Минздрав России во исполнение указанной нормы Федерального закона принял оспариваемый в части Порядок.

Порядок согласно содержанию его пунктов 1, 4, 5 и 7 устанавливает сроки и определяет правила прохождения специалистами аттестации, которая является добровольной и проводится аттестационными комиссиями по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей один раз в пять лет. Квалификационная категория присваивается специалисту по результатам сдачи квалификационного экзамена, который включает экспертную оценку отчета о профессиональной деятельности специалиста, тестовый контроль знаний и собеседование. При аттестации комиссия оценивает теоретические знания и практические навыки специалиста, необходимые ему для выполнения профессиональных обязанностей по соответствующей специальности (должности).

Пункты 8 – 10 Порядка закрепляют совокупность условий, которым должен отвечать специалист, претендующий на получение квалификационной категории, и относят к ним наряду со стажем работы по специальности (должности) требования к уровню теоретической подготовки и методам решения профессиональных задач. Данные пункты Порядка фактически предусматривают показатели уровня знаний и умений, а также деловых качеств работника, которыми обеспечивается его непрерывное профессиональное развитие, с дифференциацией объемов и качества подготовки специалиста в зависимости от квалификационной категории и не определяют сроки прохождения аттестации.

Оспариваемое предписание пункта 6 Порядка устанавливает для всех специалистов равную по сроку возможность досрочно пройти аттестацию с целью подтверждения права на получение квалификационной категории – второй, первой или высшей в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки.

Право Минздрава России определить срок прохождения аттестации предусмотрено приведенным выше законоположением. Федерального закона и другого нормативного правового акта, имеющих большую юридическую силу и устанавливающих иные сроки прохождения аттестации специалистов,

не имеется. Правило, закрепленное оспариваемой нормой, носит стимулирующий характер, что отвечает целям правового регулирования, изложенным в статье 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», соответствует требованиям формальной определенности, ясности и точности правовой нормы и согласуется с пунктами 8 – 10 Порядка. Доводы заявителя о противоречии оспариваемой нормы требованиям статьи 3 Трудового кодекса Российской Федерации, запрещающей дискриминацию в сфере труда, нельзя признать обоснованными. Согласно части, третьей данной нормы Кодекса не является дискриминацией установление различий, исключений, предпочтений, а также ограничение прав работников, которые определяются свойственными этому виду труда требованиями, установленными федеральным законом.

С учетом изложенного пункт 6 Порядка действующему законодательству не противоречит, прав, свобод и законных интересов заявителя и иных лиц не нарушает¹.

Должностные обязанности медицинских работников и предъявляемые к ним квалификационные требования определяются в соответствии с квалификационными характеристиками, предусмотренными Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденным Приказом Минздрав соцразвития России от 23 июля 2010 года № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»².

Также применяются квалификационные требования, утвержденные Приказом Минздрав соцразвития России от 7 июля 2009 года № 415н «Об

¹ Решение Верховного Суда Российской Федерации от 31 января 2014. № АКПИ13-1186 // [Электронный ресурс].(12.02.2019).URL: [http:// www.vsrif.ru](http://www.vsrif.ru)

² Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» от 23 июля 2010. № 541н // Российская газета. 2010. 27 сентября. № 217.

утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»¹.

Отдельные обязанности медицинских работников предусмотрены непосредственно Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Безотносительно того факта, предусмотрены ли эти обязанности трудовым договором, медицинские работники должны:

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 образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

5) сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при их применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» от 7 июля 2009. № 415н // Российская газета. 2009. 26 августа. № 158.

собой, об особенностях взаимодействия лекарственных препаратов с другими лекарственными препаратами, которые были выявлены при проведении клинических исследований и применении лекарственных препаратов, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

Медицинские работники, планирующие осуществление нового вида медицинской деятельности, проходят обучение в целях получения дополнительных знаний, умений и навыков по образовательным программам, предусматривающим изучение отдельных дисциплин, разделов науки, техники и технологии. Обучение медицинских работников проводится по дополнительным профессиональным образовательным программам в форме повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки¹.

Порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками профессиональных знаний и навыков определены Приказом Минздравсоцразвития России от 3 августа 2012 года № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»².

Обязанность соблюдать врачебную тайну является одним из специфических признаков трудовой функции медицинского работника.

Врачебная тайна представляет собой сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и

¹ Основы медицинского права России. Учебное пособие / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: МИА, 2007. С. 52.

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» от 3 августа 2012. № 66н // Российская газета. 2012. 19 сентября. № 215.

диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Защита сведений, составляющих врачебную тайну, входит в число основных прав граждан при оказании им медицинской помощи. Лица, которым сведения, составляющие врачебную тайну, стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, не должны разглашать их, в том числе после смерти человека. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, допускается в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях, но только с письменного согласия гражданина или его законного представителя. Федеральным законодательством допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя следующих исключительных случаях:

- в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю;

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

- по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

- в случае оказания наркологической помощи несовершеннолетнему, больному наркоманией, или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения, а также оказания медицинской помощи

несовершеннолетнему, не достигшему возраста 15 лет (несовершеннолетнему, больному наркоманией, не достигшему возраста 16 лет), для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

– в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

– в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

– в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

– при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи (с учетом требований законодательства РФ о персональных данных);

– в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

– в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с федеральным законодательством¹.

В случае разглашения врачебной тайны трудовой договор с медицинским работником может быть расторгнут по основанию, предусмотренному подп. «в» п. 6 ч. 1 ст. 81 ТК РФ.

Медицинским работникам, наравне с другими работниками медицинских организаций, предоставляются все основные гарантии (см. приложение 1) и компенсации, предусмотренные законодательством о труде:

¹Основы медицинского права России. Том.1. Учебное пособие / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: МИА. 2015. С 54.

при приеме на работу, переводе на другую работу, по оплате труда, при направлении в служебные командировки, исполнении государственных или общественных обязанностей, совмещении работы с обучением, в некоторых случаях прекращения трудового договора и другие, предусмотренные Трудовым Кодексом РФ и иными федеральными законами. Кроме того, законодательством предусмотрено предоставление медицинским работникам иных гарантий, обусловленных спецификой их трудовой деятельности. К таким гарантиям, в частности, относится право медицинских работников:

- на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством РФ;

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

- 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;

- создание профессиональных некоммерческих организаций;

- страхование риска своей профессиональной ответственности¹.

В целях стимулирования роста квалификации медицинских работников, совершенствования подбора, расстановки и использования кадров в системе здравоохранения Российской Федерации, повышения персональной ответственности за выполнение профессиональных и должностных обязанностей медицинским работникам присваиваются квалификационные категории: вторая, первая или высшая.

¹ Стеценко С.Г., Гончаров Н.Г., Пищита А.Н. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских ВУЗов. М.: РМАПО, 2011.С. 96.

Квалификационные категории присваиваются медицинским работникам, имеющим необходимый уровень теоретической подготовки и практических навыков, соответствующих квалификационным характеристикам специалистов, и стаж работы по специальности:

– вторая – не менее трех лет для специалистов с высшим и средним профессиональным образованием;

– первая – не менее семи лет для специалистов с высшим профессиональным образованием и не менее пяти лет для специалистов со средним профессиональным образованием;

– высшая – не менее 10 лет для специалистов с высшим профессиональным образованием и не менее семи лет для специалистов со средним профессиональным образованием.

Квалификационная категория присваивается по результатам квалификационного экзамена и действует в течение пяти лет со дня издания приказа, о ее присвоении. Присвоенная медицинскому работнику квалификационная категория учитывается в том числе при определении условий оплаты его труда.

В целях реализации и защиты своих прав медицинские работники имеют право на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций. Целями создания таких организаций также являются развитие медицинской деятельности, содействие научным исследованиям, решение иных связанных с профессиональной деятельностью медицинских работников вопросов, в частности разработка программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников, а также аттестация медицинских работников для получения ими квалификационных категорий¹.

¹ Основы медицинского права России. Учебное пособие / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М. МИА, 2011 С. 69.

Таким образом, снижение гарантий ведет к естественному недовольству со стороны медицинских работников, что не может не сказаться негативно на качестве оказываемой ими медицинской помощи.

2.2 Правовое регулирование рабочего времени и времени отдыха медицинских работников

Труд медицинских работников характеризуется такими факторами, как высокая степень ответственности за результаты деятельности, значимость ошибок, ответственность за жизнь и здоровье пациентов, а порой и высокая степень риска для собственной жизни, и здоровья. Кроме того, применяемые режимы рабочего времени медицинских работников часто не предусматривают регламентированные перерывы для отдыха и питания. Такая напряженность трудового процесса компенсируется сокращенной продолжительностью рабочего времени и предоставлением ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска.

Статьей 350 ТК РФ для всех медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени – не более 39 часов в неделю. Отдельным категориям медицинских работников в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности, а также условий выполнения работы федеральными законами и иными нормативными правовыми актами устанавливается меньшая продолжительность рабочего времени – 36, 33, 30 или 24 часа в неделю¹.

В частности, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и

¹ Шадрина Т.В. Учет рабочего времени медицинских работников // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2013. № 11.С. 30.

(или) специальности»¹ установлена сокращенная продолжительность рабочего времени 36 часов в неделю для:

– врачей, в том числе врачей – руководителей структурных подразделений (кроме врача-статистика), а также среднего медицинского персонала (кроме медицинского регистратора архива, медицинского статистика) и младшего медицинского персонала, выполняющих работу непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных в инфекционных больницах (отделениях, палатах), кожно-венерологических диспансерах (отделениях, кабинетах);

– врачей (в том числе врачей-руководителей учреждения и руководителей структурных подразделений), а также среднего и младшего медицинского персонала лепрозориев;

– врачей, среднего и младшего медицинского персонала, выполняющих некоторые виды работ с применением открытых радиоактивных источников;

– врачей (в том числе врачей – руководителей отделений, кабинетов) (кроме врача-статистика), среднего и младшего медицинского персонала (кроме медицинского статистика, медицинского регистратора архива), выполняющих работу непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных в психиатрических (психоневрологических), нейрохирургических, наркологических лечебно-профилактических организациях, учреждениях, отделениях, палатах и кабинетах, учреждениях социального обслуживания населения и их структурных подразделениях, предназначенных для обслуживания граждан, страдающих психическими заболеваниями, а также в учреждениях социальной защиты для лиц, оказавшихся в экстремальных условиях без определенного места жительства и занятий;

– врачей, в том числе врачей – руководителей отделений, кабинетов (кроме врача-статистика), среднего и младшего медицинского персонала

¹ Постановление Правительства Российской Федерации «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» от 14 февраля 2003. № 101 // Российская газета. 2003. 20 февраля. № 33.

(кроме медицинского статистика, медицинского регистратора архива), работа которых непосредственно связана с оказанием медицинской помощи и обслуживанию больных в детских психиатрических (психоневрологических) лечебно-профилактических организациях, учреждениях, отделениях, палатах и кабинетах, учреждениях социального обслуживания населения и их структурных подразделениях, в том числе для слепоглухонемых, в домах ребенка (группах) для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики, а также в образовательных учреждениях (группах) для умственно отсталых детей, детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики;

– врачей, среднего и младшего медицинского персонала, выполняющих работу в барокамерах и кессонах; в центрах и отделениях микрохирургии, пластической микрохирургии, микрососудистой хирургии по выполнению под микроскопом (непосредственно) микрохирургических операций по реплантации пальцев, кисти, сегментов конечностей; в отделениях и палатах для больных с поражением спинного мозга и позвоночника (спинальные больные), работу по сбору и обработке крови, работа в боксах;

– медицинских дезинфекторов, выполняющих работу по очаговой, камерной и профилактической дезинфекции, дезинсекции, дератизации в лечебно-профилактических учреждениях;

– работающих в физиотерапевтических лечебно-профилактических организациях (отделениях и кабинетах) врачей, среднего и младшего медицинского персонала, выполняющих полный рабочий день работу в помещениях сероводородных и сернистых ванн, грязеторфолечебниц и озокеритолечебниц;

– среднего медицинского персонала, занятого на работе, связанной исключительно с приготовлением искусственной сероводородной воды, а также с анализом содержания сероводорода и сернистого газа в сероводородных и сернистых ваннах, смесителях, резервуарах, насосных станциях и в оголовках буровых скважин, а также младшего медицинского

персонала, занятого на работе на подвозке и подогреве грязи и на очистке брезентов от лечебной грязи и озокерита;

– среднего и младшего медицинского персонала учреждений государственной службы медико-социальной экспертизы (главное бюро медико-социальной экспертизы, бюро медико-социальной экспертизы), осуществляющего освидетельствование граждан, страдающих психическими заболеваниями;

– врачей, в том числе врачей – руководителей структурных подразделений, среднего и младшего медицинского персонала станций и отделений переливания крови, выполняющих отдельные виды работы с кровью;

– медицинских работников станций (отделений) скорой медицинской помощи, станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи, отделений выездной экстренной и консультативной медицинской помощи областных, краевых и республиканских больниц – старших врачей станций (отделений) скорой медицинской помощи, станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы и г. Санкт-Петербурга, фельдшеров или медицинских сестер по приему вызовов и передаче их выездной бригаде станции (отделения) скорой медицинской помощи, станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы и г. Санкт-Петербурга, врачей-психиатров, а также среднего и младшего медицинского персонала, занятого на работах по оказанию медицинской помощи и эвакуации граждан, страдающих психическими заболеваниями либо на работах непосредственно по эвакуации инфекционных больных;

– врачей, в том числе врачей – руководителей структурных подразделений (лабораторий, отделов, отделений), инструкторов-дезинфекторов, лаборантов и младшего медицинского персонала противочумных учреждений (центров, станций, отделений, отделов, лабораторий, институтов), выполняющих работу в помещениях, в которых

находятся патогенные биологические агенты I-II групп патогенности, а также работу по производству медицинских иммунобиологических препаратов;

– медицинских работников организаций государственной санитарно-эпидемиологической службы, выполняющих трудовую функцию по отдельным должностям либо занятым на отдельных видах работ, предусмотренных приложением № 1 к Постановлению Правительства РФ «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности»;

– врачей, среднего и младшего медицинского персонала (кроме медицинского статистика) лечебно-исправительных учреждений для принудительного лечения лиц, страдающих наркоманией и хроническим алкоголизмом;

– врачей, среднего и младшего медицинского персонала, занятых на отдельных работах с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений.

Кроме того, в соответствии с Федеральным законом¹ от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», закрепляющим право на сокращенную продолжительность рабочего времени за медицинскими работниками, осуществляющими диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, Постановлением Правительства РФ «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» 36-часовая рабочая неделя установлена для следующих категорий медицинских работников:

– врачей, выполняющих работу непосредственно по диагностике и оказанию медицинской помощи больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным, проведение судебно-медицинской экспертизы и другой работы с больными

¹ Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995. № 38-ФЗ // СЗ РФ. 1995. № 14. Ст.1212.

СПИДом и ВИЧ-инфицированными, в том числе лабораторных исследований крови и материалов, поступающих от больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных;

- среднего медицинского персонала, выполняющего работу непосредственно по оказанию медицинской помощи и обслуживанию больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных, а также работу по проведению судебно-медицинской экспертизы и другую работу с больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными;

- младшего медицинского персонала, выполняющего работу непосредственно по обслуживанию и уходу за больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными, а также осуществляющего работу непосредственно с кровью и материалами больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных.

Не более 33 часов в неделю должны работать:

- врачи лечебно-профилактических организаций и учреждений (поликлиник, амбулаторий, диспансеров, медицинских пунктов, станций, отделений и кабинетов), занятых на исключительно амбулаторном приеме больных;

- врачи и средний медицинский персонал, занятые полный рабочий день на медицинских генераторах ультракоротковолновой частоты «УКВЧ» мощностью свыше 200 Вт;

- врачи-стоматологи, врачи – стоматологи-ортопеды, врачи – стоматологи – ортопеды, врачи-стоматологи детские, врачи – стоматологи-терапевты, зубные врачи, зубные техники (кроме врача – стоматолога-хирурга, врача – челюстно-лицевого хирурга).

Право на сокращенную продолжительность рабочего времени 30 часов в неделю имеют:

- врачи, средний и младший медицинский персонал патологоанатомических отделений, лабораторий, прозекторских и моргов, а также бюро судебно-медицинской экспертизы, работа которых непосредственно связана с трупами и трупным материалом;

– медицинские работники, работа которых связана с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений по должностям, предусмотренным приложением № 3 к Постановлению Правительства РФ «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности»;

– медицинские работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи в должностях, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза (данная гарантия предусмотрена Федеральным законом от 18 июня 2001 года № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»¹; перечень должностей медицинских работников, имеющих право на сокращенную продолжительность рабочего времени указанной продолжительности установлен совместным Приказом Минздрава России, Минобороны России, МВД России, Минюста России, Минобразования России, Минсельхоза России и ФПС России от 30 мая 2003 года № 225/194/363/126/2330/777/292 «Об утверждении Перечня должностей, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями»²).

Сокращенная продолжительность рабочего времени 24 часа в неделю установлена для медицинских работников, непосредственно осуществляющих гамма-терапию и экспериментальное гамма-облучение гамма-препаратами в радиоманипуляционных кабинетах и лабораториях.

¹ Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18 июня 2001. № 77-ФЗ // СЗ РФ. 2001. № 26. Ст. 2581.

² Приказ Минздрава Российской Федерации, Минобороны Российской Федерации, МВД Российской Федерации, Минюста Российской Федерации, Минобразования Российской Федерации, Минсельхоза Российской Федерации и ФПС Российской Федерации «Об утверждении Перечня должностей, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда» от 30 мая 2003. № 225/194/363/126/2330/777/292 // Российская газета. 2003. 7 июня. № 110.

Федеральным законом от 7 ноября 2000 года № 136-ФЗ «О социальной защите граждан, занятых на работах с химическим оружием»¹ установлена 24-часовая и 36-часовая рабочая неделя отдельным категориям медицинских работников, занятым на работах, относящихся соответственно к первой или второй группе работ с химическим оружием.

Как указал в своем решении Верховный Суд РФ сокращенная продолжительность рабочего времени может устанавливаться медицинским работникам как по формальным основаниям в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности, так и в связи с фактическими условиями труда, определяемыми по результатам аттестации рабочих мест².

Помимо установления сокращенной продолжительности рабочего времени, защита временем медицинских работников проявляется в увеличении продолжительности ежегодных оплачиваемых отпусков за счет предоставления ежегодных дополнительных оплачиваемых отпусков. Одним из основных документов, используемых в настоящее время при решении вопросов, связанных с продолжительностью ежегодных дополнительных оплачиваемых отпусков медицинских работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, является Постановление Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25 октября 1974 года № 298/П-22 «Об утверждении списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день»³. Данный документ в соответствии со ст. 423 ТК РФ действует в части, не противоречащей ТК РФ. Раздел XL Списка «Здравоохранение» предусматривает ежегодные дополнительные

¹ Федеральный закон «О социальной защите граждан, занятых на работах с химическим оружием» от 7 ноября 2000. № 136-ФЗ // Российская газета. 2000. 9 ноября. № 215.

² Решение Верховного Суда Российской Федерации от 10 января 2013. № АКПИ12-1467 // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2013. № 9.

³ Постановление Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС «Об утверждении списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день» от 25 октября 1974. № 298/П-22 // Сборник «Ветеринарное законодательство». Том III. М.: Колос, 1981.

отпуска различной продолжительности для большинства должностей (специальностей) медицинских работников. Тем не менее при определении права медицинского работника на ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск и другие компенсации за работу с вредными условиями труда, в первую очередь необходимо руководствоваться положениями ст. 219 ТК РФ, согласно которой в случае обеспечения на рабочих местах безопасных условий труда, подтвержденных результатами аттестации рабочих мест по условиям труда или заключением государственной экспертизы условий труда, компенсации работникам не устанавливаются.

Ежегодные дополнительные отпуска отдельным категориям медицинских работников предусмотрены и иными нормативными правовыми актами. В частности, право на дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда имеют медицинские работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи и осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных. Постановлением Правительства РФ от 6 июня 2013 года № 482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников»¹ таким медицинским работникам в зависимости от специальности устанавливается ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью от 14 до 35 календарных дней.

Ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 56 и 49 календарных дней соответственно устанавливается отдельным категориям

¹ Постановление Правительства Российской Федерации «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников» от 6 июня 2013. № 482// СЗ РФ. 2013. № 24.Ст. 3005.

медицинских работников, занятым на работах, относящихся к первой или второй группе работ с химическим оружием¹.

Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью три дня предоставляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30 декабря 1998 года № 1588 «Об установлении врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) ежегодного дополнительного оплачиваемого трехдневного отпуска за непрерывную работу в этих должностях»² врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам при врачах общей практики (семейных врачах). Отпуск предоставляется за непрерывную работу в этих должностях свыше трех лет. При этом при определении продолжительности непрерывной работы в должностях врачей общей практики (семейного врача) и медицинских сестер врачей общей практики (семейного врача) для предоставления дополнительного оплачиваемого отпуска засчитывается время непосредственно предшествующей непрерывной работы в должностях участковых врачей-терапевтов и участковых врачей-педиатров территориальных участков и медицинских сестер терапевтических и педиатрических территориальных участков.

Специфика деятельности медицинских работников и медицинских организаций – оказывать гражданам медицинскую помощь, в том числе, в экстренной форме и обеспечивать бесперебойную работу организации в выходные и нерабочие праздничные дни в любое время суток. В случае обращения к медицинскому работнику он обязан оказать медицинскую помощь и за пределами рабочего времени. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским

¹ Шадрина Т.В. Указ. соч.С.32.

² Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 1998. № 1588 «Об установлении врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) ежегодного дополнительного оплачиваемого 3-дневного отпуска за непрерывную работу в этих должностях» // СЗ РФ. 1999. № 2.Ст. 300.

работником гражданину безотлагательно и бесплатно¹. Отказ в ее оказании не допускается (статья 124 Уголовного кодекса Российской Федерации).

В 2011 году последовало поручение Председателя Правительства РФ Министерству здравоохранения и социального развития РФ разработать проект федерального закона о внесении изменений в Трудовой кодекс РФ, закрепляющий особенности труда врачей и среднего медицинского персонала при осуществлении ими дежурства на дому. Удивительно, но цель законопроекта была обозначена как получение в полном объеме медицинской помощи в сельских районах и поселках городского типа при условии дефицита медицинских работников: «Отдельным категориям медицинских работников медицинских организаций (структурных подразделений), расположенных в сельской местности и в поселках городского типа, могут устанавливаться дежурства на дому»².

В отличие от Законопроекта статья 350 Трудового Кодекса Российской Федерации устанавливает дежурства на дому любым медицинским работникам любых медицинских организаций. При этом дежурство на дому это – пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу (для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи в следующих формах:

а) экстренной – при внезапных острых заболеваниях, состояниях,

¹ Дацко Н.П., Воронова Н.М. Специфика рабочего времени медицинских работников: дежурство на дому // Актуальные проблемы права России и стран СНГ. 2014. Материалы XVI Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора, доктора юридических наук, Заслуженного деятеля Высшей школы Юрия Даниловича Лившица (Юридический факультет Южно-Уральского государственного университета, 4 апреля 2014.). Челябинск: Цицеро, 2014. С. 288.

² Законопроект № 186154-6 о внесении изменения в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации об установлении дежурства на дому отдельными категориями медицинских работников.// [Электронный ресурс] <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения 23.12.2017)

обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

б) неотложной – при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента¹.

В случае поступления вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме на вызов направляется ближайшая свободная обще профильная выездная бригада скорой медицинской помощи или специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи.

Выездные бригады скорой медицинской помощи по своему профилю подразделяются на обще профильные, специализированные, экстренные консультативные, акушерские, авиа медицинские, которые создаются с учетом необходимости обеспечения круглосуточной посменной работы, численности населения, средним радиусом территории обслуживания, средней нагрузки на одну бригаду скорой медицинской помощи в сутки, коэффициентом загрузки бригад скорой медицинской помощи. С каждым годом количество вызовов бригад скорой медицинской помощи растет и время оказания экстренной помощи, особенно в мегаполисах, крайне ограничено транспортной доступностью. Если повод для вызова бригады скорой медицинской помощи экстренный, то бригада должна оказаться на вызове в течении 15 минут и начать оказывать медицинскую помощь, при необходимости госпитализировать больного в профильный стационар. При дежурстве медицинского работника на дому это практически невыполнимо².

В обязательном порядке выезжающий на вызов медработник должен быть обеспечен соответствующей медицинской аппаратурой и медикаментами (включая наркотические средства), которые ответственный медработник получает лично на подстанции скорой помощи и несет

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» от 20 июня 2013. № 388н // Российская газета. 2013. 5 сентября. № 197/1.

² Дацко Н.П., Воронова Н.М. Указ. соч.С. 29.

ответственность за их сохранность. Так же бригада, как правило, состоит из трех человек: врач, помощник (фельдшер, медсестра, санитар), водитель. Используя дежурство на дому невозможно столь быстро собрать всю бригаду, которая в кратчайшие сроки приступила бы к выполнению своих обязанностей.

Наиболее перспективным представляется введение дежурства на дому, для бригад неотложной медицинской помощи, которая осуществляется врачами неотложной помощи и врачами поликлинических служб в определенном режиме.

Рассматривая медицинских работников, занимающихся лечебной деятельностью, в сельских районах, дежурства на дому возможны только для узких специалистов. Обычно дежурят: кардиологи, травматологи, хирурги, рентгенологи и другие специалисты. Такие бригады формируют при стационарах в небольших поселках и поселках городского типа, где есть скорая помощь. Здесь, при необходимости, вызывают на консультацию специалистов узкого профиля.

Вновь введенный режим рабочего времени устанавливает, что при учёте времени, фактически отработанного медицинским работником медицинской организации, время дежурства на дому учитывается в размере одной второй часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учётом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени каждого конкретного медицинского работника медицинской организации за соответствующий период, поскольку, для медицинских работников установлено сокращенное рабочее время, которое может быть различным, особенно для узких специалистов. Следует обратить особое внимание на то, что дежурства вводятся только с согласия работника. Особенности режима рабочего времени и учёта рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому будут установлены федеральным органом исполнительной

власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области здравоохранения.

Медицинским работникам организаций здравоохранения, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, Постановлением Правительства от 12 ноября 2002 года № 813 «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа»¹ установлена продолжительность работы по совместительству не более 8 часов в день и 39 часов в неделю.

Особенности регулирования работы по совместительству медицинских работников, в соответствии с положениями ч. 6 ст. 282 ТК и Постановлением Правительства РФ от 4 апреля 2003 года № 197 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры»², установлены Постановлением Минтруда России от 30 июня 2003 года № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры»³.

Согласно данному постановлению медицинские работники вправе осуществлять работу по совместительству, в том числе по аналогичной должности, специальности, профессии, а также в случаях, когда установлена сокращенная продолжительность рабочего времени (за исключением работ, в

¹Постановление Правительства Российской Федерации «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа» от 12 ноября 2002. № 813 // Российская газета. 2002. 21 ноября. № 281.

²Постановление Правительства Российской Федерации «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» от 4 апреля 2003. № 197 // Российская газета. 2003. 9 апреля. № 67.

³Постановление Минтруда Российской Федерации «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» от 30 июня 2003. № 41 // Российская газета. 2003. 16 августа. № 162.

отношении которых нормативными правовыми актами РФ установлены санитарно-гигиенические ограничения).

При этом продолжительность работы по совместительству медицинских работников в течение месяца устанавливается по соглашению между работником и работодателем и по каждому трудовому договору она не может превышать:

- для медицинских работников – половину месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели;

- медицинских работников, у которых половина месячной нормы рабочего времени по основной работе составляет менее 16 часов в неделю, – 16 часов работы в неделю;

- младшего медицинского персонала – месячную норму рабочего времени, исчисленную из установленной продолжительности рабочей недели;

- врачей и среднего медицинского персонала городов, районов и иных муниципальных образований, где имеется их недостаток, – месячную норму рабочего времени, исчисленную из установленной продолжительности рабочей недели. При этом продолжительность работы по совместительству по конкретным должностям в учреждениях и иных организациях федерального подчинения устанавливается в порядке, определяемом федеральными органами исполнительной власти, а в учреждениях и иных организациях, находящихся в ведении субъектов РФ или органов местного самоуправления, – в порядке, определяемом органами государственной власти субъектов РФ или органами местного самоуправления¹.

Так, например, врачам и среднему медицинскому персоналу государственных учреждений социальной сферы. Г. Москвы Распоряжением Правительства Москвы от 20 июля 2006 года № 1400-РП «О работе по совместительству медицинских работников» установлена максимальная

¹ Данилова В.В. Совместительство медработников // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2014. № 6.С.32.

продолжительность работы по совместительству – не более месячной нормы рабочего времени.

При определении максимальной продолжительности труда по совместительству нужно учитывать сокращенную продолжительность работы медицинских сотрудников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности, установленную Постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2003 года № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».

2.3 Ответственность медицинских работников в трудовых правоотношениях

Административная ответственность медицинского работника – это частный вариант юридической ответственности, наступающий в случае совершения правонарушения, предусмотренного административным законодательством.

Для понимания роли и значения данного вида ответственности медицинских работников, приведем общие принципы административной ответственности.

1. Административная ответственность наступает не за любое правонарушение, совершенное в сфере государственного управления. Перечень областей применения, так и самих правонарушений приведен в Кодексе РФ об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 года № 195-ФЗ¹.

Для медицинских работников наибольшее значение имеют административные правонарушения, посягающие на здоровье и санитарно-эпидемическое благополучие населения.

¹ Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001. № 195-ФЗ // Российская газета. 2001. 31 декабря. № 256.

2. Административная ответственность распространяется как на физических, так и на юридических лиц, действующих в регулируемой правилами области, вне зависимости от формы собственности, ведомственной принадлежности.

3. Меры административной ответственности применяются специальными субъектами, уполномоченными рассматривать дела об административных правонарушениях.

4. Меры административной ответственности применяются в соответствии с особым процессуальным порядком – производством по делам об административной ответственности.

5. Административная ответственность непосредственно выражается в применении к лицам, совершающим правонарушение, административных наказаний

Административными правонарушениями, предусмотренными Кодексом об административных правонарушениях, и являющимися наиболее значимыми для сферы медицинской деятельности, являются:

- отказ в предоставлении гражданину информации (ст. 5.39);
- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством) (ст. 6.2);
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 6.3);
- осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии) (ст. 14.1);
- заведомо ложные показания свидетеля, пояснение специалиста, заключение эксперта или заведомо неправильный перевод (ст. 17.9).

Действующий КоАП РФ определяет следующие виды административных наказаний (ст. 3.2.):

- 1) предупреждение;

- 2) административный штраф;
- 4) конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения;
- 5) лишение специального права, предоставленного физическому лицу;
- 6) административный арест;
- 7) административное выдворение за пределы Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства;
- 8) дисквалификация;
- 9) административное приостановление деятельности;
- 10) обязательные работы;
- 11) административный запрет на посещение мест проведения официальных спортивных соревнований в дни их проведения.

Характерно, что в отношении юридического лица (медицинского учреждения) могут применяться административные наказания, перечисленные в пунктах 1 – 4 и 9.

Дисциплинарная ответственность медицинского работника – это частный вариант юридической ответственности, наступающей в случае нарушения медицинским работником трудовых обязанностей. Следует особо подчеркнуть, что речь идет именно о нарушении трудовых обязанностей медицинского работника. Как следует из статьи 419 Трудового Кодекса РФ, лица, виновные в нарушении трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, привлекаются к дисциплинарной ответственности в порядке, установленном Трудовым Кодексом, иными федеральными законами, а также привлекаются к гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности в порядке, установленном федеральными законами.

Работник обязан:

- добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации;

- соблюдать трудовую дисциплину;
- выполнять установленные нормы труда;
- соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;
- бережно относиться к имуществу работодателя (в том числе к имуществу третьих лиц, находящемуся у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества) и других работников;
- незамедлительно сообщить работодателю либо непосредственному руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества) (ст. 21 ТК РФ).

В этой связи за несоблюдение любой из перечисленных обязанностей медицинский работник может быть привлечен к дисциплинарной ответственности. Противоправным является такое поведение (т.е. действие или бездействие) работника, которое не соответствует установленным правилам поведения.

Таким образом, профессиональные обязанности медицинских работников гораздо шире, чем их трудовые обязанности, выполняемые по месту трудовой деятельности.

Законодатель выделяет три основных варианта дисциплинарных взысканий:

1. Замечание.
2. Выговор.
3. Увольнение по соответствующим основаниям.

Следует привести основные законодательно определенные (статья 193 ТК РФ) принципы наложения дисциплинарного взыскания применительно к сфере медицинской деятельности:

1. До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме.

2. Отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

3. Дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников.

4. Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки – позднее двух лет со дня его совершения.

5. За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание.

6. Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение трех рабочих дней со дня его издания.

7. Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственные инспекции труда или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не был подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то примененные к нему меры дисциплинарного характера считаются снятыми, а работник считается не имеющим дисциплинарного взыскания. Помимо автоматического снятия взыскания, работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников.

Федеральный закон от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»¹ (далее – Закон № 3-ФЗ) является

¹Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998. № 3-ФЗ // Российская газета. 1998. 15 января. № 7.

основным законодательным актом, который регламентирует оборот НС и ПВ в Российской Федерации, а также определяет меры противодействия их незаконному обороту. В соответствии с Законом № 3-ФЗ в Российской Федерации считается незаконным потребление НС и ПВ без назначения врача. Кроме того, закон закрепляет такие понятия, как оборот НС и ПВ, незаконный оборот НС и ПВ, изготовление НС и ПВ, переработка, распределение, ввоз (вывоз) НС, наркомания.

Постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 года № 681¹ утвержден Перечень наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, который состоит из четырех списков, в соответствии с мерами контроля, применяемыми к НС и ПВ.

Все работы с НС и ПВ в медицинской организации, в т.ч. на станции СМП, регламентируются приказом главного врача, который ежегодно издается в срок до 10 января.

С приказом должны быть ознакомлены все сотрудники, имеющие допуск к работе с НС и ПВ. Ознакомление должно быть подтверждено указанием фамилии, инициалов и подписью.

Все работы с НС и ПВ в медицинской организации, в т. ч. на станции СМП, регламентируются приказом главного врача, который ежегодно издается в срок до 10 января, с которым должны быть ознакомлены все сотрудники, имеющие допуск к работе с НС и ПВ.

В должностные обязанности врача входит строго регламентированная процедура работы с подобными препаратами.

Когда бригада СМП применяет на вызове препараты (наркотические или психотропные), делается запись в карте вызова, где указывается в специальной графе название препарата, его количество, способ введения, время назначения, время введения, время наступления эффекта. Ставится 3

¹ Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» от 30 июня 1998. № 681.

подписи врача, назначившего инъекцию и 1 подпись фельдшера, сделавшего инъекцию. Если помощник не имеет допуска к наркотическим средствам, то инъекцию этого препарата и роспись делает врач. Если инъекция сделана в автомобиле АСМП, это указывается в графе адреса. Также указываются показания к назначению этого препарата, указывается наступил ли эффект, ставится полный диагноз, указывается судьба пациента (оставлен дома, госпитализирован – указывается стационар), 3 подписи врача и 1 подпись помощника (если есть допуск). Этот бланк заполняется в 2 экземплярах. Правильность заполнения бланков проверяется фельдшером комнаты комплектации.

Кроме того, любой работник СМП должен помнить, что небольшая оплошность в работе с НС и ПВ (потерялась пустая ампула, по неосторожности было разбито несколько ампул, были нарушены правила ведения документации и др.) может повлечь запрет на работу с НС и ПВ со стороны территориального органа Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков. Фактически такой запрет ведет к невозможности работать в службе СМП.

Просмотрев судебные дела, касающиеся медицинских работников, непосредственно связанных с нарушением оборота наркотических средств, мной было обнаружено малое количество подобных дел. Приведу несколько примеров:

1) Приговором районного суда от 5 декабря 2006 г. З. был оправдан по ч.1 ст. 228.2 УК РФ по обвинению в том¹, что он, будучи главным врачом центральной районной больницы, в нарушение действовавшей инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, дальнейшее использование которых было признано нецелесообразным, после использования ампул с кетаминном не передал остатки психотропного

¹ Обзор судебной практики Челябинского областного суда по уголовным делам о преступлениях, связанных с незаконным оборотом наркотиков от 15.06.2006. // [Электронный ресурс] URL:<http://www.chel-oblsud.ru/index.php?html=rev>(дата обращения 23.12.2018).

вещества для уничтожения в областной аптечный склад, а дважды 22 декабря 2003 г. и 10 января 2005 г. издал приказы, где указал иной способ уничтожения остатков психотропного вещества, во исполнение которых 7 ноября 2004 г. было уничтожено путем выливания в канализацию 75г кетамина, 25 января 2005 г. – 65г кетамина, что, по мнению обвинения, повлекло утрату указанного количества кетамина. Кассационная инстанция определением от 5 февраля 2007 г. оставила приговор без изменения, а кассационное представление прокурора без удовлетворения, указав на то, что суд первой инстанции обоснованно пришел к выводу об отсутствии в действиях З. состава преступления, поскольку уничтожение вещества, подлежащего обязательному уничтожению, даже если это произошло с нарушением существующих правил, нельзя расценивать как утрату указанных объектов.

2) В Челябинске терапевт городской больницы, Хованская Н. Ю. выдававшая сильнодействующий препарат для наркозависимого, оштрафована за дачу взятки должностному лицу. Напомним, в 2012 году сотрудник городской больницы неоднократно выдавала знакомой рецепты на получение сильнодействующего лекарства. Рецепты врач выписывала на имена пациентов, которые в лекарстве не нуждались, а сильнодействующий препарат приобретался для наркозависимого родственника ее приятельницы. По факту получения взятки и служебного подлога (статьи 290, 292 УК РФ) терапевт оштрафована на 30 тысяч рублей, а также лишена права назначать и выписывать сильнодействующие лекарственные препараты на срок 1 год 1 месяц. Как сообщили корреспонденту «Нового Региона» в пресс-службе областной прокуратуры, также по решению Советского районного суда¹ вдобавок женщина признана виновной в даче взятки должностному лицу и

¹ Решение Советского районного суда г. Челябинска по делу № 1-179/2012 от 17.05.2012.[Электронный ресурс] URL: <http://sovetsky.chel.sudrf.ru/>.(дата обращения 12.10.2017).

приговорена (статья 291 УК РФ) к наказанию в виде штрафа в размере 8 тысяч рублей.

3) В Челябинске вынесен приговор в отношении Александра Чиглинцева, 1957 года рождения, заместителя главного врача по контролю качества медицинской помощи в МУЗ ГKB №6, обвиняемого в хищении наркотических лекарственных средств. Об этом 22 декабря сообщили в пресс-службе прокуратуры Челябинской области. Следствием установлено, что зам.глав.врача, являясь по совместителю врачом-урологом, внес в медицинские карты 4 больных, заведомо недостоверные сведения о необходимости введения каждому больному внутримышечно одной ампулы наркотического лекарственного средства «Промедол 2%». Чиглинцев дал устные указания врачам отделения о внесении второй подписи под назначениями. После чего изъял у палатных медсестер и забрал себе 4 ампулы наркотического лекарственного средства. Суд приговорил врача к наказанию в виде лишения свободы сроком на 6 лет 1 месяц условно с испытательным сроком в 5 лет и штрафом в размере 20 тыс. рублей, с лишением права занимать руководящие должности в государственных учреждениях системы здравоохранения на 3 года¹.

На основании анализа судебных дел можно прийти к выводу, что малое количество подобных дел связано не с сокрытием факта преступления, а с ответственным подходом к назначению наркотических препаратов медицинскими работниками.

Просмотрев судебные дела, касающиеся медицинских работников, непосредственно связанных с некоторыми видами ответственности данных работников, приведу несколько примеров:

1) Ланцова О. И. обратилась в Псковский городской суд с иском к ГУЗ «Псковский госпиталь для ветеранов войн» о признании приказа о

¹Решение Metallургического районного суда г. Челябинска по делу № 1-484/2010 от 11.12.2010. [Электронный ресурс] URL: <http://metal.chel.sudrf.ru/>. (дата обращения 05.12.2017.)

наложении дисциплинарного взыскания незаконным и взыскании компенсации морального вреда. Работает медицинской сестрой по массажу отделения восстановительного лечения поликлиники госпиталя. Приказом начальника ГУЗ «Псковский госпиталь для ветеранов войн» от 07 апреля 2010 года № 77-од она была привлечена к дисциплинарной ответственности в виде замечания. Со слов начальника госпиталя О.А.А., причиной применения дисциплинарного взыскания стало её отсутствие на рабочем месте 25 марта 2010 года с 14.00 часов до 15.30 часов без уважительной причины. Привлечение к дисциплинарной ответственности Ланцова О. И. считает необоснованным и незаконным, т.к. находилась на совещании медицинских сестер с разрешения должностных лиц госпиталя. Весь этот рабочий день она не покидала здание госпиталя. Процедуры, назначенные пациентам, она выполнила в полном объеме, её присутствие на заседании Совета медсестер не отразилось негативно на работе учреждения здравоохранения и никаких вредных последствий не наступило. Руководствуясь ст.ст. 194, 198 ГПК РФ суд решил¹: исковое заявление Ланцовой О. И. к ГУЗ «Псковский госпиталь для ветеранов войн» о признании приказа о наложении дисциплинарного взыскания незаконным и взыскании компенсации морального вреда удовлетворить частично. Признать приказ ГУЗ «Псковский госпиталь для ветеранов войн» от 07.04.2010 г. № 77 – Од о наложении дисциплинарного взыскания на медицинскую сестру по массажу отделения восстановительного лечения Ланцову О. И. в виде замечания незаконным и подлежащим отмене. Взыскать с ГУЗ «Псковский госпиталь для ветеранов войн» в пользу Ланцовой О. И. компенсацию морального вреда в сумме 2000 (две тысячи) рублей 00 копеек, в остальной части отказать.

2) Девятьяров Н.Л. совершил причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. Приказом главного врача от 11 января 2009

¹Решение Псковского городского суда Псковской области по делу № 2-2797/2010 от 10.08.2010. [Электронный ресурс] URL: <http://pskovskygor.psk.sudrf.ru/>(дата обращения 29.05.2016).

года Деветьярову Н.Л. на срок с 11 января 2009 года по 31 декабря 2009 года была поручена работа по должности врача терапевта в терапевтическом отделении в порядке совмещения должностей. 27 декабря 2009 года. обратилась в поликлинику на прием к Деветьярову Н.Л. с жалобами на повышение температуры тела до 39,5°C, насморк, кашель. Деветьяров Н.Л. установил Ж. неверный диагноз «острый бронхит», назначил ей консультацию гинеколога, необходимого ей лечения не назначил. Деветьяровым Н.Л. при осмотрах Ж. 27 и 28 декабря 2009 года не был установлен диагноз «грипп А/Н1N1», осложненный двусторонней пневмонией. К наблюдению за Ж. и ее лечению врач терапевт Деветьяров Н.Л. отнесся небрежно, вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей. В результате, к вечеру 28 декабря 2009 года состояние Ж. ухудшилось, помимо одышки и кашля с мокротой, появился акроцианоз, сохранялись повышенная температура тела, ослабленное дыхание в нижних отделах легких, дежурным врачом впервые был установлен диагноз: «внебольничная двусторонняя пневмония в нижних долях средней тяжести». 29 декабря 2009 года Ж. скончалась. Суд признал Деветьярова Н.Л. виновным в совершении преступления, предусмотренного ст. 109 ч. 2 УК РФ и назначил ему наказание в виде двух лет лишения свободы с лишением права заниматься медицинской деятельностью и оказанием медицинской помощи в области здравоохранения на срок два года¹.

¹ Решение Омутинского районного суда Кировской области по делу № 1-37/2011 от 06.05.2011. [Электронный ресурс] URL: <http://omutninsky.kir.sudrf.ru/>(дата обращения 14.03.2014).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

В правовом статусе медицинского работника с точки зрения трудового законодательства можно выделить три составляющие:

1) общий статус, основанный на заключенном трудовом договоре и представляющий собой систему общих прав, обязанностей и ответственности, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права;

2) специальный статус, обусловленный спецификой занимаемой должности и (или) специальности, уровнем образования, квалификацией;

3) индивидуальный статус, зависящий от морально-нравственных качеств конкретного работника, соблюдения им принципов медицинской этики и деонтологии.

Специфическая трудовая правосубъектность медицинских работников обусловлена как общими нормами законодательства о труде, так и положениями специальных нормативных актов, регулирующих отдельные аспекты деятельности.

Специфика профессиональной деятельности медицинских работников порождает особенности регулирования их труда: систему ограничений на допуск осуществлению медицинской деятельности, повышенную ответственность за результаты труда, а также комплекс дополнительных гарантий, компенсаций и социальных льгот.

В частности, к особенностям труда медицинских работников можно отнести: установление им сокращенной продолжительности рабочего времени – от 36 до 24 часов в неделю в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности, но в любом случае не свыше 39 часов в неделю; предоставление отдельным категориям медицинских работников ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска; увеличение продолжительности работы по совместительству по сравнению с общими правилами, определенными ТК РФ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

РАЗДЕЛ I Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации: принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993. // Российская газета. 1993. 25 декабря. № 237.
2. Всеобщая декларация прав человека: принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948. // Российская газета. 1998. 10 декабря.
3. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001. № 197-ФЗ // Российская газета. 2001. 31 декабря. № 256.
4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001. № 195-ФЗ // Российская газета. 2001. 31 декабря. № 256.
5. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996. № 63-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.
6. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26 января 1996. № 14-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 5. Ст. 410.
7. Федеральный закон «О специальной оценке условий труда» от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ // Российская газета. 2013. 30 декабря. № 295.
8. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О специальной оценке условий труда»» от 28 декабря 2013 г. N 421-ФЗ // Российская газета. 2013. 31 декабря. № 6272.
9. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011. № 323-ФЗ // Российская газета. 2011. 23 ноября. № 263.
10. Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18 июня 2001. № 77-ФЗ // СЗ РФ. 2001. № 26. Ст. 2581.

11. Федеральный закон «О социальной защите граждан, занятых на работах с химическим оружием» от 7 ноября 2000. № 136-ФЗ // Российская газета. 2000. 9 ноября. № 215.
12. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998. № 3-ФЗ // Российская газета. 1998. 15 января. № 7.
13. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995. № 38-ФЗ // СЗ РФ. 1995. № 14. Ст.1212.
14. Постановление Правительства Российской Федерации «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников» от 6 июня 2013. № 482 // СЗ РФ. 2013. № 24.Ст.3005.
15. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятие которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией» от 18 мая 2011. № 394 // Российская газета. 2011. 24 мая. № 109.
16. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Перечня должностей подлежащих обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников» от 3 апреля 2006. № 191 // СЗ РФ.2006. № 15.Ст.1621.
17. Постановление Правительства Российской Федерации «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских,

- фармацевтических работников и работников культуры» от 4 апреля 2003. № 197 // Российская газета. 2003. 9 апреля. № 67.
18. Постановление Правительства Российской Федерации «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» от 14 февраля 2003. № 101 // Российская газета. 2003. 20 февраля. № 33.
19. Постановление Правительства Российской Федерации «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа» от 12 ноября 2002. № 813 // Российская газета. 2002. 21 ноября. № 281.
20. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 1998 г. № 1588 «Об установлении врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) ежегодного дополнительного оплачиваемого 3-дневного отпуска за непрерывную работу в этих должностях» // СЗ РФ. 1999. №2. Ст.300.
21. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ» от 6 августа 1998. № 892 // СЗ РФ. 1998. № 33. Ст.4009.
22. Постановление Минтруда Российской Федерации «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» от 30 июня 2003. № 41 // Российская газета. 2003. 16 августа. № 162.
23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» от 20 июня 2013. № 388н // Российская газета. 2013. 5 сентября. № 197/1.

24. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013. № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» // Российская газета. 2013. 24 июля. № 160.
25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» от 3 августа 2012. № 66н // Российская газета. 2012. 19 сентября. № 215.
26. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала» от 19 марта 2012. № 239н // Российская газета. 2012. 22 июня. № 141.
27. Приказ МВД Российской Федерации «Об утверждении Административного регламента Министерства внутренних дел Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по выдаче справок о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования» от 7 ноября 2011. № 1121 // Российская газета. 2012. 11 января. № 2.

28. Приказ Минздрав соцразвития России «Об утверждении Порядка выдачи листов нетрудоспособности» от 29 июня 2011. № 624н // Российская газета. 2011. 11 июля. № 148.
29. Приказ Минздрав соцразвития России «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» от 23 июля 2010. № 541н // Российская газета. 2010. 27 сентября. № 217.
30. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» от 7 июля 2009. № 415н // Российская газета. 2009. 26 августа. № 158.
31. Приказ Минздрава Российской Федерации, Минобороны Российской Федерации, МВД Российской Федерации, Минюста Российской Федерации, Минобразования Российской Федерации, Минсельхоза Российской Федерации ФПС Российской Федерации «Об утверждении Перечня должностей, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда» от 30 мая 2003. № 225/194/363/126/2330/777/292 // Российская газета. 2003. 7 июня. № 110.
32. Постановление Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС «Об утверждении списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день» от 25 октября 1974. № 298/П-22 // Сборник «Ветеринарное законодательство». Том III. М.: Колос, 1981.

33. Закон СССР «Об утверждении Основ законодательства Союза СССР и союзных республик о здравоохранении» от 19 декабря 1969. № 4589-VII // Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 52. 466 с. Утратил силу.
34. Декрет ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников» от 1 декабря 1924. // СУ РСФСР. 1924. №88.892 с. Утратил силу.
35. Постановление СНК СССР «О порядке проведения медицинских операций» от 15 сентября 1937. № 1607 // СЗ СССР. 1937. № 62.274 с. Утратил силу.
36. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О признании утратившим силу пункта 7.1. Положения об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 октября 1999. № 377» от 12 апреля 2007. № 262// Российская газета. 2007. 23 мая. № 107. Утратил силу.
37. Приказ Минздрава Российской Федерации «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения» от 15 октября 1999. № 377// Российская газета. 1999. 16 ноября. № 227. Утратил силу.

РАЗДЕЛ II ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Акулина, Т.И. Правовой статус медицинского работника как специального субъекта трудового права / Т.И. Акулина // Закон. 2012. № 4. С. 163 – 170
2. Багирова В.Л. Управление и экономика фармации: Учебник под ред. В.Л. Багирова. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. 659 с.
3. Давыдова, Е.В. Дежурство медиков на дому: учитываем время/ Е.В. Давыдова // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2014. № 6. С.35 – 37.

4. Данилова, В.В. Совместительство медработников/ В.В. Данилова // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2014. № 6. С. 31 – 34.
5. Дацко, Н.П., Воронова, Н.М. Специфика рабочего времени медицинских работников: дежурство на дому / Н.П. Дацко, Н.М. Воронова // Актуальные проблемы права России и стран СНГ 2014. Материалы XVI Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора, доктора юридических наук, Заслуженного деятеля Высшей школы Юрия Даниловича Лившица (Юридический факультет Южно-Уральского государственного университета, 4 апреля 2014 г.). Челябинск: Цицеро, 2014. С. 288 – 291.
6. Евдокименко, Ю.А. Правовой статус медицинских работников / Ю.А. Евдокименко // Вестник магистратуры. 2013. № 9. С.102 – 105.
7. Закон об уголовном праве Израиля / Предисл., пер. с иврита: М. Дорфман; науч. ред. Н.И. Мацнев. СПб.: Юридический центр Пресс, 2005. 412 с.
8. Зверева, Е.С. Вредные условия труда: регулирование трудовых отношений в фармацевтических организациях / Е.С. Зверева // Новая аптека. 2014. №12.С. 40-48.
9. Козлов, Ю.М. Административное право: учебник / Ю.М. Козлов. М.: Юристъ, 2001. 320 с.
10. Косова И.В. Организация и экономика фармации .учеб.метод. пособие \\ под ред. Лоскутовой Е.Е. М.: Издательский центр «Академия» 2014. 448 с.
11. Кралько, А.А. Правовой статус медицинского работника / А.А. Кралько // Медицинские новости. 2012. № 5.С.45-54.
12. Кузнецов, А.В. Государственная служба и служащие государственных научных, образовательных и медицинских учреждений / А.В. Кузнецов

- //Электронныйресурс.КРАДРАТ<http://polygonv.narod.ru/projekts/3/index.html> (дата обращения 20.01. 2019).
13. Куликов, А.Ю. Влияние рынка труда и медицинского образования на качество труда врачей / А.Ю. Куликов //Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2016. № 2. с. 51 – 55.
 14. Киселева, Л.Г. Охрана труда аптечных работников / Л.Г. Киселева // Российские аптеки. 2015. № 2.С.35-39.
 15. Манойлова, Л.М. Организация труда и охрана профессионального здоровья работника аптечных учреждений / Л.М. Манойлова. СПб.: Мед. акад. последипломного образования, 2014. 189 с.
 16. Морозов, М.В. Уголовно-правовая защита профессиональной деятельности медицинских работников в зарубежных странах / М.В. Морозов // Бизнес в законе. 2013. № 1.С.67-75.
 17. Ожегов, С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов. М.: Русский язык, 2008. 917 с.
 18. Орлов, В.С. Субъект преступления по советскому уголовному праву / В.С. Орлов. М.: Госюриздат, 1958. 260 с.
 19. Особенности правового регулирования труда отдельных категорий работников / Под ред. проф. Ю.П. Орловского. М.Контракт. 2014. 304с.
 20. Основы медицинского права России. Учебное пособие / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: МИА, 2007. 140 с.
 21. Раков, А.А. Проблемы уголовной ответственности медицинских работников в России и в некоторых зарубежных странах / А.А. Раков// Вестник Челябинского государственного университета. 2009.№ 7.С.91-93.
 22. Риффель, А.В. О необходимости нормативного закрепления правового статуса медицинских работников в Российской Федерации / А.В. Риффель // Экономика здравоохранения. 2009. № 4.С. 36 – 42.

23. Романовская, О.В. Особенности профессиональной деятельности медицинских работников в Российской Федерации / О.В. Романовская // Трудовое право в России и за рубежом. 2013. № 3.С. 38 – 41.
24. Сергеев, Ю.Д., Кузьмин, С.Б. Законодательное закрепление правового статуса медицинского работника актуальная проблема / Ю.Д. Сергеев, С.Б. Кузьмин // Медицинское право. 2014. № 4.С. 3 – 7.
25. Стеценко, С.Г., Гончаров, Н.Г., Пищита, А.Н. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских ВУЗов/ С.Г. Стеценко, Н.Г. Гончаров, А.Н. Пищита. М.: РМАПО, 2011. 234 с.
26. Стеценко, С.Г., Гончаров, Н.Г., Пищита, А.Н. Очерки медицинского права / С.Г. Стеценко, Н.Г. Гончаров, А.Н. Пищита. М.: ЦКБ РАН, 2004. 171 с.
27. Стеценко, С.Г., Сальников, В.П. Законодательная регламентация медицинской деятельности в России во время правления Петра I / С.Г. Стеценко, В.П. Сальников // Правоведение. 2001. № 4.С.219 – 220.
28. Стеценко, С.Г., Сальников, В.П. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (XXVII вв.) / С.Г. Стеценко, В.П. Сальников//Журнал российского права.2001.№4.С.143-151.
29. Стеценко, С.Г., Сальников, В.П. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России: история и современность / С.Г. Стеценко, В.П. Сальников // Медицинское право и этика. 2003.№2.С.37-42.
30. Сучкова, Т.Е. К вопросу о правовом статусе врача / Т.Е. Сучкова // Земский врач. 2012. № 6.С. 45-56.
- 31.Тихомиров, А.В. Законодательная реформа здравоохранения: подведение итогов / А.В. Тихомиров // Главный врач: хозяйство и право. 2012. № 1.С. 32-45.

32. Уголовный кодекс Аргентины / Науч. редактирование и вступ. статья Ю.В. Голика; перевод с испанского Л.Д. Ройзенгурта. СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. 286 с.
33. Уголовный кодекс Республики Корея / Науч. ред. и вступ. ст. А.И. Коробеева; пер. с корейского В.В. Верхолюка. СПб.:Юридический центр Пресс, 2004. 240 с.
34. Уголовный кодекс Турции / Предисл. Н. Сафарова, Х. Аджара. Науч. ред. и пер. с турецкого Н. Сафарова и Х. Бабаева. СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. 374 с.
35. Уголовный кодекс Франции / Науч. ред. Л.В. Головки, Н.Е. Крыловой; пер. с фр. и предисл. Н.Е. Крыловой. СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. 650 с.
36. Уголовный кодекс Швейцарии / Вступ. статья Ю.Н. Волкова; науч. редактирование, предисловие и перевод с нем. А.В. Серебренниковой. СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. 256 с.
37. Чириков, А.И. Организация и механизация работ в аптеках лечебных учреждений / А.И. Чириков. М.:РМАПО, 2014. 110с.
38. Шадрина, Т.В. Учет рабочего времени медицинских работников/ Т.В. Шадрина // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2013. № 11.С.30-34.
39. Смирнова, Л.И. Правовое регулирование трудовых отношений в фармацевтических организациях. учеб.-метод. пособие / под ред. д.ф.н., проф. А.В. Солониной. Пермь: ПГФА, 2008. 544 с.
40. Шадрина, Т.В. Охрана труда в аптеке и фармацевтической компании / Т.В. Шадрина // Аптека: бухгалтерский учет и налогообложение. 2016. № 10. С.45-56.

РАЗДЕЛ III Постановления высших судебных инстанций и материалы
юридической практики

1. Решение Верховного Суда Российской Федерации от 10 января 2013 г. № АКПИ12-1467 // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2013. № 9.
2. Решение Верховного Суда Российской Федерации от 31 января 2014 г. № АКПИ13-1186 [Электронный ресурс] URL: [http:// www.vsrfr.ru](http://www.vsrfr.ru). (дата обращения 20.01. 2019).
3. Обзор судебной практики Челябинского областного суда по уголовным делам о преступлениях, связанных с незаконным оборотом наркотиков от 15.06.2006 [Электронный ресурс] URL:http://www.chel-oblsud.ru/index.php?html=reviews_on_criminal_cases&mid=136(дата обращения 20.01. 2019).
4. Решение Псковского городского суда Псковской области по делу № 2-2797/2010 от 10.08.2010 [Электронный ресурс] URL: <http://pskovskygor.psk.sudrf.ru/>.(дата обращения 20.01. 2019).
5. Решение Metallургического районного суда г. Челябинска по делу № 1-484/2010 от 11.12.2010 [Электронный ресурс] URL: <http://metal.chel.sudrf.ru/>.(дата обращения 20.01. 2019).
6. Решение Омутинского районного суда Кировской области по делу № 1-37/2011 от 06.05.2011 [Электронный ресурс] URL: <http://omutninsky.kir.sudrf.ru/>.(дата обращения 20.01. 2019).
7. Решение Советского районного суда г. Челябинска по делу № 1-179/2012 от 17.05.2012 [Электронный ресурс] URL: <http://sovetsky.chel.sudrf.ru/>. (дата обращения 20.01. 2019).
8. Решение Октябрьского районного суда г. Красноярска по делу № 1-558/2013 от 20.05.2013 [Электронный ресурс] URL: <http://oktyabr.krk.sudrf.ru/>.(дата обращения 20.01. 2019).

9. Законопроект № 186154-6 о внесении изменения в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации об установлении дежурства на дому отдельными категориями медицинских работников // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156793/?frame=1 (дата обращения 20.01. 2019).

РАЗДЕЛ IV Диссертации и авторефераты диссертаций на соискание ученой степени

1. Лазарева, Е.В. Правовое регулирование медицинской деятельности в Российской Федерации: отдельные аспекты теории и практики: дисс. ... канд. юрид. наук / Е.В. Лазарева. Саратов, 2006. 235 с.
2. Стеценко, С.Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России: исторический и теоретико-правовой анализ: автореф. Дисс.канд. юрид. наук / С.Г. Стеценко. СПб., 2002. 587 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Гарантии медицинским работникам

Ранее	На данный момент
<p>Законодательство бывшего СССР предусматривало для медицинских работников продолжительность рабочей недели не более 38,5 часов (Постановление Совета Народных комиссаров СССР от 11.12.1940г. №2499 «О продолжительности рабочего дня медицинских работников» и Приказ Наркомздрава СССР от 12.12.1940г. №584).</p>	<p>Статья 350 Трудового кодекса РФ предусматривает, что продолжительность рабочей недели для медицинских работников не может превышать 39 часов.</p>
<p>Врач, не работавший по своей профессии более трех лет, должен был быть направлен на стажировку в институт усовершенствования или в другие соответствующие учреждения здравоохранения с последующим допуском к врачебной деятельности в порядке, определяемом Советом Министров СССР. Ранее же (п. 6 Декрета ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников») предусматривалось проверочное испытание или</p>	<p>Профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации; 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</p>

<p>прохождение практического стажа для всех медицинских работников, не работавших по своей профессии пять лет и возбудивших ходатайство о выдаче им регистрационного удостоверения на право профессиональной работы.</p>	<p>сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации; Прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, установленные Приказом Минздрава России от 23.04.2013 № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории», а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации.</p>
<p>В Постановлении Совета Министров СССР от 28 сентября 1970 г. «О порядке бесплатного использования транспорта медицинскими работниками в случаях, угрожающих жизни больного» регламентировалось право медицинских работников на беспрепятственное и бесплатное использование автотранспортных средств в случаях, не терпящих отлагательств и угрожающих жизни человека.</p>	<p>Беспрепятственно и бесплатно использовать средства связи или транспортные средства для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.</p>
<p>Постановление Совета Министров СССР от 17 декабря 1959</p>	<p>Условия назначения досрочных трудовых пенсий по старости для</p>

<p>года № 1397 «О пенсиях за выслугу лет работникам просвещения, здравоохранения и сельского хозяйства» определяло порядок назначения и выплаты пенсий за выслугу лет (круг лиц, которым назначаются эти пенсии; минимальные и максимальные размеры пенсий, ранее назначенных и назначаемых вновь; размеры пенсий, выплачиваемых работающим пенсионерам и т.д.). Врачам и другим работникам здравоохранения пенсии за выслугу лет назначались при стаже работы по специальности не менее 25 лет в сельских местностях и поселках городского типа (рабочих поселках) и не менее 30 лет в городах.</p>	<p>лиц, осуществлявших лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, определены в статье 28 Закона от 17 декабря 2001 года № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации». Согласно подпункту 11 пункта 1 статьи 28 Закона № 173-ФЗ лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и в поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста устанавливается досрочная трудовая пенсия по старости.</p>
--	---