

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

О. І. Кисельова

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ
ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРАЦІ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Навчальний посібник

Рекомендовано вченою радою Сумського державного університету



Суми
Сумський державний університет
2021

УДК 349.2
К 44

Рецензенти:

Ю. В. Гаруст – доктор юридичних наук, доцент, завідувач кафедри АГПФЕБ Навчально-наукового інституту права Сумського державного університету;

М. М. Клемпарський – доктор юридичних наук, професор кафедри загальноправових дисциплін Донецького юридичного інституту МВС України

*Рекомендовано до видання
вченою радою Сумського державного університету
як навчальний посібник
(протокол № 13 від 26 червня 2020 року)*

Кисельова О. І.

К 44 Деякі аспекти правового регулювання праці медичних працівників : навчальний посібник / О. І. Кисельова. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 305 с.
ISBN 978-966-657-854-2

У навчальному посібнику розглянуті правові аспекти регулювання трудових відносин медичних працівників. На сьогодні корінні зміни, що відбулися в політичному, економічному і соціальному житті нашої країни, наявність різноманітних суб'єктів у різних сферах діяльності, різноманітності цих сфер для докладання здібностей до праці свідчать про необхідність диференційованого підходу до правового регулювання праці різних категорій громадян. Для медичних працівників існує безліч винятків із загальних правил щодо питань регулювання трудових правовідносин, що зумовлено винятковою соціальною значущістю діяльності з охорони здоров'я населення. Різка зміна мотивації в праці лікарів та інших медичних працівників і майже одночасне підвищення їх ролі у вирішенні завдань з охорони здоров'я громадян загострили необхідність виявлення проблем правового регулювання медичної діяльності.

Рекомендований для студентів закладів вищої освіти, аспірантів, викладачів, а також корисний для юристів-практиків, студентів медичних спеціальностей та осіб, зацікавлених у поглибленні та розширенні своїх знань із питань правового регулювання трудових відносин медичних працівників.

УДК 349.2

ISBN 978-966-657-854-2

© Кисельова О. І., 2021

© Сумський державний університет, 2021

ЗМІСТ

	С.
Вступ.....	4
Розділ 1. Право на охорону здоров'я в Україні.....	7
Розділ 2. Організаційно-правові засади здійснення реформ у сфері охорони здоров'я населення в Україні.....	35
Розділ 3. Правовий статус закладів охорони здоров'я.....	49
Розділ 4. Правовий статус пацієнта.....	80
Розділ 5. Правовий статус медичних працівників.....	102
Розділ 6. Відповідальність медичних працівників.....	118
Розділ 7. Трудові відносини медичних працівників...	144
Розділ 8. Правове регулювання робочого часу медичних працівників.....	192
Розділ 9. Чергування медичних працівників та час відпочинку.....	221
Розділ 10. Оплата праці медичних працівників	243
Розділ 11. Пенсійне забезпечення медичних працівників.....	253
Розділ 12. Мораль і етика медичних працівників.....	264
Список рекомендованої літератури.....	291

ВСТУП

Трудове право розвивається, йдучи шляхом диференціації регулювання праці різних працівників. Трудова діяльність працівників охорони здоров'я пов'язана з великим фізичним та емоційним напруженням, необхідністю в ряді випадків працювати у важких і небезпечних для життя і здоров'я умовах. Це і визначає деякі особливості правового регулювання трудових відносин у даній сфері діяльності: додаткові вимоги під час укладання трудового договору, пільговий режим робочого часу і часу відпочинку, особливі правила роботи за сумісництвом та ін. Наразі в КЗпП України 1971 р. виділені лише дві глави, присвячені регулюванню праці окремих категорій працівників (жінок і неповнолітніх), але вбачається необхідним закріплення окремих глав про працю дистанційних, іноземних, науковців і т. д. Крім загальних положень Кодексу законів про працю України, на медичних працівників поширюються положення Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ, а також ряд інших підзаконних нормативних правових документів. Основним документом, що регламентує роботу медичного працівника, є укладений із роботодавцем трудовий договір.

Правове регулювання праці працівників охорони здоров'я здійснюється на основі єдності та диференціації. Деякі норми діють щодо всіх медпрацівників, особливі правила регулювання праці встановлюються залежно від виду наданої працівниками медичної допомоги, умов їх роботи та інших обставин. Водночас враховуються ступінь ризику, якого зазнають життя і здоров'я медпрацівників

під час надання тих чи інших видів медичної допомоги, і місце їх діяльності.

Актуальність теми цього дослідження зумовлена тією роллю, що відводиться лікарям та іншим працівникам охорони здоров'я під час виконання важливої для всієї країни місії – «збереження народу», від повсякденного здійснення якої залежить здоров'я та життя кожної людини нашої країни. Кризові явища в економіці та соціальній сфері країни істотно відобразилися на галузі охорони здоров'я. Така ситуація не сприяє зацікавленості медичних працівників у покращанні якості медичної послуг. Цим і обґрунтовується необхідність розроблення адекватної ситуації, що склалася в системі охорони здоров'я, механізму правового регулювання праці медичних працівників, спрямованого на підвищення зацікавленості в удосконаленні професійних якостей, активізацію творчого потенціалу кожного працівника, на покращання якості медичних послуг населенню.

На сьогодні в законодавстві відбулися істотні зміни в регулюванні праці медичних працівників. Прийняті Верховною Радою України Закони України щодо медичної реформи, зокрема: «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. 2002-VIII, «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII, «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206-VIII та «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 07.12.2017 р. № 2233-VIII, передбачають масштабні перетворення в системі охорони здоров'я, спрямовані на корпоратизацію галузі та лібералізацію трудових відносин,

і створюють значні ризики стосовно обмеження (скасування) обсягу існуючих прав та гарантій медичних працівників, скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я. Такий величезний масив нормативного матеріалу потребує систематизації для усунення прогалин у правовому регулюванні праці медичних працівників.

Пропонований навчальний посібник сприятиме розширенню і поглибленню знань із трудового права аспірантів, викладачів, стане у пригоді роботодавцям та найманим працівникам, яким допоможе уникнути проблем у сфері трудових відносин, буде корисним і для юристів-практиків.

РОЗДІЛ 1 ПРАВО НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Охорона здоров'я громадян – одна з основних цілей будь-якої демократичної, соціальної держави, яка не лише визнає право людини на охорону здоров'я, а й створює механізми для їх реалізації.

У Конституції України проголошено, що життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека людини є найвищою соціальною цінністю (ст. 3). У цьому конституційному приписі здоров'я визначено як цінність і первинну та вихідну передумову життєдіяльності кожної людини. Тому із численних прав, які передбачає Основний закон нашої держави, можна виділити право людини на охорону здоров'я як право, яке гарантує її фізичне існування та є умовою забезпечення здійснення всіх інших прав людини. Законодавство України визначає здоров'я як стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби і фізичних дефектів (ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Безпосереднє відношення до реалізації конституційного права особи на охорону здоров'я має стаття 49 Конституції України, якою визначено, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування». Конституцією також передбачено, що «охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм».

Охорона здоров'я – система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами,

зкладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості її життя.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Управління системою охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я України та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, Академія медичних наук України. Крім органів держави, які безпосередньо пов'язані з цариною охорони здоров'я, ця система функціонує і завдяки контрольно-управлінським функціям інших державних інституцій, а саме Президента України (зокрема, крізь призму діяльності Адміністрації Президента України, Ради національної безпеки і оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітету

Верховної Ради України з питань охорони здоров'я), Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Кабінету Міністрів України (зокрема, через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади), Генеральної прокуратури України та її органів на місцях, а також органів судової системи України.

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з основних чинників виживання та розвитку народу України;

– додержання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних із ними державних гарантій;

– гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;

– рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;

– відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

– орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;

– попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

– багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних

гарантій із демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Складовими права громадян України на охорону здоров'я національне законодавство передбачає: життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування й забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я; безпечне для життя і здоров'я довкілля; безпечні та здорові умови праці, навчання, побуту й відпочинку; кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я; достовірну та своєчасну інформацію про стан здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь; правовий захист від незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я; відшкодування завданої здоров'ю шкоди тощо (ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Такими самими правами користуються в Україні іноземні громадяни та особи без громадянства, які постійно проживають на її території, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законодавством України (ст. 11 зазначених Основ).

Держава згідно з *Конституцією України* гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:

а) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;

б) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;

в) фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу

медичних послуг і лікарських засобів у порядку, встановленому законом;

г) здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я;

г) організації державної системи збирання, оброблення й аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;

д) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я.

Держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист. Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

- екстрена медична допомога;
- первинна медична допомога;
- вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

- третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

- паліативна допомога, що надається за *медичними показаннями в порядку*, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Держава гарантує безоплатне надання медичної допомоги в державних та комунальних закладах

охорони здоров'я за епідемічними показаннями. Держава також гарантує безоплатне проведення медико-соціальної експертизи, судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, патологоанатомічних розтинів і пов'язаних із ними досліджень у порядку, встановленому законодавством.

У разі порушення законних прав та інтересів громадян у сфері охорони здоров'я відповідні державні, громадські або інші органи, підприємства, установи та організації, їх посадові особи і громадяни зобов'язані вжити заходів щодо поновлення порушених прав, захисту законних інтересів та відшкодування завданої шкоди. Судовий захист права на охорону здоров'я здійснюється у порядку, встановленому законодавством.

Громадянин може реалізувати особисте право на охорону здоров'я шляхом звернення до поліклініки, лікарні, диспансеру. Вступивши у правовідносини з медичним закладом, громадянин реалізує особисте немайнове право на кваліфіковану медичну допомогу, вибір лікаря певного вузького профілю, інформацію про стан свого здоров'я, консультації різних лікарів за фахом, які наповнюють конкретикою зміст права на здоров'я та визначають конкретні його межі в конкретному випадку.

Дев'ятнадцятого жовтня 2017 року був прийнятий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Цей Закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг із медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Так, у статті 35 цього Закону зазначено: «Первинна медична допомога – це медична допомога, що передбачає надання консультацій, проведення діагностики та лікування найбільш поширених

хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (вагітність) станів, здійснення профілактичних заходів та ін.».

На основі та на виконання вищеназваного Закону Міністерство охорони здоров'я України видало Наказ № 503 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Цим Наказом затверджено «Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Цей Порядок регулює вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу відповідно до ч. 4 ст. 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії...», а також Наказ № 504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги». Враховуючи положення Цивільного кодексу України, особисті немайнові права відокремлюють в особливий вид прав громадян (ст. 269–270). До особистих немайнових прав відносять і право на охорону здоров'я, право на медичну допомогу, право на інформацію про стан здоров'я. Загальним питанням прав у сфері охорони здоров'я також присвячено статті 283–287, 290 Цивільного кодексу. Крім того, окремі норми, що мають безпосереднє відношення до цього права, розміщені також в інших статтях ЦК України.

Важливим регулятором відносин у сфері охорони здоров'я серед галузевого законодавства є норми адміністративного права, що регулюють організаційно-управлінські процеси в охороні здоров'я. Державне регулювання у сфері охорони здоров'я має свої специфічні ознаки, обумовлені першочерговим соціально-економічним значенням охорони здоров'я, що становить фундамент соціальної політики держави, значною кількістю об'єктів управління, відомчою нормотворчістю,

а також фаховими та кваліфікаційними особливостями управлінського персоналу. Вихідним в адміністративно-правовому статусі закладу охорони здоров'я є їх взаємовідносини з вищими органами виконавчої влади. Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, правовий статус якого визначається Положенням про Міністерство охорони здоров'я України, що затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267.

Заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами й організаціями різних форм власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Медична практика є специфічним видом діяльності, що відповідно до Закону України *«Про ліцензування видів господарської діяльності»* підлягає ліцензуванню. За провадження медичної практики без отримання ліцензії чинним законодавством передбачено адміністративну, кримінальну та цивільно-правову *відповідальність*. Порядок отримання ліцензії визначено у статтях 10–13 Закону України *«Про ліцензування видів господарської діяльності»* та пунктах 5–6 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених Постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285. Заклади охорони здоров'я підлягають акредитації відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 року № 765 *«Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я»* (зі змінами, внесеними Постановою КМУ № 215 від 13.03.2019) для проходження акредитації установа подає документи до акредитаційної комісії, яка у

двомісячний термін здійснює розгляд поданих закладом документів та формує експертні групи для проведення оцінювання відповідності закладу стандартам акредитації.

Адміністративним правом передбачаються певні обов'язки громадян, що пов'язані з наданням медичної допомоги, із забезпеченням санітарно-епідеміологічного благополуччя тощо. Наприклад, певні категорії населення повинні проходити профілактичні медичні огляди (ст. 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я); у певних законодавчо визначених випадках слід провести обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікувальні та карантинні заходи (ст. 30 Основ) тощо.

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 року, Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні від 22 червня 1999 року та інші нормативно-правові акти регулюють питання щодо основних завдань та порядку здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду, функціонування державної санітарно-епідеміологічної служби тощо. Завданням такого нагляду є забезпечення профілактики захворювань людей шляхом попередження, виявлення і припинення порушень санітарного законодавства України. У статті 1 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» санітарне та епідемічне благополуччя населення визначається як стан здоров'я населення і середовища життєдіяльності людини, за якого показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для цієї території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності перебувають у межах, визначених санітарними нормами.

Адміністративна відповідальність передбачена за порушення вимог законодавства про працю та про охорону праці (ст. 41 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46 Кодексу про адміністративні правопорушення України) тощо. Ці норми прямо чи опосередковано мають за мету охорону здоров'я населення.

Право на охорону здоров'я відображається також і в нормативно-правових актах інших галузей. Зокрема, Кодекс законів про працю України містить норми, які регулюють робочий час і час відпочинку (ст. 50–84 КЗпП), норми про охорону праці, зокрема передбачається створення безпечних і нешкідливих умов праці, видача молока і лікувально-профілактичного харчування, обов'язкові медичні огляди працівників певних категорій, переведення на легшу роботу за станом здоров'я тощо. У Кодексі також регламентується праця жінок, зокрема визначено роботи, на яких забороняється застосування праці жінок; передбачено переведення вагітних жінок на підставі медичного висновку на іншу роботу, яка є легшою і виключає вплив несприятливих виробничих факторів; надання вагітним жінкам і жінкам, які мають дітей віком до чотирнадцяти років, путівок до санаторіїв і будинків відпочинку. Також у Кодексі визначено умови праці

молоді, зокрема вік, з якого допускається прийняття на роботу; медичні огляди осіб молодших вісімнадцяти років; роботи, на яких забороняється застосування праці осіб молодших вісімнадцяти років та ін. Усі ці норми спрямовані на охорону здоров'я осіб, які працюють.

Сімейний кодекс України від 10 січня 2002 року з метою охорони здоров'я встановлює шлюбний вік (ст. 22 СК); визначає осіб, які не можуть перебувати у шлюбі між собою (ст. 26 СК); гарантує державну охорону сім'ї, дитинства, материнства і батьківства (ст. 5 СК) та ін. Особливо цікавою є ст. 30 Кодексу, яка закріплює обов'язок наречених повідомити один одного про стан свого здоров'я. Держава забезпечує створення умов для медичного обстеження осіб, які заручились. Результати медичного обстеження є таємницею і повідомляються лише нареченим. У частині 5 цієї самої статті передбачено, що приховання відомостей про стан здоров'я одним із наречених, наслідком чого може стати (стало) порушення фізичного або психічного здоров'я іншого нареченого чи їх нащадків, може бути підставою для визнання шлюбу недійсним. Особа, яка відмовилася від шлюбу, зобов'язана відшкодувати іншій стороні витрати, що були нею нанесені у зв'язку з приготуваннями до реєстрації шлюбу та весілля, що передбачено ч. 3 ст. 31 СК, але такі витрати не підлягають відшкодуванню, якщо відмова від шлюбу була викликана прихованням обставин, що мають для того хто, вимовився від шлюбу, істотне значення, серед яких є тяжка хвороба.

Важливим документом є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» – нормативний документ, присвячений регулюванню відносин у сфері охорони здоров'я. Цей закон є

своєрідною декларацією прав людини у сфері охорони здоров'я, який визначає правові, організаційні, економічні й соціальні засади охорони здоров'я України і регулює суспільні відносини у цій галузі. Цей документ відображає державну політику у галузі охорони здоров'я, принципи охорони здоров'я, визначає структуру права на охорону здоров'я й обов'язки громадян, установлює державні гарантії щодо юридичного захисту права на охорону здоров'я, визначає політику світового співтовариства у сфері охорони здоров'я, регулює питання проведення медичної експертизи, закріплює гарантії охорони здоров'я матері та дитини, передбачає основи правового статусу медичних і фармацевтичних працівників та інші питання у цій сфері життєдіяльності. Норми Основ конкретизують, деталізують і розширюють конституційні норми, які тією чи іншою мірою присвячені охороні здоров'я, зокрема і ст. 49 Конституції України, що безпосередньо закріплює конституційне право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування.

Право на охорону здоров'я гарантується не лише українським законодавством, а й нормами міжнародного права. Зокрема, засадничий характер має норма статті 25 Загальної декларації прав людини (1948), яка передбачає право кожної людини «на такий життєвий рівень, включно з їжею, одягом, житлом, медичним доглядом та необхідним соціальним обслуговуванням, які є необхідними для підтримання здоров'я... її самої та її сім'ї...».

Право на охорону здоров'я, як і багато інших загально визнаних прав і свобод, має три рівні закріплення та правового регулювання у міжнародному законодавстві:

1) універсальний – функціонує як рекомендація для світової спільноти, нерідко має загальнодекларативний характер;

2) регіональний (наприклад, прийнятий Радою Європи) – обов'язковий для країн-учасниць цієї організації. Регіональні стандарти, володіючи особливостями, зумовленими традиціями, рівнем розвитку певної групи країн, зазвичай є ширшими, конкретнішими, ніж універсальні, а також передбачають політико-правовий механізм їх реалізації;

3) спеціалізований – прийнятий спеціально створеною організацією для вироблення загальних стандартів якості, контролю, координації дій країн-партнерів.

Універсальний рівень закріплення та правового регулювання права на охорону здоров'я є важливою гарантією визнання світовою спільнотою даного права і накладає на держави обов'язки щодо його дієвого забезпечення. Обов'язок держав брати участь у співробітництві з розвитку світової системи охорони здоров'я зафіксовано в основоположних документах ООН. Ця організація відіграла важливу роль у процесах становлення і розвитку права на охорону здоров'я, прийняла низку найважливіших універсальних міжнародно-правових актів. Першим із них стала Загальна декларація прав людини, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 року. У цьому й до цього часу актуальному документі проголошується «цінність людської особистості» (преамбула) і право кожної людини на життя.

У статті 25 Загальної декларації прав людини йдеться: «Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включно з харчуванням, одягом, житлом, медичним доглядом та необхідним соціальним обслуговуванням,

який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї». У 1966 році Генеральна Асамблея ООН прийняла нові важливі акти: Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права і Міжнародний пакт про громадянські та політичні права (ратифіковані Указом Президії Верховної Ради УРСР від 19 жовтня 1973 року). У пактах наведено деталізований перелік прав людини і громадянина: права на життя, свободу, особисту недоторканність, недоторканність особистого, сімейного життя тощо. Держави-підписанти взяли на себе зобов'язання вжити необхідних законодавчих заходів щодо забезпечення передбачених у документах прав і свобод. Ці важливі міжнародно-правові акти заклали основу права на охорону здоров'я. Зокрема, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (1966) проголошує право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.

Заходи, які повинні вживати держави-учасниці Пакту для реалізації цього права, передбачають:

- 1) забезпечення скорочення мертвонароджуваності, дитячої смертності й здорового розвитку дитини;
- 2) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості;
- 3) попередження й лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьба з ними;
- 4) створення умов, які забезпечували б усім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби.

У 1986 році у Голландії, в Лімбургійському університеті, провідні експерти з різних країн світу розглянули питання про природу і міру юридичних зобов'язань, узятих державами-учасницями Пакту про економічні, соціальні та культурні права (1966).

На думку експертів, усі права і свободи людини, включно із соціально-економічними, є нероздільно взаємозв'язаними та утворюють іманентну частину міжнародного права. Пакт накладає юридичні зобов'язання на держави-учасниці, тож вони повинні вжити всіх необхідних заходів, зокрема, законодавчих та адміністративних, для здійснення відповідних прав. Держави-учасниці Пакту незалежно від рівня економічного розвитку зобов'язані забезпечити соціально-економічні та культурні права для всіх, хоча би в мінімальному обсязі.

Регіональний рівень закріплення та правового регулювання прав людини в галузі охорони здоров'я. До другого (регіонального) рівня закріплення та правового регулювання прав людини в галузі охорони здоров'я можна віднести Європейську соціальну хартію (прийнята у 1961 році, переглянута у 1996 році, ратифікована Верховною Радою України з урахуванням змін до неї Законом від 14 вересня 2006 року). Документ містить дві статті, присвячені праву на охорону здоров'я: статті 11 та 13. Стаття 11 зобов'язує держави-підписанти Хартії вживати таких заходів: 1) усувати, наскільки це можливо, причини погіршення здоров'я; 2) надавати послуги консультаційного та освітнього характеру, спрямовані на зміцнення здоров'я та виховання почуття особистої відповідальності за власне здоров'я; 3) запобігати, наскільки це можливо, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням.

Комітет незалежних експертів вважає: держава додержується цих дуже широких і загальних зобов'язань, якщо вона надала свідчення про наявність у неї належної системи охорони здоров'я, що має такі складники:

- належну і загальнодоступну державну систему охорони здоров'я, що дає можливість надавати необхідну

медичну допомогу всьому населенню і забезпечувати профілактику та діагностику хвороб;

- спеціальні заходи щодо захисту здоров'я матерів, дітей та осіб похилого віку;

- загальні заходи, спрямовані на «запобігання забрудненню повітря і води, захист від радіації та шуму, контроль якості продуктів харчування і стану навколишнього середовища та боротьбу з алкоголізмом і наркоманією».

Усі ці напрями діяльності системи охорони здоров'я повинні фінансуватися переважно державою. Комітет незалежних експертів відстежує, щоб Договірні сторони мали належні програми вакцинації, медичні служби широкого профілю в усіх початкових і середніх школах, контролює стандарти якості продуктів харчування.

Стаття 13 Європейської соціальної хартії, сприяючи ефективному здійсненню права на соціальну та медичну допомогу, зобов'язує Договірні сторони: 1) забезпечити кожній особі, яка не має достатніх коштів для існування і яка не може ні добути їх власними зусиллями, ні отримати їх з інших джерел, надання відповідної допомоги, а в разі хвороби – догляд відповідно до стану її здоров'я; 2) дбати про те, щоб особи, які користуються подібною допомогою, не обмежувалися з цієї причини в їх політичних і соціальних правах; 3) передбачити, щоб кожна людина могла отримати в державних або приватних службах будь-яку консультацію і будь-яку необхідну індивідуальну допомогу, щоб запобігти, усунути або полегшити її власний стан або стан членів її сім'ї.

Є й інші міжнародно-правові акти про права людини, покликані захистити здоров'я населення, зокрема:

- Європейська конвенція про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (прийнята 26 листопада

1987 року, ратифікована 178 Законом України від 24 січня 1997 року);

- Декларація про права інвалідів (прийнята Резолюцією 3447 (XXX) Генеральної Асамблеї від 9 грудня 1975 року);

- Декларація про права розумово відсталих осіб (прийнята Резолюцією 2856 (XXVI) Генеральної Асамблеї від 20 грудня 1971 року тощо.

Спеціалізований рівень закріплення та правового регулювання прав людини в галузі охорони здоров'я. Третій рівень законодавчого міжнародно-правового закріплення й регулювання прав людини в галузі охорони здоров'я становлять, наприклад, конвенції і рекомендації, прийняті спеціальними організаціями, зокрема спеціальними організаціями ООН. Наприклад, серед документів ВООЗ особливий інтерес становить Декларація про розвиток прав пацієнтів у Європі 1994 року. У цьому акті закріплені права людини і людські цінності у сфері охорони здоров'я, наприклад, право кожної людини на повагу до своєї особи, на самовизначення, на збереження своїх таємниць, на захист власного здоров'я тією мірою, у якій це дають можливість існуючі заходи профілактики і лікування хвороб. Також у Декларації визначено вимоги до інформації, яку надають пацієнтові і яка відповідно до пункту 2.2 Декларації повинна бути вичерпною, тобто це інформація про медичні факти щодо свого стану, дані про можливий ризик і переваги методів лікування, що пропонуються, та альтернативних методів лікування, відомості про можливі наслідки відмови від лікування, інформацію про діагноз, прогноз і план лікувальних заходів. У документі зазначаються умови надання згоди на медичне втручання та умови збереження відомостей про стан здоров'я і будь-яких інших відомостей особистого характеру про пацієнта. У розділі 5 Декларації містяться

норми, що регулюють питання надання медичної допомоги відповідно до стану здоров'я, включаючи профілактичну і лікувальну допомогу, тоді як гарантії реалізації прав пацієнта закріплені в розділі 6.

Важливим документом Всесвітньої медичної асоціації є Лісабонська декларація про права пацієнта, прийнята у 1981 році з урахуванням змін і доповнень, що датуються 1995 роком. Як передбачено у Преамбулі Декларації, відносини між лікарями, пацієнтами та громадськістю зазнали змін. Хоча лікар повинен діяти в інтересах пацієнта відповідно до своєї совісті, але все-таки слід визначити гарантії автономії і справедливого ставлення до пацієнта. У цьому документі закріплено, зокрема, основні права, якими, на думку медичної спільноти, повинен володіти кожний пацієнт. Згідно з Декларацією пацієнти мають право на високоякісне медичне обслуговування, свободу вибору, самовизначення, одержання інформації, конфіденційність, санітарну просвіту, людську гідність, релігійну підтримку, а також визначено права пацієнта, який перебуває у стані коми і є недієздатним, а також визначено умови, коли процедури проводяться проти волі пацієнта.

Конвенції МОП також містять стандарти, які тією чи іншою мірою стосуються питань охорони здоров'я. Зокрема, стаття 10 Конвенції МОП 1952 року № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення здоров'я» визначає мінімальний перелік медичних послуг, які повинні бути надані, зокрема і за рахунок страхування. Йдеться також про Конвенцію про медичну допомогу та допомоги у випадку хвороби № 130 (від 25 червня 1969 року), а також конвенції, присвячені праці дітей, матерів, інвалідів тощо, що класифікують трудящих за різними категоріями і визначають стандарти їх трудової діяльності – норми, спрямовані на захист здоров'я кожної

категорії. Для вирішення зазначених питань у 1947 році був створений головний орган із координації економічної діяльності ООН та спеціалізованих установ – Економічна і соціальна рада ООН (ЕКОСОП).

Також до спеціалізованого рівня закріплення та правового регулювання прав людини в галузі охорони здоров'я **необхідно відносити прецеденти міжнародних судових інстанцій**. Особливо необхідно звернути увагу на прецеденти Європейського суду із прав людини (далі – ЄСПЛ), то ж зазначимо деякі з них. Двадцять дев'ятого квітня 2002 року було ухвалене рішення щодо справи «Дайана Претти (Diane Pretty) проти Об'єднаного Королівства (United Kingdom)». За текстом рішення, суд «не переконаний, що право на життя, що гарантується статтею 2, може тлумачитися як таке, що містить негативний аспект... Стаття 2 не може, без викривлення мови, тлумачитися як така, що передбачає діаметрально протилежне право, а саме право вмерти; крім того, вона не може створювати право на самовизначення в тому розумінні, в якому вона надає кожному право вибрати смерть, а не життя». Таким чином, Страсбурзький суд не визнає право на смерть як похідне від права на життя. Значна кількість рішень ЄСПЛ присвячена справам, що зачіпають аспекти сексуальної діяльності людини, зокрема, питання переслідування й осуду за тілесні ушкодження, завдані в рамках садомазохістської практики між дорослими: «Суд вважає, що завданням, безперечно покладеним на Державу, є регулювання за допомогою кримінального права практики, яка спричинює тілесні ушкодження. Те, що ці дії вчинені на сексуальному ґрунті або на іншій підставі, нічого не змінює» (Laskey, Jaggard et Brown).

Відповідно до міжнародних документів право на охорону здоров'я – складова частина системи невід'ємних

прав людини. Воно охоплює не лише норми, що безпосередньо встановлюють принципи ставлення до пацієнтів, обов'язкові вимоги до системи охорони здоров'я, а й насамперед соціальні стандарти якості життя. Міжнародно-правові акти містять фундаментальні норми в галузі охорони здоров'я громадян, без додержання яких у сучасному суспільстві неможливо забезпечувати соціальний прогрес і поліпшувати умови життя, реалізувати ідеал вільної людської особистості, гарантувати гідність, свободу і справедливість кожній людині. Результатом визнання цих та інших міжнародно-правових актів низкою країн є застосування заходів щодо реалізації їх положень, зміна внутрішньодержавного законодавства відповідно до вимог міжнародних стандартів шляхом внесення зазначених прав до конституцій або інших нормативних актів.

Аналіз міжнародно-правових актів, що регулюють відносини у сфері права людини на здоров'я, свідчить: право людини на здоров'я містить суб'єктивні права таких основних видів:

- *право на гарантований доступ до системи охорони здоров'я;*
- *право на інформацію про фактори, що впливають на здоров'я;*
- *право на медико-соціальну допомогу.*

Право на гарантований доступ до системи охорони здоров'я. Перше і найважливіше із зазначених прав у структурі права людини на здоров'я – право на доступ до системи охорони здоров'я. Поняття «право на охорону здоров'я» є більш конкретним, ніж поняття «право на здоров'я», тобто «право на здоров'я» містить у собі право на охорону цього життєвого блага. А оскільки охорону здоров'я населення забезпечує держава, то поняття «право на охорону здоров'я» більш коректно позначає

взаємовідношення між людиною та державою. Право на гарантований доступ до системи охорони здоров'я закріплено в багатьох міжнародно-правових документах. Зокрема, однією з цілей Європейської соціальної хартії 1996 (ETS № 163) визначено створення умов, які забезпечують ефективну реалізацію права кожної людини користуватися будь-якими засобами, що уможливають найвищий досяжний рівень здоров'я (п. 11 ч. I). Праву на здоров'я предметно присвячена стаття 11 Хартії, що закріплює конкретні заходи, які держави учасниці повинні здійснювати безпосередньо або в процесі співпраці з публічними або приватними організаціями. Реалізація права на доступ до системи охорони здоров'я можлива лише за умови, що така система наявна. Європейський комітет із соціальних прав (раніше комітет незалежних експертів) конкретизував це зобов'язання, зазначивши, що для його виконання необхідна належна система охорони здоров'я, яка фінансується переважно з державного бюджету.

Поняття «належна система охорони здоров'я» охоплює:

- загальнодоступну державну систему, яка дає можливість надавати необхідну медичну допомогу всьому населенню та забезпечує профілактику й діагностику захворювань;

- спеціальні заходи щодо захисту здоров'я матерів, дітей і людей похилого віку;

- загальні заходи, спрямовані на боротьбу з алкоголізмом і наркоманією, контроль за якістю продуктів харчування та станом довкілля.

У коментарях до Європейської соціальної хартії наголошено, що Європейський комітет із соціальних прав, здійснюючи правове оцінювання виконання державами зобов'язань за цим пунктом, зважає на такі аспекти:

- заходи щодо забезпечення медичних та парамедичних послуг належної якості, особливо адресованих вразливим групам населення;

- заходи щодо забезпечення безпеки продуктів харчування, зменшення забруднення ґрунту і води, захисту від шуму;

- лікування певних захворювань (СНІД, психічних розладів, хвороб, пов'язаних із тютюнопалінням, наркоманією, алкоголізмом);

- відомості про кількість осіб, зайнятих у санітарних службах, кількість лікувальних установ та їх територіальне розміщення.

Право на інформацію про фактори, що впливають на здоров'я. Право на інформацію про фактори, що впливають на здоров'я зазвичай закріплене в актах внутрішньодержавного права. Втім, відповідні положення наявні також у міжнародно-правових документах. Наприклад, пункт 2 статті 11 Європейської соціальної хартії передбачає зобов'язання Договірних сторін надавати послуги консультативного і просвітницького характеру, спрямовані на зміцнення здоров'я та здорового способу життя, а також на розвиток особистої відповідальності за своє здоров'я. Тож йдеться про створення системи освіти в галузі охорони здоров'я.

Зasadничою формою додержання цього положення Хартії є провадження санітарної освіти в школах. Відповідно до Конвенції про захист прав людини і людської гідності в зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину (ETS № 164), м. Ов'єдо, Іспанія, 4 квітня 1997 року) кожна людина має право ознайомитися з будь-якою зібраною інформацією про її здоров'я; також має поважатися і небажання особи бути поінформованою (п. 2 ст. 10). Це положення поширюється на будь-яку зібрану

інформацію медичного характеру, включно з діагнозом, прогнозом та іншими фактами, асоційованими зі станом здоров'я. Обмеження права на одержання інформації та право не бути поінформованим – питання, складні з теоретичного та практичного погляду.

Допустимі обмеження встановлюються на законодавчому рівні та виключно в інтересах хворого (п. 3 ст. 10 Конвенції). Як свідчить практика, в деяких випадках обов'язок лікаря надати інформацію вступає в колізію з інтересами охорони здоров'я пацієнтів. Тож обмеження на одержання інформації прийнятне, якщо, за медичним прогнозом, імовірним є летальний наслідок, а повідомлення цієї інформації, швидше за все, погіршить актуальний стан пацієнта. Вирішення цієї колізії належить до сфери внутрішньодержавного права, що традиційно спирається на соціальні та культурні особливості конкретної країни. Дії лікаря, який приховав частину інформації або розкрив її з обережністю, можуть бути виправдані як «лікувальна необхідність» (п. 69 Пояснювальної доповіді до Конвенції).

На практиці виникають і протилежні ситуації, коли пацієнт не бажає одержувати будь-яку медичну інформацію про стан свого здоров'я. А тим часом пояснення пацієнтові закономірностей розвитку захворювання та прогнозу може стати єдиним способом змусити його погодитися на проведення ефективного профілактичного лікування. У цій ситуації обов'язок лікаря провести лікування вступає в суперечність із правом пацієнта не бути поінформованим. Шляхи врегулювання подібних ситуацій розроблюють також переважно в національному праві. Наступний аспект: лікар може інформувати пацієнта про стан його здоров'я, всупереч небажанню того знати правду, з огляду на інтереси захисту інших осіб. Наприклад, якщо захворювання пацієнта

загрожує оточенню, відповідно до пункту 1 статті 26 Конвенції інтереси запобігання небезпеки для третіх осіб мають пріоритет над правами пацієнта. У цій ситуації завдання національного права – встановити справедливий баланс між конкуруючими інтересами, якщо право однієї особи – не бути поінформованим або зберегти в таємниці стосовну нього медичну інформацію – вступає в суперечність із законним інтересом іншої особи або інших осіб щодо одержання відповідної інформації (п. 70 Пояснювальної доповіді до Конвенції до Конвенції).

Право громадян на медико-соціальну допомогу.

При захворюванні, втраті працездатності та в інших випадках громадяни мають право на медико-соціальну допомогу, до якої належать:

- профілактична допомога;
- лікувально-діагностична допомога;
- реабілітаційна допомога;
- протезно-ортопедична допомога;
- зубопротезна допомога;
- заходи соціального характеру з догляду за хворими, непрацездатними та інвалідами, включно з виплатою допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю.

Медико-соціальна допомога надається медичними, соціальними працівниками та іншими фахівцями в установах державної, муніципальної та приватної систем охорони здоров'я, а також в установах системи соціального захисту населення. У Конвенції про захист прав людини та основних свобод (1950) зазначене право не регламентується. Однак воно вписане в інших міжнародних документах. Зокрема, згідно з Європейським кодексом соціального забезпечення (від 6 листопада 1990 року (ETS № 139), переглянутий) метою медичної допомоги є збереження, відновлення або поліпшення стану

здоров'я особи, її працездатності, а також здатності задовольняти особисті потреби (п. 3 ст. 10).

Одним із принципів положень Європейської соціальної хартії (від 3 травня 1996 року (ETS № 163), переглянута) є право кожної людини, що не має достатніх матеріальних засобів, на медичну допомогу (пункт 13 частина I). Відповідно до пункту 1 статті 13 частин II Хартії, на держави покладається обов'язок забезпечити будь-якій особі, яка не має достатніх засобів існування та не здатна отримати їх власними зусиллями або з інших джерел, зокрема, шляхом виплат із системи соціального забезпечення, медичну допомогу, а також необхідний догляд у разі хвороби.

Згідно з пунктом 2 статті 13 надання подібної допомоги не повинно призводити до обмеження політичних або соціальних прав осіб, які отримують цю допомогу. Тож Хартія передбачає надання лише адресної медичної допомоги особам, які об'єктивно не мають достатніх засобів існування. Згідно з пунктом 4 статті 13 Хартії її положення застосовуються з огляду на зобов'язання держав, передбачені в Європейській конвенції про соціальну та медичну допомогу (від 11 грудня 1953 року (ETS № 14)). Даний документ гарантує надання медичної та соціальної допомоги на території будь-якої з Договірних сторін громадянам інших держав Ради Європи – учасниць Конвенції, які не мають достатньо коштів, у такому самому обсязі, що й громадянам держави перебування.

Надання медичних послуг регламентується і в Європейському кодексі соціального забезпечення (від 6 листопада 1990 року (ETS 139), переглянута). Його дія поширюється на всіх працівників (включно з учнями) і залежних від них членів їхніх сімей; на осіб, зайнятих

економічною діяльністю, і членів їхніх сімей; на осіб, які постійно проживають у країні (стаття 9).

Медична допомога, відповідно до статті 10 Кодексу, передбачає:

- загальну та спеціалізовану практичну допомогу;
- амбулаторне та стаціонарне лікування, включно з діагностикою, тестуванням та відвідуванням лікаря вдома;
- забезпечення необхідних фармакологічних засобів;
- обслуговування в лікарнях та інших медичних установах;
- стоматологічну допомогу, включно з протезуванням;
- медичну реабілітацію та відновлювальне лікування;
- транспортування хворого.

Медичну допомогу надають кваліфіковані фахівці, члени юридично визнаних професійних об'єднань медичних працівників. У частині III Кодексу регламентується право на отримання допомоги на випадок хвороби в разі втрати працездатності в результаті захворювання або нещасного випадку. Деякі аспекти права на здоров'я конкретизовані в документах Парламентської асамблеї Ради Європи. Так, у Рекомендації 779 «Про права хворих і вмираючих» (1976) йдеться: право людини на здоров'я асоційоване з такими основними правами, як право на особисту гідність і право на недоторканність, здійснення яких у галузі охорони здоров'я, з огляду на прогрес медичної науки, породжує деякі проблеми. У Рекомендації 779 акцентовано, що обов'язком медичних працівників є обслуговувати людей, захищати їхнє здоров'я, лікувати хвороби та їх наслідки, зменшувати страждання, поважаючи людське життя в цілому і життя кожної людини зокрема.

Подовження життя не є винятковою метою надання медичної допомоги, проте лікарі не мають права навіть у найбільш безнадійних випадках навмисно пришвидшувати

природне настання смерті. Принципи та методи захисту гідності та прав безнадійно хворих і осіб, які помирають, закріплені в Рекомендації 1418 (1999). У цьому документі міститься заклик до держав-членів Ради Європи забезпечити в своєму національному праві юридичний та соціальний захист безнадійно хворим і особам, які помирають: не допустити, щоб їх відхід із життя супроводжувався нестерпними стражданнями, щоб цей процес продовжувався всупереч їх бажанню, а також запобігти неухважному ставленню до людей, які помирають.

Торкаючись питання відображення в конституційних нормах України проаналізованих нами міжнародних стандартів, слід зазначити, що деякі з них наразі закріплені у Конституції України. Зокрема, це такі, як:

- право на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я (ст. 48);
- право на медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби (ст. 49);
- заборона проведення медичних чи наукових дослідів без вільної згоди особи (ст. 28);
- право на безпечні та здорові умови праці (ст. 43);
- право на соціальну та медичну допомогу (ст. 46, 49);
- право на рівні умови отримання соціальної та медичної допомоги (ст. 24, 49);
- право на здоровий розвиток дитини (ст. 52);
- право на доступну медичну допомогу, необхідну особі (ст. 49) тощо.

Водночас залишається ряд нератифікованих міжнародних договорів, що містять важливі стандарти права особи на охорону здоров'я, які, однак, не закріплені в Конституції та законах України. Це стосується таких міжнародних актів, як Декларація ВООЗ про розвиток прав

пацієнтів у Європі, Європейська хартія прав пацієнтів, Лісабонська конвенція про права пацієнта, Конвенція про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби, Положення про доступність медичної допомоги та ряд інших. Як наслідок, такі міжнародні стандарти, як право на згоду щодо медичного втручання та відмови від нього, право на інформацію про методи лікування, право на свободу від шкоди, завданої неналежним функціонуванням системи охорони здоров'я, недбалістю та помилками медпрацівників, право за можливості уникнути страждань і болю на кожному етапі свого захворювання, право померти з гідністю тощо, прямо не закріплені в положеннях Конституції України, а так само не знайшли належного відображення в нормах інших актів національного законодавства.

Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я, досвід зарубіжних країн щодо медичного законодавства повинні враховуватися вітчизняним законодавцем у процесі розроблення власної нормативно-правової бази. Обов'язково під час законотворчої діяльності потрібно враховувати національні особливості, традиції і реалії, не можна сліпо займатись «імпортуванням») законодавства, яке не завжди може адаптуватись у наших умовах. Але у той самий час вивчення міжнародно-правових стандартів і зарубіжного досвіду в цій сфері дасть можливість виділити перспективні напрями для оновлення українського законодавства та реформування охорони здоров'я в цілому.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗДІЙСНЕННЯ РЕФОРМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Конституція України визнає життя й здоров'я громадян найвищою соціальною цінністю та проголошує державу гарантом забезпечення й утвердження прав і свобод людини. Проте існуюча тенденція погіршення стану медичної системи в країні створює дедалі більші проблеми для подальшої реалізації задекларованого права людини на отримання медичної допомоги в нашій державі. Реформа медичної галузі є одним з найактуальніших соціальних питань. Одним із основних постулатів Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої Кабінетом Міністрів України 30 листопада 2016 року є зміна механізму організації та фінансування системи охорони здоров'я в Україні. Упровадження нової системи здійснюється відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 року № 2168-VIII.

Реформа спрямована на вирішення основної проблеми фінансування системи охорони здоров'я, а саме – неефективності витрачання публічних коштів та її наслідків: необхідності громадянам самостійно «дофінансовувати» систему з власної кишені, несправедливості розподілу коштів і медичних послуг, фінансової незахищеності людей у разі хвороби, низьких доходів медичного персоналу, відсутності необхідних ресурсів там, де цього потребує пацієнт. Неефективність полягає в тому, що наявна модель фінансування системи

охорони здоров'я не здатна забезпечувати належну віддачу системи (надання медичних послуг прийнятної якості в необхідному обсязі та фінансовий захист населення від витрат у разі хвороби) відповідно до обсягу коштів, що цією системою споживається. Навіть за нинішнього обсягу фінансування система охорони здоров'я України могла б забезпечувати кращі результати.

Можна виділити такі основні проблеми у фінансуванні системи охорони здоров'я, що потребують вирішення:

Перша проблема – катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів. В Україні передоплата громадянами за медичне обслуговування здійснюється у вигляді сплати загальних податків до державного бюджету. Подібна практика поширена в багатьох високорозвинених країнах світу, зокрема майже в половині країн-членів ЄС (Великій Британії, Іспанії, Італії, Ірландії, усіх Скандинавських країнах), і набуває дедалі більшого поширення. ВООЗ вважає модель, що базується на цьому принципі, найвищим рівнем еволюції системи охорони здоров'я. Водночас в Україні попри зовнішню подібність до описаного механізму кошти, які збирають як загальні податки та акумулюють в державному бюджеті, витрачають не на закупівлю послуг для кожного страхового випадку, а на підтримання існування наявної мережі закладів охорони здоров'я незалежно від кількості та якості фактично наданих ними пацієнтам послуг. Таке використання коштів є дуже неефективним, і багато платників податків не може розраховувати на вчасне і якісне безоплатне лікування в комунальних лікарнях та поліклініках. Як наслідок, населення платить за охорону здоров'я двічі: спочатку у вигляді регулярних податків, а потім – із кишені для купівлі лікарських засобів, оплати процедур або неофіційного гонорару лікареві.

Друга проблема – низька якість та ефективність надання послуг. Необґрунтовано переобтяжена в кількісному плані мережа лікарень, значна частина якої представлена малопотужними, погано оснащеними та малозавантаженими з точки зору обсягу послуг закладами, сама по собі є фактором, що становить загрозу як для якості надання медичної допомоги, так і для ефективності використання ресурсів. Адже не варто очікувати якісних та безпечних послуг від хірурга, який здійснює у кращому разі лише кілька серйозних операційних втручань на один місяць. Так само не варто очікувати якісних та безпечних послуг від акушера-гінеколога, який приймає одні пологи за тиждень. Наслідком цього є висока відносна собівартість нечисленних послуг та поступова втрата фахівцями кваліфікації і практичних навичок, які можна здобути лише працюючи «на потоці» у потужних добре оснащених лікарнях.

Третя проблема – неефективне витрачання бюджетних коштів. Неефективність витрачання коштів пов'язана передусім з їх витрачанням не за принципом «гроші ходять за пацієнтом», а за принципом «гроші ходять за інфраструктурою». Фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється за постатейним кошторисним принципом. Нормативи витрачання коштів, затверджені МОЗ, чітко визначають структуру фінансування окремих поліклінік та лікарень.

Вирішення визначених проблем та забезпечення всім громадянам доступу до гідної європейської держави рівня медичного обслуговування передбачається здійснити шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян із використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті.

Завдання реформи

Упровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги. Державний гарантований пакет медичної допомоги поширюватиметься на всіх громадян України та включатиме:

- первинну медичну допомогу;
- екстрену медичну допомогу (зокрема у стаціонарі);
- основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря;
- основні види стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря чи лікаря-спеціаліста, включаючи лікарські засоби для стаціонарної та екстреної медичної допомоги, вартість яких відшкодовується через установлений державою механізм оплати відповідних видів медичної допомоги;
- амбулаторні рецептурні лікарські засоби, які внесені до національного переліку основних лікарських засобів та вартість яких відшкодовується через механізм реімбурсації.

Утворення єдиного національного замовника медичних послуг. Утворення єдиного національного замовника медичних послуг як окремого центрального органу виконавчої влади (а не як структурного підрозділу МОЗ) необхідне для забезпечення такого рівня відокремленості зазначеного органу від процесу формування політики, який дозволив би йому жорстко додержуватися технічних критеріїв розподілу акумульованих у державному бюджеті призначених для фінансування охорони здоров'я коштів і не залежати водночас від поточних політичних уподобань центральних та місцевих органів влади і органів місцевого самоврядування.

Автономізація постачальників медичної допомоги. Запровадження такої моделі взаємовідносин потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я управлінської та фінансової автономії. З урахуванням світового досвіду автономію передбачається забезпечити шляхом реорганізації таких закладів охорони здоров'я у повноцінні суб'єкти господарської діяльності – державні та комунальні некомерційні підприємства. Крім закладів охорони здоров'я, що є державними та комунальними некомерційними підприємствами, медичні послуги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування зможуть також надавати приватні заклади охорони здоров'я та медичні працівники, які провадять господарську діяльність із медичної практики як фізичні особи-підприємці.

Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом». Замовник послуг первинної медичної допомоги укладатиме прямі договори про надання послуг первинної медичної допомоги з ліцензованими та акредитованими МОЗ постачальниками такого виду медичної допомоги. Сумарна оплата за договором про надання первинної медичної допомоги визначатиметься кількістю населення, приписаного до відповідного надавача первинної медичної допомоги, а також показниками результативності.

Для оплати діяльності (відшкодування витрат) постачальників вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги використовуватимуться різні методи. Розвиток і у разі потреби реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, здійснюватимуться через госпітальні округи.

Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією. Створення єдиного загальнонаціонального медичного простору передбачає запровадження інструментів електронної охорони здоров'я, таких як електронні реєстри, протоколи обміну даними, системи кодування діагнозів і процедур та інше. Основною умовою для ефективного функціонування системи фінансування є запровадження системи унікальної ідентифікації пацієнтів.

Реалізація Концепції відбуватиметься трьома етапами: підготовчий етап (2017 рік), етап упровадження (2018–2019 роки) та етап інтеграції (2020 рік). Реалізація Концепції дасть можливість створити сучасну модель фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка. Вона забезпечить ефективне використання обмежених державних ресурсів у системі охорони здоров'я шляхом спрямування їх на покриття вартості фактично надаваних громадянам медичних послуг (принцип «гроші ходять за пацієнтом»).

Правовою базою для початку медичної реформи є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року. Медична реформа в Україні буде вводиться в дію поетапно та передбачатиме реалізацію низки масштабних нововведень, метою яких є забезпечення пацієнта якісною та гарантованою медичною допомогою. Закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг із медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій.

Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) – програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг

(включаючи медичні вироби) і лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Медичні послуги та лікарські засоби, що не внесені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством. Обсяг

коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) розміром не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету. Таким чином, парламент щороку схвалюватиме перелік медичних послуг і лікарських засобів, які гарантовані державою та оплачуються за рахунок бюджетних коштів.

Медична реформа розпочнеться з рівня первинної медичної допомоги. Відповідно до Закону пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачеві медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. У квітні 2018 року розпочалася кампанія з вибору пацієнтами лікаря первинної медичної допомоги. Пацієнт зможе обрати для себе будь-якого лікаря, незалежно від зареєстрованого місця проживання чи перебування. Водночас декларація про вибір лікаря первинної допомоги, яку кожен громадянин повинен підписати зі своїм сімейним лікарем (педіатром чи терапевтом – для дитини), повідомляє державу, який заклад охорони здоров'я або самозайнятий лікар повинен отримати гроші за лікування конкретного пацієнта.

Водночас надавачам медичних послуг забороняється відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності в пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця

проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством.

Якщо раніше існувала можливість відразу звернутися до вузькопрофільного спеціаліста, тепер отримати його послуги безоплатно можна лише за направленням сімейного лікаря. Якщо лікар первинної ланки не має достатньої кваліфікації чи устаткування для допомоги пацієнтові або вирішив, що потрібна допомога вузькопрофільного спеціаліста, він дає хворому направлення. Лише за направленням можливе безоплатне отримання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги або медичної реабілітації. Якщо ж пацієнт не погодиться з рішенням свого сімейного лікаря та звернеться самостійно до потрібного спеціаліста, йому доведеться сплатити за надані медичні послуги самостійно. У разі надання медичної допомоги в амбулаторних умовах лікарські засоби за програмою медичних гарантій надаються пацієнтові на підставі рецепта лікаря суб'єктом господарювання, який здійснює діяльність із роздрібною торгівлі лікарськими засобами та уклав договір про реімбурсацію.

Для реалізації основних положень медичної реформи в Україні створюють Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. НСЗУ є національним страховиком, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує в

них послуги з медичного обслуговування населення. НСЗУ контролює додержання умов договорів та робить

прямі виплати закладам за надані послуги. Національна служба здоров'я діє на підставі Положення, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. НСЗУ здійснює свої повноваження безпосередньо та через утворені в установленому порядку територіальні органи. **Основними завданнями НСЗУ є:** реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Упровадження медичної реформи в Україні передбачає зміну юридичного статусу закладів охорони здоров'я. Так, заклади первинної медичної допомоги мають пройти **реорганізацію з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства**. Реорганізація є необхідною умовою, оскільки лише медичні заклади у статусі **комунальних некомерційних підприємств зможуть укласти договори з НСЗУ** та отримувати пряме фінансування за надані медичні послуги з Державного бюджету. Як неприбуткові установи, медичні заклади не будуть платниками податку на прибуток підприємств і зможуть самостійно розпоряджатися отриманими від НСЗУ бюджетними коштами. Зокрема, вони зможуть вільно встановлювати розмір заробітної плати для медичних працівників та купувати новітнє медичне обладнання.

З 2018 року розпочинається перехід від бюджетного утримання медичних закладів до закупівлі їх послуг за бюджетні кошти. Підставою для переходу на нову систему фінансування є **договір про медичне обслуговування** за програмою медичних гарантій, який заклад охорони здоров'я (самозайнятий лікар) укладає із НСЗУ у письмовій або електронній формі. НСЗУ не має права відмовити надавачеві медичних послуг в укладені з ним договору. Водночас відомості про усі укладені договори підлягають опублікуванню на офіційному веб-сайті НСЗУ впродовж п'яти днів із моменту їх укладення.

Для всієї території України встановлюються **єдині тарифи** оплати медичних послуг та лікарських засобів, які надають пацієнтам за програмою медичних гарантій. Водночас оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених із ними договорів про медичне обслуговування населення. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. *Методика визначає методологію та порядок обліку фактичних витрат, які здійснюють заклади охорони здоров'я у зв'язку з наданням послуг із медичного обслуговування і які враховуються під час установаження єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Методика спрямована на забезпечення стандартизації та уніфікації підходів до обліку витрат у закладах охорони здоров'я та встановлення базових принципів універсальної національної системи розрахунку вартості послуг із медичного*

обслуговування, фінансування яких забезпечується за рахунок бюджетних коштів у межах програми медичних гарантій.

У Методиці чітко визначено, для кого вона є **обов'язковою** до застосування, це:

- **Референтні заклади** охорони здоров'я, дані аналізу витрат у яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги **в межах програми медичних гарантій**;

- **МОЗ** – під час розроблення пропозицій щодо єдиних тарифів на медичні послуги в межах програми медичних гарантій.

У методиці визначається, що для інших закладів охорони здоров'я вона **необов'язкова** і може бути використана, **як один з інструментів** поліпшення внутрішнього управління витратами, та не маючи чіткого алгоритму розрахунку, не може бути використана для розрахунку вартості медичних послуг, які **не входять до програми медичних гарантій**. Насамперед Методику застосовують для визначення вартості платних медичних послуг закладами охорони здоров'я. Вона визначає методологію та порядок обліку фактичних витрат, які здійснюють заклади охорони здоров'я у зв'язку з наданням послуг із медичного обслуговування) і які враховують під час **встановлення єдиних тарифів на медичні послуги**, що надаються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Єдині тарифи на медичні послуги, що надаються в рамках програми медичних гарантій, установлюються на основі даних про відповідні витрати, отримані від референтних установ охорони здоров'я. Вартість конкретної послуги у кожному окремому референтному закладі охорони

здоров'я є референтною вартістю такої послуги. Середня референтна вартість за всіма референтними установами охорони здоров'я, дані аналізу витрат яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування в рамках програми медичних гарантій, є базою для встановлення зазначених тарифів.

Одним із важливих чинників упровадження медичної реформи є електронна система охорони здоров'я (E-Health). Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я та Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я України (НСЗУ) регламентуються Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».

Завданням електронної системи охорони здоров'я є забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Електронна система охорони здоров'я складається з центральної бази даних та електронних медичних інформаційних систем, між якими забезпечено автоматизований обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

Відповідно до цієї Постанови функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я,

визначені в Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, впроваджуються поступово, відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Тому дуже важливо, щоб всі медичні заклади, які реалізують програму державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, були під'єднані до Електронної системи охорони здоров'я. Крім того, лише ті заклади, які підключились до цієї системи і правильно ввели інформацію про надавачів медичних послуг, місця надання ПМД та декларації з пацієнтами зможуть отримувати фінансування від НСЗУ за новою моделлю фінансування медичних закладів.

Реформа системи охорони здоров'я, що нині впроваджується в Україні, відповідає основним тенденціям розвитку цієї галузі в розвинених країнах: забезпечення загального охоплення населення найбільш необхідними видами медичної допомоги, збільшення фінансової автономності лікарняних закладів, диверсифікація джерел фінансування галузі, підвищення рівня її адаптивності. Водночас усунення потенційних ризиків, які може нести в собі впроваджувана реформа, потребує реалізації низки заходів соціальної політики, спрямованих на збереження доступності медичних послуг для найменш захищених верств населення.

РОЗДІЛ 3

ПРАВОВИЙ СТАТУС ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Найважливішою ланкою національної системи охорони здоров'я, яка забезпечує практично всі основні результати її діяльності, є заклад охорони здоров'я.

Основи законодавства України про охорону здоров'я у ст. 3 визначають заклад охорони здоров'я як юридичну особу будь-якої форми власності й організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Порядок створення, припинення закладів охорони здоров'я, особливості діяльності та класифікація закладів визначаються законом.

Органи державної влади та органи місцевого самоврядування сприяють розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності.

Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення в медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Для забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню створюють госпітальний округ.

Госпітальний округ – це сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на

право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території. У межах госпітального округу визначають опорні заклади охорони здоров'я. Постановою Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074 затверджено новий Порядок створення госпітальних округів та Типове положення про госпітальну раду.

Органи місцевого самоврядування здійснюють планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, ухвалюють рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я самостійно з урахуванням плану розвитку госпітального округу.

Залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як:

- *державні;*
- *комунальні;*
- *приватні;*
- *засновані за змішаною формою власності.*

За організаційно-правовою формою **заклади охорони здоров'я державної власності** можуть утворюватися та функціонувати як:

- *казенні підприємства;*
- *державні установи.*

За організаційно-правовою формою **заклади охорони здоров'я комунальної власності** можуть утворюватися та функціонувати як:

- *комунальні некомерційні підприємства;*
- *комунальні установи.*

Заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати шляхом здійснення співробітництва територіальних громад у

формах, передбачених законом, зокрема як спільне комунальне підприємство.

Заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми.

Заклади охорони здоров'я комунальної та державної форми власності, що діють в організаційно-правовій формі установи, можуть бути реорганізовані, зокрема шляхом перетворення, за рішенням власника або уповноваженого органу управління.

Провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка відповідно до закону підлягає ліцензуванню, дозволяється лише за наявності ліцензії.

Господарська діяльність із медичної практики – вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії.

Порядок отримання ліцензії визначено у статтях 10–13 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» та пунктах 5–6 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285.

Для суб'єктів господарювання, що провадять медичну практику, встановлюються певні загальні вимоги, що встановлено Ліцензійними умовами, та спеціальні щодо:

а) приміщень, в яких провадиться медична практика: ДБН В.2.2-10-2001 поширюються на проектування нових і реконструкцію існуючих будинків і споруд усіх типів закладів охорони здоров'я незалежно від їх відомчого підпорядкування і форм власності, а також приміщень медичного призначення, вбудованих чи таких, що входять до складу інших типів будинків. Вимоги ДБН є

обов'язковими для юридичних та фізичних осіб-суб'єктів інвестиційної діяльності на території України незалежно від їх відомчого підпорядкування і форм власності;

б) персоналу, який провадить медичну практику: Наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників», Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», Наказ МОЗ України від 19.12.1997 р. № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів», Наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. № 742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою»;

в) обладнання, за допомогою якого провадиться медична практика, зокрема: Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

Отже, ліцензія забезпечує дозвіл на те, щоб заклад охорони здоров'я міг займатися діяльністю у сфері охорони здоров'я, виробництвом і продажем фармацевтичної продукції. Однак для того, щоб отримати офіційне визнання, підтвердити якість послуг, додержанням стандартів охорони здоров'я, відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам медпрацівників, **необхідна акредитація**. Окрім функції визнання акредитація відкриває можливість виписувати листки тимчасової втрати працездатності (лікарняні), надавати такі специфічні послуги, як допоміжні репродуктивні технології, здійснення абортів, а також проводити клінічні

випробування. Акредитація медичного закладу є добровільною процедурою (як перша, так і повторні).

Державна акредитація медичного закладу – це офіційне визнання статусу лікувального закладу, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження відповідності встановленим критеріям та гарантія високої якості професійної діяльності. Акредитацію медичного закладу проводять для того, щоб:

- проаналізувати діяльність лікувальних закладів різного рівня, визначити оптимальний для них порядок та обсяг медичної діяльності за умов ефективного використання кадрового потенціалу, матеріально-технічної бази, впровадження сучасних медичних технологій;

- забезпечити захист прав пацієнтів на отримання якісної медичної допомоги необхідного обсягу, контролювати обсяги діяльності медичних закладів;

- підготувати підґрунтя для поступового переходу до роботи в умовах медичного страхування;

- оптимізувати мережу медичних закладів відповідно до наявних матеріальних та кадрових ресурсів галузі шляхом припинення їх діяльності або реорганізації.

Акредитація закладу проводиться після отримання ним ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, ліцензії на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів, крім активних фармацевтичних інгредієнтів.

Система акредитації та правила її проведення регулюються такими нормативними актами:

- Порядок акредитації закладу охорони здоров'я, Постанова Кабміну від 15.07.1997 р. № 765;

- Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я, Наказ МОЗ від 14.03.2011 р. № 142 (Стандарти мають бальну систему щодо визначення рівня акредитації);
- Критерії акредитації закладів охорони здоров'я, Наказ МОЗ від 14.03.2011 р. № 142;
- Положення про Головну акредитаційну комісію при МОЗ, Наказ МОЗ від 14.03.2011 р. № 242 (цей документ містить форму Експертного висновку про відповідність закладу стандартам акредитації);
- ДСТУ ISO серії 9000 – цей документ не пов'язаний виключно з закладами охорони здоров'я, однак, він необхідний для отримання вищого рівня акредитації для закладів, які надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу (п. 4.2 Критеріїв № 142).

Отриманий акредитаційний сертифікат діє не більше 3 років (ч. 2 п. 10 Порядку № 765). Позачергова акредитація може проводитися для підвищення категорії не менше ніж через 1 рік після попередньої акредитації. Також переоформити акредитаційний сертифікат слід в разі зміни назви закладу охорони здоров'я, його структурних підрозділів чи адреси, наприклад у ситуації, коли населений пункт перейменували.

Заклад охорони здоров'я провадить свою діяльність **на підставі статуту (положення)**, що затверджується власником закладу (уповноваженим ним органом).

Керівником закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності може бути призначено лише особу, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Призначення на посаду та звільнення з посади керівника закладу охорони здоров'я здійснюються відповідно до законодавства.

Керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2018 р. № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» внесено зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Виключено назву посади «головний лікар», а введено назви посад **«медичний директор»** (який буде здійснювати керівництво закладом охорони здоров'я в порядку делегованих йому керівником повноважень із медичних питань, відповідно до чинного законодавства України) та «генеральний директор (директор)/начальник (завідувач) закладу охорони здоров'я» (який буде керувати виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю закладу охорони здоров'я, відповідати за фінансово-господарські результати його діяльності).

Постановою КМУ від 21.08.2019 р. № 792 затверджено новий Порядок укладення контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, яким врегульовано порядок укладення контрактів із керівниками державних, комунальних закладів охорони здоров'я та

затверджено типову форму контрактів із такими керівниками. Вимоги цього Порядку поширюються на відбір кандидатур на посади керівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я, крім закладів охорони здоров'я МВС, військових формувань, а також правоохоронних органів спеціального призначення, утворених відповідно до законів.

Відповідно до п. 4 Порядку № 792 контракт укладається на строк від трьох до п'яти років. Пунктом 5 Порядку № 792 визначено, що в контракті передбачаються строк його дії, права, обов'язки та відповідальність сторін (зокрема, матеріальна), вимоги до збереження керівником закладу державного або комунального майна, підвищення ним кваліфікації або проходження перепідготовки протягом строку дії контракту, умов матеріального забезпечення та організації праці, умов розірвання контракту.

Контракт повинен містити записи щодо строку дії контракту, прав, обов'язків та відповідальності сторін (зокрема, матеріальної), вимог до збереження керівником закладу державного або комунального майна, підвищення ним кваліфікації або проходження перепідготовки впродовж строку дії контракту, умов матеріального забезпечення та організації праці, умов розірвання контракту, оскільки вони є його *обов'язковими умовами*.

Контрактом можуть бути встановлені пільги, гарантії керівникові закладу на випадок розірвання контракту з незалежних від нього причин, а також соціально-побутові та інші умови, необхідні для виконання керівником своїх обов'язків.

Пункти 7, 8 Порядку № 792 встановлюють, що контракт може бути розірваний на підставах, передбачених законодавством та умовами контракту. Водночас

звільнення з посади керівника закладу проводиться з урахуванням передбачених законодавством гарантій.

У разі розірвання контракту на підставах, установлених у контракті, але не передбачених законом, керівника закладу звільняють з посади на підставі п. 8 ч. 1 ст. 36 Кодексу законів про працю України.

Згідно зі ст. 36 КЗпП загальними для всіх категорій працівників умовами припинення трудового договору є:

1) угода сторін;

2) закінчення строку (п. 2 і 3 ст. 23), крім випадків, коли трудові відносини фактично тривають і жодна зі сторін не поставила вимогу про їх припинення;

3) призов або вступ працівника або власника – фізичної особи на військову службу, направлення на альтернативну (невійськову) службу, крім випадків, коли за працівником зберігаються місце роботи, посада відповідно до частин третьої та четвертої статті 119 КЗпП;

4) розірвання трудового договору з ініціативи працівника (статті 38, 39), з ініціативи власника або уповноваженого ним органу (ст. 40, 41) або на вимогу профспілкового чи іншого уповноваженого на представництво трудовим колективом органу (ст. 45);

5) переведення працівника, за його згодою, на інше підприємство, в установу, організацію або перехід на виборну посаду;

б) відмова працівника від переведення на роботу в іншу місцевість разом із підприємством, установою, організацією, а також відмова від продовження роботи у зв'язку із зміною істотних умов праці;

7) набрання законної сили вироком суду, яким працівника засуджено (крім випадків звільнення від відбування покарання з випробуванням) до позбавлення волі або до іншого покарання, яке виключає можливість продовження даної роботи;

7-1) укладення трудового договору (контракту), всупереч вимогам Закону України «Про запобігання корупції», встановленим для осіб, які звільнилися або іншим чином припинили діяльність, пов'язану з виконанням функцій держави або місцевого самоврядування, протягом року з дня її припинення;

7-2) з підстав, передбачених Законом України «Про очищення влади»;

7-3) набрання законної сили рішенням суду про визнання необґрунтованими активів та їх стягнення в дохід держави стосовно особи, уповноваженої на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, у передбачених статтею 290 Цивільного процесуального кодексу України випадках;

8) підстави, передбачені контрактом;

9) підстави, передбачені іншими законами.

У випадках, передбачених пунктами 7, 7-1 і 7-3 частини першої цієї статті, особа підлягає звільненню з посади у триденний строк із дня отримання органом державної влади, органом місцевого самоврядування, підприємством, установою, організацією копії відповідного судового рішення, яке набрало законної сили, а у випадку, передбаченому пунктом 7-2, особа підлягає звільненню з посади в порядку, визначеному Законом України «Про очищення влади».

Зміна підпорядкованості підприємства, установи, організації не припиняє дії трудового договору.

У разі зміни власника підприємства, а також у разі його реорганізації (злиття, приєднання, поділу, виділення, перетворення) дія трудового договору працівника продовжується. Припинення трудового договору з ініціативи власника або уповноваженого ним органу можливе лише у разі скорочення кількості або штату працівників (п. 1 ч. 1 ст. 40).

Права, гарантії та пільги для закладів охорони здоров'я

Чинним законодавством України передбачено, що медичний заклад будь-якої форми власності має наступні права:

- здійснювати господарську діяльність у передбаченому законом порядку. Для здійснення господарської діяльності ЛПУ залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством;
- відкривати та закривати рахунки в Державному казначействі України, установах банків, зокрема (в іноземній валюті);
- мати круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами;
- укладати угоди, зокрема господарські угоди з підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та підпорядкування, а також фізичними особами відповідно до законодавства;
- набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути позивачем, відповідачем або третьою стороною у справах, що розглядається в судах України, міжнародних та третейських судах;
- користуватися або оперативно управляти наявним майном та нематеріальними активами;
- на компенсацію збитків, завданих унаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, які було визнано судом неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду;
- звертатися у порядку, передбаченому законодавством, до центральних та місцевих органів

виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств і організацій незалежно від форм власності та підпорядкування, для одержання інформації та матеріалів, необхідних для ведення основної діяльності;

- здійснювати співробітництво з іноземними організаціями відповідно до законодавства;
- здійснювати власне будівництво, реконструкцію, капітальний та поточний ремонт основних фондів у визначеному законодавством порядку;
- здійснювати інші права, що не суперечать чинному законодавству.

Заклади охорони здоров'я, особи, які здійснюють підприємницьку діяльність у сфері охорони здоров'я, а також суб'єкти господарювання, що виробляють продукцію, необхідну для забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, користуються **податковими та іншими пільгами**, передбаченими законодавством (ст. 21 Основ законодавства).

Так, згідно з пп. 197.1.5 п. 197.1 ст. 197 р. V Податкового кодексу України від 2 грудня 2010 року № 2755-VI із змінами і доповненнями, **звільняються від оподаткування ПДВ операції з постачання послуг з охорони здоров'я закладами охорони здоров'я, що мають ліцензію на постачання таких послуг**, а також постачання послуг реабілітаційними установами для інвалідів та дітей-інвалідів, що мають ліцензію на постачання таких послуг відповідно до законодавства, крім послуг, перелічених в абзацах «а» – «о» цього пункту, а саме:

- а) надання косметологічної допомоги, крім тієї, що надається за медичними показаннями;
- б) масаж для зміцнення здоров'я дорослого населення, корекції осанки тощо;

в) проведення профілактичних медичних оглядів із підготовкою висновку про стан здоров'я на прохання громадян;

г) проведення гігієнічної експертизи проектних матеріалів та попередніх проектних пропозицій, зокрема щодо розміщення об'єкта, а також нормативної документації на нові технології виробництва продукції та нові види продукції за заявкою замовника, гігієнічне оцінювання зразків нових видів продукції;

г) надання консультаційної допомоги з питань проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи;

д) обстеження за заявкою замовника об'єктів, що будуються, реконструюються або функціонують, з метою їх відповідності санітарному законодавству;

е) проведення за заявкою замовника токсиколого-гігієнічних, медико-біологічних, санітарно-гігієнічних, фізіологічних та інших обстежень з метою визначення безпеки продукції для здоров'я людини;

є) видача суб'єктам господарювання дозволів на виробництво, використання, транспортування, зберігання, реалізацію, захоронення, знищення, утилізацію продукції і речовин вітчизняного та імпортного виробництва, що потенційно небезпечні для здоров'я людини;

ж) надання юридичним і фізичним особам консультаційної допомоги з питань застосування законодавства про охорону здоров'я, зокрема щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;

з) проведення медичного огляду осіб для видачі:

- дозволу на право отримання та носіння зброї громадянам, крім військовослужбовців і посадових осіб, носіння зброї якими передбачено законодавством;

- відповідних документів на виїзд громадян за кордон за викликом родичів, що проживають у зарубіжних

країнах, оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах за власним бажанням, а також у службові відрядження (крім державних службовців, робота яких пов'язана з такими виїздами і які мають відповідні медичні документи);

- посвідчення водія транспортного засобу;

- и) медичне обслуговування з'їздів, конференцій, симпозіумів, фестивалів, нарад, змагань тощо;

- і) медичне обслуговування громадян за їх бажанням у медичних закладах із поліпшеним сервісним обслуговуванням;

- ї) організація медичного контролю осіб, які займаються фізичною культурою і спортом в оздоровчих закладах;

- й) проведення профілактичних щеплень громадянам, які від'їжджають за кордон за викликом, для оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах за власним бажанням, а також у туристичні подорожі (крім тих, що від'їжджають на лікування та в службові відрядження);

- к) складення за заявками замовників санітарних паспортів радіотехнічних об'єктів та проведення досліджень для їх підтвердження;

- л) проведення за заявками замовників державної санітарно-гігієнічної експертизи з акредитації та атестації підприємств, установ, організацій на право проведення токсиколого-гігієнічних, медико-біологічних, санітарно-гігієнічних та інших досліджень;

- м) визначення за заявками замовника шкідливих і небезпечних факторів виробничого середовища, технологічного та трудового процесів, проведення досліджень для розроблення засобів і заходів щодо усунення або зменшення їх небезпечної дії;

н) навчання за заявками замовників на робочих місцях фахівців підприємств, установ, організацій в установах санітарно-епідеміологічної служби, державних науково-дослідних інститутах гігієнічного та епідеміологічного профілю, а також фахівців підприємств, установ, організацій, проведення санітарно-гігієнічних та бактеріологічних досліджень;

о) надання за заявками замовників послуг з організації роботи відомчих санітарних лабораторій, оснащення їх медичною технікою (обладнанням, апаратурою, приладами); навчання на місці фахівців таких лабораторій методики проведення санітарно-гігієнічних досліджень.

Отже, цю пільгу мають право використовувати виключно заклади охорони здоров'я та реабілітаційні установи для інвалідів та дітей-інвалідів, які мають ліцензію на постачання послуг з охорони здоров'я. Перелік закладів охорони здоров'я затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 р. № 385.

Таким чином, послуги з охорони здоров'я, які надаються закладами охорони здоров'я та реабілітаційними установами для інвалідів та дітей-інвалідів за наявності спеціального дозволу (ліцензії) на проведення відповідних видів послуг з охорони здоров'я звільняються від оподаткування ПДВ за умови, що такі операції не перелічені в абзацах «а» – «о» пп. 197.1.5 п. 197.1 ст. 197 р. V ПКУ.

Серед гарантій держави для медичного сектору необхідно зазначити:

- надання бюджетного фінансування;
- забезпечення матеріально-технічними засобами (визначена гарантія поширюється на державні та комунальні медичні установи);
- наукове забезпечення охорони здоров'я.

Відповідно до ст. 18 Основ законодавства України про охорону здоров'я **фінансове забезпечення охорони здоров'я** може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законом. Рівень фінансового забезпечення охорони здоров'я розраховується на підставі науково обґрунтованих нормативів. Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, призначені для охорони здоров'я, використовують, зокрема, для забезпечення медичної допомоги населенню, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень у цій сфері. **Фінансове забезпечення державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ здійснюється відповідно до бюджетного законодавства.**

Медичну допомогу надають безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення.

Договори про медичне обслуговування укладають у межах бюджетних коштів, передбачених на охорону здоров'я на відповідний бюджетний період, на підставі вартості та обсягу послуг із медичного обслуговування, замовником яких є держава або органи місцевого самоврядування. Вартість послуги з медичного обслуговування розраховують з урахуванням структури витрат, необхідних для надання такої послуги відповідно

до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Методику розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, перелік платних послуг із медичного обслуговування затверджує Кабінет Міністрів України.

Вимоги до надавача послуг із медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладають договори про медичне обслуговування населення, порядок укладання таких договорів та типову форму договору затверджує Кабінет Міністрів України.

Заклади охорони здоров'я можуть використовувати для підвищення рівня якості медичного обслуговування населення кошти, отримані від юридичних та фізичних осіб, якщо інше не встановлено законом. Заклади охорони здоров'я встановлюють плату за послуги з медичного обслуговування, що надаються поза договорами про медичне обслуговування населення, укладеними з головними розпорядниками бюджетних коштів, у порядку, встановленому законом.

Порядок укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та порядок визначення тарифів для оплати медичних послуг і лікарських засобів встановлюються Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Держава організує матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я обсягом, необхідним для надання населенню гарантованого рівня медичної допомоги. Усі заклади охорони здоров'я мають право самостійно вирішувати питання свого матеріально-технічного забезпечення. Держава сприяє виробництву медичної апаратури, інструментарію, обладнання,

лабораторних реактивів, ліків, протезних і гігієнічних засобів та інших виробів, необхідних для охорони здоров'я, а також розвитку торгівлі цими виробами.

З цією метою забезпечується реалізація державних цільових програм пріоритетного розвитку медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, заохочуються підприємництво і міжнародне співробітництво у сфері матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, створюється система відповідних податкових, цінових, митних та інших пільг і регуляторів.

Держава забезпечує додержання вимог закону щодо обмеження реклами лікарських засобів та може обмежувати експорт товарів, необхідних для охорони здоров'я, і сировини для їх виготовлення, якщо це може зашкодити інтересам охорони здоров'я населення України.

Для забезпечення належної якості виробів, необхідних для охорони здоров'я, їх застосування дозволяється лише після обов'язкової апробації, здійснюваної у порядку, погодженому з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Держава сприяє розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність закладів і працівників охорони здоров'я. Дослідження, що проводяться академічними і відомчими науковими установами, навчальними закладами та іншими науковими установами і підрозділами або окремими науковцями, фінансуються на конкурсній основі з державного бюджету, а також за рахунок будь-яких інших джерел фінансування, що не суперечать законодавству.

Вищою науковою медичною установою України із статусом самоврядної організації і незалежною у

проведенні досліджень і розроблення напрямів наукового пошуку є Академія медичних наук України.

Обов'язки закладів охорони здоров'я

Для медичних закладів усіх форм власності державою закріплені ряд обов'язків (відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я та Ліцензійних умов):

1) зареєструвати юридичну особу, а також вносити зміни до статутних документів, проводити перереєстрацію, ліквідацію у передбаченому законом порядку (Ліцензійні умови з медичної практики);

2) отримати дозвіл на проведення господарської діяльності з медичної практики (Ліцензійні умови з медичної практики);

3) затвердити статут (положення), структуру, штатний розпис, перелік обладнання відповідно до табеля оснащення закладу охорони здоров'я;

4) призначити на посаду головного лікаря, який має сертифікат лікаря-спеціаліста та посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії за спеціальністю «організація і управління охороною здоров'я» за наявності стажу роботи не менше ніж три роки;

5) забезпечити працівниками, необхідними для надання медичної допомоги;

6) зберігати за місцем провадження діяльності:

- нормативно-правові документи, зокрема нормативні документи з питань стандартизації, необхідні для провадження відповідного виду господарської діяльності;

- обліково-звітні статистичні форми відповідно до заявлених спеціальностей;

- акредитаційний сертифікат закладу охорони здоров'я (за умови функціонування закладу охорони здоров'я більше двох років);

- свідоцтво про атестацію лабораторії закладу охорони здоров'я (за наявності її у структурі закладу);

- документи, в яких зазначається рівень кваліфікації медичних працівників.

7) медична практика провадиться суб'єктами господарювання на підставі ліцензії та за наявності:

- приміщень, що відповідають установленим санітарним, епідеміологічним, гігієнічним нормам і правилам, протипожежним нормам і правилам за наявності дозволу органу державного пожежного нагляду;

- приладів, обладнання, оснащення відповідно до Табеля оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів, стаціонарних відділень лікарень. Одночасно засоби вимірювальної техніки повинні бути метрологічно повірені;

- працівників (лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою) для провадження медичної практики;

8) забезпечити надання пацієнтам та відвідувачам за місцем провадження діяльності достовірну інформацію в доступному для споживача місці:

- вивіску із зазначенням найменування суб'єкта господарювання відповідно до свідоцтва про державну реєстрацію;

- фотокопію ліцензії та копію виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців;

- акредитаційний сертифікат закладу охорони здоров'я (за умови функціонування більше ніж два роки);

- перелік лікарських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, за якими провадиться медична практика;

- свідоцтво про атестацію лабораторії закладу охорони здоров'я за наявності її у структурі закладу;

- режим роботи ліцензіата;

- відомості про керівництво (прізвище, ім'я, по батькові керівника, його заступників) та лікарів ліцензіата (прізвища, імена, по батькові, посади, категорії);

- книгу відгуків та пропозицій громадян;

9) здійснювати оперативну діяльність за матеріально-технічним забезпеченням своєї роботи;

10) здійснювати бухгалтерський облік, вести фінансову та статистичну звітність згідно із законодавством;

11) придбавати матеріальні ресурси в підприємств, організацій та установ незалежно від форм власності, а також у фізичних осіб;

12) створювати належні умови для високопродуктивної праці, забезпечує додержання законодавства про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування;

13) забезпечувати підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників (ст. 75 Основ законодавства);

14) використовувати в роботі систему стандартів у сфері охорони здоров'я (ст. 14-1 Основ законодавства);

15) забезпечити право пацієнта на вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я (ст. 38 Основ законодавства);

16) забезпечити надання медичної інформації (ст. 39 Основ законодавства);

17) забезпечити додержання права на таємницю про стан здоров'я (ст. 39-1 Основ законодавства), лікарської таємниці (ст. 40 Основ законодавства);

18) забезпечити дотримання загальних умов медичного втручання (ст. 42);

19) отримати добровільну згоду інформованого пацієнта / законного представника (ст. 43);

20) забезпечити застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів (ст. 44).

Господарська діяльність із медичної практики – вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який **провадиться закладами охорони здоров'я** та фізичними особами-підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені Постановою КМУ від 02.03.2016 р. № 285, встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначають вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Суб'єкти медичної практики за правопорушення при здійсненні цієї діяльності повинні нести відповідальність. Проте на сьогодні в Україні відсутні норми, якими безпосередньо встановлена відповідальність суб'єктів медичної практики. Так, в Основах законодавства як одному з основних законів у сфері здійснення медичної практики, що містять норми щодо відповідальності у сфері охорони здоров'я, закріплено, що особи, винні в порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством (ст. 80). Проте конкретизація таких підстав та видів відповідальності суб'єктів медичної практики законодавством не встановлена.

У таких умовах значно ускладнюється регулювання відповідальності у сфері охорони здоров'я взагалі, та в

медичній практиці зокрема, необхідність якого зумовлена особливостями господарської діяльності з медичної практики, що є діяльністю, має безпосередній вплив на такі соціально значущі категорії, як життя та здоров'я. Ураховуючи, що суб'єкти медичної практики є суб'єктами господарювання, то за порушення законодавства щодо медичної практики зазначені суб'єкти повинні нести насамперед господарсько-правову відповідальність.

Положення щодо господарсько-правової відповідальності містяться в нормах ГУ України, ЦК України, інших нормативних актах господарського законодавства.

Зі змісту ч. 2 ст. 218 ГК України можна зробити висновок, що господарське правопорушення може мати вираження невиконання або неналежного виконання господарського зобов'язання або порушення правил здійснення господарської діяльності. Таким чином, **підставою господарсько-правової відповідальності суб'єктів медичної практики є господарське правопорушення, пов'язане з невиконанням або неналежним виконанням цим суб'єктом обов'язку за господарським договором, стороною якого він є, або порушення правил здійснення господарської діяльності, встановлених для медичної практики.**

Для конкретизації підстав господарсько-правової відповідальності суб'єктів медичної практики потрібно взяти за основу умовний поділ правопорушень на:

- порушення господарсько-договірних зобов'язань;
- порушення правил здійснення господарської діяльності, який впливає зі ст. 218 ГК України.

Відповідно до примірного переліку господарських договорів, стороною яких може бути суб'єкт медичної

практики, можна виділити договори про надання послуг та договори про передавання майна в користування (безоплатне користування майном, оренда, лізинг). У перших – суб'єкт медичної практики є надавачем послуг, у других – стороною, яка бере медичні прилади, обладнання, оснащення тощо в користування. Відповідно визначити, в чому може проявлятися невиконання або неналежне виконання обов'язків суб'єкта медичної практики за таким договором, можна на підставі аналізу відповідних положень чинного законодавства. Норми щодо договору про надання послуг закріплено у ст. 901–907 ЦК України, а безпосередньо відповідальність виконавця регламентовано ст. 906 ЦК України, проте її зміст насамперед спрямовано на встановлення санкцій, а самі порушення договору не визначено.

Аналіз Примірного договору про надання медичних послуг, Примірного договору про медичне обслуговування населення та Примірного договору про медичне обслуговування населення лікарем загальної практики – сімейної медицини дозволяє назвати такі підстави відповідальності суб'єкта медичної практики:

- надання неякісних медичних послуг населенню (якість яких не відповідає стандартам та нормативно-правовим актам які діють на території України та регулюють порядок надання таких послуг);

- недодержання вимог стандартів та нормативно-правових актів, які діють на території України і регулюють порядок надання медичного обслуговування; невиконання або неналежного виконання своїх зобов'язань.

Порушення суб'єктом медичної практики обов'язків із договорів, за якими цей суб'єкт бере медичні прилади, обладнання, оснащення тощо в користування (найм,

оренда, безоплатне користування), можуть проявлятися у знищенні, псуванні, погіршенні та іншому пошкодженні майна, порушенні строків його повернення, строків сплати за користування тощо. Це впливає зі ст. 285 ГК України, ст. 779, 780 та інших ЦК України.

Отже, підставами відповідальності суб'єкта медичної практики потрібно назвати порушення господарсько-договірних зобов'язань, які конкретизуються у відповідних договорах про надання послуг, про передавання майна в користування та інших.

Наступними заслуговують на увагу підстави відповідальності за порушення правил здійснення медичної практики. Такі правила становлять сукупність вимог до будь-якого виду господарської діяльності взагалі, та до здійснення медичної практики зокрема. Порушення набувають виразу неправомірної поведінки суб'єкта господарювання, тобто невиконанні або неналежному виконанні приписів антимонопольного законодавства (наприклад, дискредитація суб'єкта господарювання, недобросовісна конкуренція, неправомірне використання ділової репутації), податкового законодавства (ухилення від сплати податків та інших обов'язкових платежів), інших приписів господарського законодавства. До того ж, розглядаючи пацієнтів як споживачів послуг у сфері медичної практики, підстави господарсько-правової відповідальності, встановлені Законом України «Про захист прав споживачів», потрібно розглядати підставами цієї відповідальності суб'єктів медичної практики. Мова йде про закріплені ст. 23 вищезгаданого Закону підстави відповідальності за порушення законодавства про захист прав споживачів.

Під час здійснення медичної практики такі порушення можуть мати прояв у відсутності необхідної, доступної, достовірної та своєчасної інформації про послуги; наданні медичних послуг неналежної якості; невиконанні або несвоєчасному виконанні припису посадових осіб спеціально уповноваженого органу виконавчої влади у сфері захисту прав споживачів про усунення порушень прав споживачів; порушенні умов договору між споживачем і виконавцем про надання послуги; односторонній відмові від виконання зобов'язання уповноваженою стороною при порушенні зобов'язання іншою стороною.

Аналіз положень Ліцензійних умов дозволяє виокремити певні діяння як порушення правил здійснення цієї господарської діяльності: 1) залучення до надання медичних послуг осіб, які не відповідають установленим законодавством відповідним кваліфікаційним вимогам та не мають відповідної спеціальної освіти; 2) порушення галузевих стандартів, стандартів медичної допомоги та уніфікованих клінічних протоколів у сфері охорони здоров'я; 3) порушення вимог із безоплатного надання медичної допомоги громадянам відповідно до законодавства; 4) невиконання розпоряджень уповноважених органів та осіб про усунення порушень ліцензійних умов; 5) провадження діяльності всупереч заявлених у відомостях лікарських та провізорських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою; б) створення перешкод уповноваженій на те законом посадовій чи службовій особі у здійсненні контролю за медичною практикою, у проведенні перевірки якості медичних послуг, що надаються, або додержанні

ліцензійних умов, стандартів, норм і правил щодо здійснення медичної практики; 7) порушення санітарних норм і правил; 8) розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю; 9) порушення вимог до ведення форм первинної облікової документації, що затверджені МОЗ України; 10) порушення порядку видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян; 11) порушення вимог щодо своєчасного з додержанням установлених міжперевірних інтервалів подання засобів вимірювальної техніки на періодичну перевірку; 12) порушення правил зберігання та здійснення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах; 13) інші порушення, допущені під час здійснення медичної практики.

Отже, з огляду на вищевикладене, можна провести поділ правопорушень суб'єктів медичної практики на групи: 1) порушення, допущені суб'єктом господарювання під час отримання ліцензії або під час провадження діяльності з медичної практики, але не пов'язані безпосередньо з наданням медичної допомоги та/або іншого медичного обслуговування населення; 2) провадження медичної практики за спеціальностями, які не зазначалися в документах, що додавалися до заяви про отримання ліцензії, або повідомленні про зміни; 3) недодержання локальних протоколів (маршрутів пацієнтів), розроблених на підставі клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ України, а в разі їх відсутності – уніфікованих клінічних протоколів, затверджених МОЗ України; 4) інші порушення організаційних, кадрових, технологічних вимог Ліцензійних умов; 5) діяння, що порушують інші законодавчі вимоги при

здійсненні медичної практики, зокрема порушення законодавчо встановлених прав пацієнтів як споживачів.

Відповідно до ст. 217 ГК за порушення господарсько-договірних зобов'язань закріплено чотири форми господарсько-правової відповідальності: відшкодування збитків, штрафні санкції, оперативно-господарські санкції, адміністративно-господарські санкції.

Загальні підстави відповідальності за завдану майнову та моральну шкоду регулюються ст. 1166–1167 ЦК України. Цивільне законодавство України (ст. 1172 ЦК) передбачає відшкодування юридичною особою (зокрема, медичним закладом, його медичним персоналом) або фізичною особою (медичним працівником – підприємцем) шкоди, завданої в разі виконання ними своїх трудових (професійних, службових) обов'язків. При ушкодженні здоров'я відшкодовується не лише матеріальна шкода або збитки, а й моральна (немайнова) шкода, порядок відшкодування якої дещо відрізняється від порядку відшкодування матеріальної (ст. 1168 ЦК).

Застосування до суб'єкта медичної практики такої форми господарсько-правової відповідальності, як штрафні санкції, може мати місце в разі їх закріплення відповідними договорами.

Порушення суб'єктом медичної практики господарсько-договірних зобов'язань може бути підставою застосування до них оперативно-господарських санкцій. Перелік оперативно-господарських санкцій закріплено у ст. 236 ГК України, згідно з якими до них віднесено: односторонню відмову від виконання свого зобов'язання управленою стороною, із звільненням її за це від відповідальності в разі порушення зобов'язання другою стороною; відмову від оплати за зобов'язанням, яке

виконано неналежним чином тощо; відмова управленої сторони зобов'язання від прийняття подальшого виконання зобов'язання, порушеного іншою стороною, або повернення у односторонньому порядку виконаного кредитором за зобов'язанням; установлення в односторонньому порядку на майбутнє додаткових гарантій належного виконання зобов'язання стороною, яка порушила зобов'язання, переведення платника на попередню оплату продукції (робіт, послуг). Водночас перелік оперативного-господарських санкцій не є вичерпним, і сторони можуть передбачити в договорі також інші оперативного-господарські санкції.

Наступною формою господарсько-правової відповідальності є адміністративно-господарські санкції. Відповідно до ст. 238 ГК України ними визнано заходи організаційно-правового або майнового характеру, спрямовані на припинення правопорушення суб'єкта господарювання та ліквідацію його наслідків. Такі санкції застосовуються за порушення правил здійснення господарської діяльності. Їх перелік наведено у ст. 239 ГК України:

- вилучення прибутку (доходу);
- адміністративно-господарський штраф;
- стягнення зборів (обов'язкових платежів);
- застосування антидемпінгових заходів;
- припинення експортно-імпортних операцій;
- застосування індивідуального режиму ліцензування на умовах та в порядку, визначених законом;
- зупинення дії ліцензії (патенту) на здійснення суб'єктом господарювання певних видів господарської діяльності;

- анулювання ліцензії (патенту) на здійснення суб'єктом господарювання окремих видів господарської діяльності;

- обмеження або зупинення діяльності суб'єкта господарювання;

- ліквідація суб'єкта господарювання;

- інші адміністративно-господарські санкції, встановлені цим Кодексом та іншими законами.

Анулюванням ліцензії визнається позбавлення ліцензіата права на провадження виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню, шляхом прийняття органом ліцензування рішення про анулювання його ліцензії (ч. 1 ст. 16 Закону про ліцензування).

Підставою для ухвалення органом ліцензування рішення про зупинення дії ліцензії повністю або частково є:

1) заява ліцензіата про зупинення власної ліцензії повністю або частково. Не є підставою для зупинення дії ліцензії заява ліцензіата про зупинення власної ліцензії повністю або частково, поданої після видання органом ліцензування розпорядчого документа про проведення перевірки додержання цим ліцензіатом ліцензійних умов і до закінчення строку:

- перевірки та усунення порушень ліцензійних умов (у разі їх наявності);

- упродовж 30 робочих днів після закінчення спливу строку виконання ліцензіатом розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов (крім випадку видання протягом цього строку органом ліцензування розпорядчого документа про проведення позапланової перевірки виконання ліцензіатом розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов);

2) акт про невиконання розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов провадження виду

господарської діяльності (частини виду господарської діяльності);

3) несплата за видачу ліцензії.

Зупинення дії ліцензії може бути застосовано як санкцію до ліцензіатів відповідно до Закону України «Про санкції».

Наступним видом цієї форми відповідальності потрібно назвати адміністративно-господарський штраф, тобто грошову суму, яку сплачує суб'єкт господарювання до відповідного бюджету у разі порушення ним встановлених правил здійснення господарської діяльності (ст. 241 ГК України).

Підсумовуючи викладене, можна зробити висновок, що до суб'єкта медичної практики можуть застосовуватись усі закріплені ГК України форми господарсько-правової відповідальності.

РОЗДІЛ 4 ПРАВОВИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТА

Будь-яка особа, яка звернулася за медичною допомогою або скористалася нею, незалежно від того, в якому вона стані: хвора, здорова чи як особа, яка погодилася на медико-біологічні дослідження, є пацієнтом. Але законодавче визначення поняття «пацієнт» в Україні надано лише в «Основах законодавства про охорону здоров'я», де **пацієнт – це фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога** і в Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань, де визначено, що пацієнт (здоровий доброволець) – особа, яка може бути залучена як досліджувана до клінічного випробування лікарського засобу.

Правовий статус пацієнта – це система закріплених державою в законодавчому порядку прав, свобод, юридичних гарантій їх реалізації та захисту законних інтересів, а так само обов'язків особистості, що є суб'єктом медико-правових відносин.

Загальний рух за чітке врегулювання прав та обов'язків пацієнтів у світі було розпочато після Другої світової війни та триває до цього часу. Взаємовідносини медичних фахівців і пацієнтів, включно до початку 70-х років ХХ століття, в основному були визначені правилами медичної етики. Проте в подальшому спостерігається зміщення акценту в бік правових положень та зростання уваги до цієї проблеми з боку міжнародної спільноти. Значний розвиток медичної галузі, внесення змін до міжнародних документів та новели вітчизняного

законодавства спонукають до постійного вдосконалення регулятивних норм щодо прав, обов'язків та відповідальності пацієнтів.

Серед міжнародних документів, що регулюють правовий статус пацієнта, виділимо такі, як:

- Загальна декларація прав людини;
- Міжнародний пакт про громадянські і політичні права;
- Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод;
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права;
- Європейська соціальна хартія (переглянута) (ETS N 163);
- Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта;
- Конституція України;
- Цивільний кодекс України;
- Сімейний кодекс України;
- Кримінальний кодекс України;
- Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я»;
- Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»;
- Закон України «Про захист персональних даних»;
- протоколи, стандарти та інші нормативні документи.

Аналіз чинного законодавства дає можливість виокремити кілька груп прав та обов'язків пацієнта.

До **першої групи** відносять основні права та обов'язки договірних правовідносин: право на забезпечення кваліфікованою медичною допомогою; обов'язок повідомити необхідні відомості про стан свого здоров'я,

право на лікарську таємницю, право вимагати роз'яснення діагнозу, методів лікування і можливих наслідків, право на надання згоди на медичне втручання, обов'язок оплатити надану медичну послугу тощо.

До **другої групи** належать права та обов'язки, закріплені за окремими категоріями пацієнтів: право матері на перебування у стаціонарі з дитиною, яка потребує догляду, право на участь у медичному експерименті тощо.

Третю групу складають права та обов'язки, які в договорі про надання медичних послуг є додатковими, виконують допоміжну функцію щодо основного змісту зобов'язань: зберігання речей, харчування в стаціонарних лікувальних установах.

Права людини в медичній сфері. **Права пацієнта** – основні права людини, яка потребує медичної допомоги для охорони власного здоров'я та життя, з точки зору забезпечення доступу до медичного обслуговування, рівноправності, якості та ефективності такої допомоги.

Принципи підходу до прав пацієнта:

- основна цінність – життя;
- тісний взаємозв'язок фізичного і духовного здоров'я;
- забезпечення безпеки життя і здоров'я;
- повага честі і гідності;
- недоторканність людини та її особистого життя;
- індивідуальність і вибір;
- визнання пацієнта як рівноправного учасника під час ухвалення рішення про медичне втручання;
- регулювання прав і обов'язків пацієнта, з метою охорони здоров'я й інтересів самого пацієнта й інших осіб;
- регулювання прав пацієнта механізмами їх забезпечення і захисту;

- твердження принципу взаємної довіри у взаєминах пацієнта і медичного працівника;
- оперативний та об'єктивний розгляд фактів порушення прав пацієнтів і відповідальності за порушення прав;
- контроль і незалежна експертиза якості медичної та лікарської допомоги.

Відповідно до чинного законодавства України **пацієнт має право** на:

1. *Право на життя* (ст. 27 Конституції України, ст. 281 Цивільного кодексу України);

2. *Право на медичну допомогу* (ст. 49 Конституції України, ст. 284 ЦК України, п. «д» ст. 6, п. «а» ст. 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», п. 1 ч. 1 Клятви лікаря);

3. *Право на свободу вибору* (ст. 284 ЦК України, п. «д» ст. 6, ст. 34, 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

4. *Право на особисту недоторканність* (ст. 29 Конституції України, ст. 289 ЦК України, ст. 42, 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

5. *Право на медичну інформацію* (ст. 32, 34 Конституції України, ст. 285 ЦК України, п. «е» ст. 6, 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

6. *Право на медичну таємницю* (ст. 32, 34 Конституції України, ст. 286 ЦК України, ст. 39-1, 40, п. «г» ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я, п. 3 ч. 1 Клятви лікаря);

7. *Право на чуйне ставлення, на дії і помисли, що ґрунтуються на принципах загальнолюдської моралі, з боку медичних і фармацевтичних працівників* (п. «г» ст. 78

Основ законодавства України про охорону здоров'я, п. 2 ч. 1 Клятви лікаря);

8. *Право на допуск інших медичних працівників* (ч. 1 ст. 287 ЦК України, п. «к» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

9. *Право на допуск членів сім'ї, опікуна, піклувальника* (ч. 1 ст. 287 ЦК України, п. «к» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

10. *Право на допуск нотаріуса та адвоката* (ч. 1 ст. 287 ЦК України, п. «к» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

11. *Право на допуск священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду* (ч. 2 ст. 287 ЦК України, п. «к» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

12. *Право на повну інформованість і добровільну згоду на медико-біологічний експеримент* (ч. 3 ст. 28 Конституції України, п. 3 ст. 281 ЦК України, ст. 45 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

13. *Право на донорство крові та її компонентів* (ст. 290 ЦК України, ст. 46 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

14. *Право на трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів як на спеціальний метод лікування* (ст. 47 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

15. *Право на штучне запліднення та імплантацію ембріона* (п. 7 ст. 281 ЦК України, ст. 48 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

16. *Право на застосування методів стерилізації* (п. 5 ст. 281 ЦК України, ст. 49 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

17. *Право на добровільне штучне переривання вагітності* (п. 6 ст. 281 ЦК України, ст. 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

18. *Право на зміну (корекцію) статевої належності* (ст. 51 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

19. *Право на незалежну медичну експертизу* (п. «й» ст. 6, розділ 9 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

20. *Право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди* (п. «і» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

21. *Право на правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я* (п. «и» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

22. *Право на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я* (ст. 40, 55, 56 Конституції України, п. «ї» ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Обов'язки пацієнтів:

1. *Обов'язок піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян* (п. «а» ст. 10, ст. 32 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

2. *Обов'язок проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення* (ч. 4 ст. 286 ЦК України, п. «б» ст. 10, ст. 30, 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

3. *Обов'язок надавати невідкладну допомогу іншим громадянам, які знаходяться в загрозовому для життя і*

здоров'я стані (п. «в» ст. 10, ст. 37 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

4. *Обов'язок виконувати медичні приписи та правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я* (ч. 3, 4 ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

5. *Обов'язок отримувати медичну допомогу без своєї згоди чи згоди законного представника у невідкладних випадках, коли існує реальна загроза життю* (ч. 1 ст. 29 Конституції України, ч. 5 ст. 284 ЦК України, ч. 2 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Право на вільний вибір лікаря та вибір методів лікування. Положення Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає, що кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому державному лікувально-профілактичному закладі за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування. Також, згідно з ч. 1 ст. 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником закладу охорони здоров'я чи його підрозділу.

Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта. Пацієнт має право вимагати заміни лікаря. Зазначене право є важливим для пацієнта, оскільки дає йому можливість лікуватися у фахівця, якого обрав та довіряє цей пацієнт або в такому закладі, що має сучасне та ефективне обладнання, методи діагностики та найбільш кваліфікованих медичних працівників. Водночас необхідно

зазначити, що право на вибір лікаря кореспондується ще з одним правом пацієнта, а саме правом пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників. У цьому разі пацієнт отримує можливість розвіяти сумніви щодо правильності обраних методів лікування у закладі охорони здоров'я.

Право на якісну і безпечну допомогу. Права на якісну медичну допомогу і безпеку закріплено в Європейській хартії прав пацієнтів (ст. 8, 9), Конституції України (ст. 49, ч. 1), Основах законодавства України про охорону здоров'я (статті 6 (п. «д»), 14-1, 33 (ч. 2), 34, 35–35-5, 42, 44, 78 (п. «а»)), Цивільному кодексі України (стаття 284, ч. 1), Кримінальному кодексі України (ст. 139, 140), Законі «Про захист прав споживачів» (ст. 4 (п. 2 ч. 1, п. 3 ч. 1)). Права на якісну і безпечну медичну допомогу реалізується лише за умови, що медики працюють у точній відповідності до стандартів.

Додержання лікарем стандартів – це своєчасне призначення в повному обсязі доцільних діагностичних процедур, правильність і точність постановки діагнозу, адекватність вибору і призначення лікувальних чи реабілітаційних процедур. Саме ці аспекти передусім забезпечують безпеку пацієнта і впевненість, що він отримав якісну допомогу. Медичне втручання допускається лише в тому разі, якщо воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта. Якщо існує ризик для здоров'я під час медичного втручання, пацієнт повинен знати про це.

Втручання, що несуть ризики для життя і здоров'я пацієнта, дозволені лише у випадках:

- відсутності інших методів лікування;
- якщо ризик відсутності лікування перевищує ризики самого лікування;

– якщо методи лікування відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам та спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта.

Право на одержання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я. Право пацієнта на одержання інформації про стан здоров'я регулюється ст. 285 Цивільного кодексу України, Законом України «Про інформацію» та ст. 39 Закону України «Основ законодавства України про охорону здоров'я». Так, пацієнт, який досяг повноліття, має право на одержання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, зокрема на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на одержання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного.

Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема наявність ризику для життя і здоров'я. Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.

У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми під час дослідження причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду.

Таким чином, право на інформацію кореспондується з правом на інформовану згоду щодо застосування методів

діагностики, профілактики й лікування та правом відмовитися від лікування.

Для застосування методів діагностики, профілактики та лікування необхідна інформована згода пацієнта. У невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна. Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання – засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків. Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності та усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування. Інформована згода в контексті чинного законодавства – це усвідомлене пацієнтом рішення щодо методів лікування, прийняте на основі обґрунтованої інформації щодо таких методів, а також їх наслідків, наданої лікарем.

Право на таємницю про стан свого здоров'я. Згідно зі статтею 286 Цивільного кодексу України та статті 39-1 Закону України «Основ законодавства України про охорону здоров'я» фізична особа (пацієнт) має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані під час її медичного обстеження. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.

Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел. Таємниця про стан здоров'я належить до персональних

даних (інформація про особу), які охороняються статтею 23 Закону України «Про інформацію». У контексті медичної таємниці одразу є три важливих моменти:

- пацієнт повинен мати повну інформацію про стан свого здоров'я: діагноз, способи лікування, можливі наслідки, прогноз розвитку хвороби. Навіть якщо йдеться про онкозахворювання, психічний розлад тощо;

- уся медична і немедична інформація про стан здоров'я пацієнта є медичною таємницею.

Лікар, медсестра, будь-який інший медичний працівник чи інші особи, яким у зв'язку з виконанням їх професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, не мають права розголошувати будь-які відомості про пацієнта, крім передбачених законодавчими актами випадків. У кожному конкретному випадку лікар чи будь-який інший медпрацівник мусить чітко знати законодавчу норму, на підставі якої він надає медичну інформацію і розголошує медичну таємницю;

- найчастіше підставою для надання медичної інформації є запит, оформлений в установленому законом порядку. Медики повинні забезпечити анонімність пацієнта, якщо інформація, що становить лікарську таємницю, використовується в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, зокрема у випадках її публікації у спеціальній літературі.

Таким чином, пацієнт може бути впевнений у конфіденційності не лише діагнозу, а й самого факту звернення до лікаря, що певною мірою є гарантією особи на приватне життя.

Існує буквально кілька випадків, коли лікар може порушити медичну таємницю. А саме:

– інформацію про стан здоров'я неповнолітніх дітей медик повинен повідомляти батькам (усиновлювачам), опікунам, піклувальникам;

– якщо пацієнт дає згоду на поширення такої інформації;

– наречені мають право бути взаємно обізнані про стан здоров'я;

– повідомляти про вчинене насильство в сім'ї уповноважені підрозділи органів Національної поліції і надавати інформацію з питань попередження насильства в сім'ї на запит уповноважених органів;

– допускається передавання відомостей про стан психічного здоров'я людини та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для:

1) організації надання особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги;

2) провадження досудового розслідування, складання досудової доповіді щодо обвинувачених або судового розгляду за письмовим запитом слідчого, прокурора, суду та представника уповноваженого органу з питань пробації;

– надання інформації про результати тестування на ВІЛ, про наявність або відсутність у людини ВІЛ-інфекції дозволяється лише: особі, стосовно якої було проведено тестування, батькам чи іншим законним представникам такої особи;

– іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я – винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи;

– іншим третім особам – лише за рішенням суду в установлених законом випадках;

– відомості про лікування людини в наркологічному закладі можна надавати лише правоохоронним органам у разі притягнення цієї людини до кримінальної або адміністративної відповідальності;

– у разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми під час дослідження причин його смерті, ознайомлюватися з висновками щодо причин смерті.

Крім того, у разі підготовки відповіді на запити, зокрема адвокатські, в законодавчо встановлених випадках допускається розголошення медичної таємниці. Таким випадком може бути те, що надання інформації слугуватиме інтересам рідних, близьких, спадкоємців померлого, наприклад, для відшкодування шкоди, завданої смертю особи; під час судових розглядів, коли для реалізації своїх прав (забезпечення прав клієнтів – для юристів) необхідна інформація, яка становить об'єкт медичної таємниці та не підлягає розголошенню.

Відповідальність пацієнта. Розкриваючи тематику прав пацієнта, ми назвали три групи прав та обов'язків пацієнта, які по суті розкривають різні аспекти регулювання договірних відносин у медичній сфері. Пряме порушення таких правовідносин із боку пацієнта спричинює настання юридичної відповідальності. В переважній більшості випадків пацієнт може бути притягнутий до цивільно-правової або кримінальної відповідальності.

Звернутися до суду з позовом проти пацієнта в рамках цивільного або господарського судочинства має право керівник лікувальної установи, щодо якої з боку пацієнта були вчинені такі дії:

– порушення прав медичних працівників на повагу честі, гідності, ділової репутації або псування ділової репутації (іміджу) лікувальної установи;

– порушення прав інших пацієнтів на забезпечення якісною, своєчасною та безпечною медичною допомогою;

– введення в оману співробітників лікувально-профілактичних закладів під час надання персональних

відомостей, що спричинило видачу документів, зокрема суворої звітності з неправдивими даними;

– псування матеріально-технічної бази лікувальної установи із відмовою пацієнта компенсувати матеріальні збитки;

– порушення строків та порядку розрахунку за надані медичні послуги.

Порушення прав інших пацієнтів на забезпечення якісною, своєчасною та безпечною медичною допомогою прямо пов'язано з вимогами санітарно-протиепідемічного законодавства України. Так, у разі неповідомлення медичних працівників щодо наявності підозри чи дійсної наявності висококонтагиозного захворювання, що стало причиною зараження медичних працівників й інших пацієнтів, залежно від виду захворювання та ступеня тяжкості завданої шкоди пацієнта буде притягнуто або до цивільно-правової або до кримінальної відповідальності.

Введення в оману співробітників лікувально-профілактичних закладів під час надання персональних відомостей, що спричинило за собою видачу документів, зокрема суворої звітності із неправдивими даними спостерігається в разі порушення процедури надання персональних відомостей – без пред'явлення документа, що засвідчує особу.

У разі звернення пацієнта до лікувально-профілактичної установи він має надати паспорт або інший документ, що засвідчує особу, для внесення правильних відомостей про особу до паспортної частини первинної медичної документації. Не завжди пацієнти мають при собі такі документи. І якщо в разі планового консультування можна відмовити пацієнтові в наданні медичної допомоги чи медичних послуг до виконання ним обов'язку щодо засвідчення власної особи відповідними документами, то при оформленні медичної документації на пацієнтів, що

потребують надання невідкладної допомоги медичну документацію заповнюють зі слів хворого. У разі ігнорування вимог не видавати документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність або медичні висновки, що будуть подані до МСЕК при встановленні групи інвалідності.

За видачу зазначених документів із хибними даними законодавством України передбачено адміністративну та кримінальну відповідальність для медичних працівників.

Псування пацієнтом матеріально-технічної бази лікувальної установи можливе як випадкове, так і свідоме. Для вчинення таких дій потрібно залучити свідків із подальшим складанням акта, засвідченого їх підписами. Якщо на вимогу лікувальної установи компенсувати матеріальні збитки пацієнт відмовляється, необхідно подати позов до суду з вимогою відшкодувати завдані збитки. У разі залучення свідків під час складання акта потрібно отримати їх попередню згоду на участь у судовому процесі як свідків та занотувати всі можливі координати.

У разі порушення строків та порядку розрахунку за надані медичні послуги керівництво ЛПУ спочатку повинне вжити заходів досудового врегулювання спору. У разі відмови пацієнта оплатити надані послуги, необхідно звернутися до суду не лише із позовом, а й отримати від судді дозвіл про розголошення лікарської таємниці для порушення справи. Досить часто під час звернення керівництва до суду з позовом із вимогою оплатити надані послуги, правозахисники пацієнта спромагаються довести, що такий позов став причиною розголошення лікарської таємниці та спричинив тяжкі наслідки для хворого. Не маючи нормального юриста та не вчинивши певних дій, керівництво ЛПУ або не отримає жодної копійки відшкодування матеріальних збитків (тобто вийде на нуль

у взаєморозрахунках із пацієнтом), або ще й лишиться винним (тобто сума, що мала надійти до ЛПУ, виявиться меншою за розмір матеріального еквіваленту моральних страждань пацієнта з приводу розголошення лікарської таємниці).

Щодо кримінальної відповідальності: Розділ II Особливої частини Кримінального кодексу України має ряд статей, за якими може бути притягнуто до відповідальності пацієнта, який вчинив протиправні дії щодо медичних працівників або інших пацієнтів (інших осіб), зокрема: Стаття 130. Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, стаття 133. Зараження венеричною хворобою.

Правовий статус представника пацієнта. Відповідно до Глави 17 Цивільного кодексу України під представництвом розуміють правовідношення, в якому одна сторона (представник) зобов'язана або має право вчиняти певні дії від імені другої сторони, яку вона представляє. Представництво виникає на підставі договору, закону, акта органу юридичної особи та з інших підстав, встановлених актами цивільного законодавства (ст. 237 ЦК).

Представництво **за законом** виникає щодо пацієнтів, які ще не досягли повноліття (не набули повної цивільної дієздатності) або їх дієздатність обмежена за законом судом.

Коло осіб, які є законними представниками (ст. 242):

- батьки (усиновлювачі) щодо своїх малолітніх та неповнолітніх дітей;
- опікун (піклувальник) щодо малолітньої особи та фізичної особи, визнаної недієздатною;
- піклувальник, адміністрація (або уповноважені особи) будинку дитини, інтернату тощо.

Батьки мають однакові права та обов'язки щодо своїх малолітніх та неповнолітніх дітей. Дія цього положення поширюється на батьків, які живуть у шлюбі, розлученні або живуть разом без оформлення сімейних відносин (так званий цивільний шлюб). Надання інформації про стан здоров'я дитини, необхідні медичні втручання, а також отримання згоди на медичне втручання по можливості потрібно отримувати від обох батьків.

Не є законними представниками пацієнта-дитини бабуся, дідусь, сестра, брат, тітка, дядько та інші родичі, якщо за рішенням суду їм не надано таких повноважень, не оформлено опіку або не видано довіреності батьками дитини. Інша категорія представників отримує свої повноваження щодо представлення інтересів пацієнта на підставі **довіреності/договору** (ст. 244). Довіреність може бути видана нотаріусом або посадовою особою, до повноважень якої входить посвідчення цивільних актів. Договір укладається між пацієнтом та представником щодо надання певних послуг. Довіреність та договір обов'язково оформлюють письмово. Вони містять термін дії та вичерпне коло прав і повноважень, вчинення яких від імені пацієнта може здійснювати конкретна особа, на яку видана довіреність або з якою укладено договір.

Статтею 237 Цивільного кодексу України визначено, що крім закону та довіреності, представництво може виникнути за інших підстав. До таких інших підстав ми відносимо **пряме волевиявлення пацієнта**, яке озвучують перед медичними працівниками під час перебування в медичному закладі. Зазвичай такий вид представництва виникає в разі екстренної госпіталізації дієздатної особи, яка отримала травму, повинна бути прооперована та в інших випадках, якщо така особа не матиме можливості тимчасово чи постійно особисто ухвалювати рішення або

вчиняти певні дії. У такому разі пацієнт повинен у присутності свідків, а при їх відсутності, – особисто лікареві назвати особу чи осіб, які представлятимуть його інтереси, вчинятимуть від його імені правочини. Пацієнт повинен зазначити обсяг інформації, який необхідно передавати такому представнику. У медичній картці потрібно зробити відповідний запис та засвідчити його підписом пацієнта.

Підтвердження повноважень представників пацієнта відбувається за наявності декількох документів, а саме:

- батьки – паспорт та свідоцтво про народження дитини;
- опікун – паспорт та рішення суду;
- піклувальник, адміністрація (або уповноважені особи) – паспорт, посвідчення працівника установи, наказ або довіреність на представлення інтересів;
- представник за довіреністю (договором) – паспорт, довіреність або договір, посвідчення особи.

Обсяг прав та обов'язків законних представників. Представники пацієнта в залежності від наданих повноважень наділені відмінним колом прав. Зокрема, на представників за законом розповсюджується весь спектр прав та обов'язків, якими наділений пацієнт.

Повноваження представника за довіреністю (договором) значною мірою можуть бути обмежені порівняно з обсягом прав законних представників. Повне коло прав такого представника зазначене в довіреності або договорі. Не соромтеся робити копії документів про представництво та вклеювати в карту пацієнта, аби в будь-який момент мати доступ до цих документів.

Щодо повноважень осіб, яких назвав пацієнт (представник за волевиявленням), то потрібно визначити коло прав та повноважень, якими наділяє такого представника пацієнт. Запис про визначення прав та

повноважень у такому разі робиться в карті, пацієнт його засвідчує власним підписом.

Отже, перелік прав представника пацієнта є таким:

– надання згоди на медичне втручання, надання дозволу на отримання медичних послуг неповнолітнім пацієнтам (ч. 3 ст. 284 ЦК, ч. 1 ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я, п. 3.1 Наказу МОЗ України «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді»);

– відмова від медичного втручання щодо пацієнта, який не є повнолітнім чи дієздатним (ч. 4 ст. 284 ЦК України, ч. 4 ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я);

– одержання медичної інформації про стан здоров'я пацієнта (ч. 2 ст. 285 ЦК, ч. 2 ст. 39 Основ законодавства про охорону здоров'я);

– наявність під час дослідження причин смерті та ознайомлення з висновками щодо причин смерті, а також оскарження цих висновків до суду (ч. 4 ст. 285 ЦК, ч. 5 ст. 39 Основ законодавства про охорону здоров'я);

– реалізація свободи вибору (ч. 2 ст. 284 ЦК, п. «д» ст. 6, ст. 34, 36, 38 Основ законодавства про охорону здоров'я):

- на вільний вибір лікаря;
- на вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря;
- на вибір закладу охорони здоров'я;
- на вимогу заміни лікаря;
- на лікування за кордоном у разі неможливості надання такої допомоги в закладах охорони здоров'я України.

– відвідування пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я (ч. 1

ст. 287 ЦК, п. «к» ст. 6 Основ законодавства про охорону здоров'я).

Обов'язки представника пацієнта. Отримуючи певні права, представник набуває і коло обов'язків. Перелік обов'язків кореспондується наданим правам та повноваженням. Отже, представник пацієнта зобов'язаний:

- додержуватися загальноприйнятих правил поведінки, виявляти в спілкуванні з медичними працівниками повагу і такт;
- повідомляти лікареві всю відому представникові інформацію, необхідну для встановлення діагнозу і лікування пацієнта;
- надати згоди або оформити письмову відмову від медичного втручання;
- надати згоду на оброблення персональних даних пацієнта;
- додержуватися правил внутрішнього розпорядку лікувальної установи;
- співробітничати з лікарем під час одержання медичної допомоги;
- негайно інформувати лікаря про зміну стану здоров'я в процесі діагностики і лікування, зокрема про всі негативні наслідки;
- повідомити лікареві про наявність або ймовірність наявності захворювання, що представляє небезпеку масового поширення;
- не починати дій, здатних порушити права медичних працівників та інших пацієнтів;
- піклуватись про здоров'я дітей або підопічних, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- представляти інтереси пацієнта при взаємовідносинах із фізичними чи юридичними особами.

Відповідальність представника пацієнта. Відповідно до чинного законодавства України представника пацієнта

у разі вчинення протиправних дій або таких дій, що суперечать інтересам пацієнта, можна притягнути до цивільно-правової та кримінальної відповідальності. Ініціювати судовий процес може як сам пацієнт, так і державні органи за поданням повідомлення керівництвом медичного закладу. Останній випадок трапляється в разі визнанні дій представника пацієнта такими, що можуть мати негативні наслідки для життя та здоров'я пацієнта, наприклад, у разі відмови представника від лікування, що може спричинити смерть пацієнта. У такому разі, лікуючий лікар ставить до відома керівництво ЛПУ про факт недобросовісного виконання обов'язків представником пацієнта. Якщо такі дії вчиняє законний представник пацієнта (нагадаємо, це батьки, опікуни та піклувальники), то керівництво ЛПУ зобов'язано повідомити органи опіки та піклування про такі дії законного представника.

Під час розгляду судом справи щодо порушення прав пацієнта або вчинення дій, що суперечили інтересам пацієнта, відбувається відновлення порушеного права або визнання вчинених представником пацієнта правочинів нікчемними, наприклад, укладення договору про надання медичних послуг, підписання відмови від надання медичної допомоги/послуг тощо.

У рамках цивільного позову можливе ініціювання органами опіки та піклування позову про позбавлення батьківських прав, у разі вчинення протиправних дій щодо життя і здоров'я дитини-пацієнта її батьками – законними представниками. За подібною схемою можливе скасування усиновлення та припинення опіки та піклування.

До кримінальної відповідальності представника пацієнта можна притягнути на загальних підставах за вчинення протиправних дій проти життя та здоров'я особи

(Розділ II. Злочини проти життя та здоров'я особи Кримінального кодексу України), зокрема:

– за завідоме залишення без допомоги особи, яка перебуває в небезпечному для життя стані і позбавлена можливості вжити заходів до самозбереження через малолітство, старість, хворобу або внаслідок іншого безпорадного стану, якщо той, хто залишив без допомоги, зобов'язаний був піклуватися про цю особу і мав можливість надати їй допомогу, а також у разі, коли він сам призвів потерпілого до небезпечного для життя стану;

– за ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, по можливості надати таку допомогу або повідомлення про такий стан особи належним установам чи особам, якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження.

Держава забезпечує якість і безпеку надання медичної допомоги пацієнтам через відповідну систему сертифікації, ліцензування, акредитації і стандартизації, а також належну підготовку і перепідготовку медичного і фармацевтичного персоналу на підставі існуючих державних стандартів навчання і здійснює контрольні функції за будь-якою медичною практикою.

РОЗДІЛ 5

ПРАВОВИЙ СТАТУС МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

На сьогодні в Україні встановлено правовий статус широкого кола осіб (суддя, прокурор, адвокат, співробітник поліції), але не медичних працівників. Аналіз законодавства про права та обов'язки лікарів, практики його застосування приводить до висновків про необхідність розроблення нового кодифікованого акта, який міг би визначити їх статус. У сучасному житті в багатьох країнах існують спеціальні закони, медичні кодекси, устави, які чітко регулюють права та обов'язки лікарів, їх взаємовідносини з хворими і їх родичами, з адміністраціями медичних установ та самими медичними працівниками. В Україні зберігається правовий вакуум щодо правового положення медичних працівників, передусім лікарів. Необхідність у прийнятті нового закону «Про статус медичних працівників» назріла вже давно.

Наразі низкою законів, постанов, наказів та інших нормативних документів закріплено коло професійних прав, свобод та пільг медичних працівників. Серед законодавчої різноманітності, основним документом для медичної галузі є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ зі змінами.

Правовий статус медичного працівника містить у собі елементи адміністративного, службового, професійно-етичного і трудового статусу суб'єкта правового регулювання.

Правовий статус – становище того чи іншого суб'єкта в правовій реальності, що відображається у його

взаємовідносинах із суспільством і державою; сукупність прав і обов'язків.

Правовий статус особи – це система закріплених у нормативно-правових актах і гарантованих державою прав, свобод, обов'язків, відповідальності, відповідно до яких індивід як суб'єкт права (тобто такий, що має правосуб'єктність) координує своє поведінку в суспільстві.

Структура правового статусу особи може бути подана у вигляді таких елементів:

- правосуб'єктності;
- права;
- свободи;
- обов'язків;
- відповідальності (має вторинний характер – реалізується в результаті вчиненого правопорушення або в зв'язку з невиконанням компетенції чи перевищенням її обсягу).

Стаття 74 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачає, що медичною і фармацевтичною діяльністю можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту та відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам.

Такі вимоги визначені Наказами МОЗ України від 25.12.92 р. № 195 «Про затвердження переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю» та від 29.03.2002 р. № 117, яким затверджено Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я (випуск 78 «Охорона здоров'я»).

Особи, які не мають спеціальної медичної освіти, зареєстровані в установленому законом порядку як фізичні особи-підприємці та отримали спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною (цілительством), виданий центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, мають право на зайняття народною медициною (цілительством):

– «Кваліфікаційні вимоги до фізичних осіб-підприємців, які займаються народною медициною (цілительством)», затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 189 від 16.03.2016 р.;

– Умови зайняття народною медициною (цілительством), затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 189 від 16.03.2016 р.;

– Відповідність кваліфікаційних вимог Цілителя підтверджується атестаційно-експертним висновком, який видається відповідно до Порядку видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 вересня 2013 року № 822, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 13 листопада 2013 року за № 1943/24475.

Для осіб, які не мають вищої медичної освіти, згідно з Наказом МОЗ України № 822 від 23.09.2013 р. «Про порядок видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей» правом займатися народною та **нетрадиційною медициною мають особи, які отримали такі документи:**

– атестаційно-експертний висновок із зазначенням дати контрольної атестації та експертизи, конкретного виду медичної діяльності, фаху лікаря, разом з яким

повинна проводитися медична діяльність та захворювання, під час лікування яких виявлено позитивний результат;

– спеціальний дозвіл із народної і нетрадиційної медицини;

– ліцензія МОЗ України на медичну практику за спеціальністю «народна і нетрадиційна медицина».

Цілитель не має права застосовувати інвазивні методи втручання, лікувати хворих на онкологічні захворювання, із синдромом набутого імунodefіциту, інфекційні, венеричні захворювання, проводити сеанси, які розраховані на масову аудиторію (2 і більше осіб), з використанням гіпнозу, та інших методів психічного або біоенергетичного впливу, а також інші захворювання, що потребують лікування під наглядом (контролем) лікаря.

Медична допомога відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я надається **професійно підготовленими медичними працівниками**, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, і фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

Єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної і фармацевтичної діяльності, встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Відповідальність за додержанням зазначених кваліфікаційних вимог несуть керівники закладу охорони здоров'я й ті органи, яким надано право видавати ліцензію на провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до ст. 17 Закону № 2801-ХІІ провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я дозволяється лише за наявності ліцензії. Аналогічне положення міститься й у спеціальному законі – Законі України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 2 березня 2015 року № 222-VIII (далі – Закон № 222-VIII), яким медичну практику віднесено до виключного переліку видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню (п. 15 ч. 1 ст. 7).

Таким чином, якщо особа (юридична чи ФОП) має намір провадити господарську діяльність у сфері охорони здоров'я (медична, фармацевтична діяльність), то їй обов'язково потрібно **отримати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.**

Медичну практику ліцензіат провадить:

– за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів із медичною освітою, перелік яких затверджений МОЗ;

– за видами медичної допомоги (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація);

– за місцем (місцями) її провадження, яке (які) зазначені в заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органу ліцензування).

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285:

– ліцензії на здійснення медичної практики видає Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ);

– ліцензія на здійснення медичної практики видається на 5 років;

– за видачу ліцензії слід сплатити до Держбюджету платіж розміром один прожитковий мінімум, який діє на момент ухвалення рішення про видачу ліцензії;

– підприємницька діяльність без належним чином оформленої ліцензії карається штрафом в розмірі однієї тисячі до двох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (від 17 000 грн до 34 000 грн).

Критеріями диференціації правового регулювання праці медичних працівників є об'єктивні та суб'єктивні фактори: перші обумовлені специфікою трудової функції медичного працівника, а другі – особистими характеристиками медичного працівника.

Серед об'єктивних факторів: потенційно підвищений ризик для життя і здоров'я медичних працівників та пацієнтів; серед суб'єктивних – підвищене нервово-емоційне навантаження медичних працівників у зв'язку з необхідністю ухвалення рішень, пов'язаних із ризиком для життя і здоров'я пацієнтів, і можливості притягнення до юридичної відповідальності за шкоду, завдану внаслідок неправильних професійних дій; необхідність морально орієнтованої поведінки і виконання певних моральних зобов'язань перед пацієнтом та його родичами, колегами і суспільством.

Належне забезпечення прав найманих працівників – обов'язок кожного роботодавця. Законодавством України передбачено посилений режим охорони праці та забезпечення прав найманих працівників на підприємствах, в установах і організаціях усіх форм власності, а також державний нагляд (ст. 259–260 КЗпП), їх додержання суворо контролюється

відповідними державними органами. Права найманих працівників закріплюються не лише Конституцією України чи законодавством про працю, а й положеннями колективного договору підприємства, статутами підприємств та організацій, трудовим договором, укладеним із працівником письмово, посадовою інструкцією тощо.

Серед основних прав можна виділити такі:

- право на працю відповідно до умов трудового договору;
- право знати свої права та функціональні (посадові) обов'язки;
- право на ознайомлення з вимогами охорони праці та техніки безпеки;
- право на забезпечення роботодавцем здорових та безпечних умов праці відповідно до вимог правил техніки безпеки, санітарних правил і норм, законодавства про працю України;
- право на виплату заробітної плати не нижче встановленого державою мінімуму та термінами, встановленими трудовим договором, а також виплату премій, винагород, інших соціальних виплат та компенсацій;
- право на отримання матеріальної допомоги з урахуванням оцінки особистої трудової участі працівника в роботі медичного закладу в порядку, встановленому внутрішніми нормативними актами підприємства чи організації, з якими працівник уклав трудову угоду;
- право на соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також право на всі передбачені законодавством види соціального страхування;

- право на звернення до суду для вирішення трудових спорів незалежно від характеру виконуваної роботи або посади (крім окремих випадків, передбачених законодавством) тощо.

Вищенаведені права є загальними для всіх категорій працівників, але зі змісту частини 2 статті 2 КЗпП випливає, що працівники можуть мати й інші.

Варто також зауважити, що в лікарів існують і так звані спеціальні професійні права, зокрема ст. 77 «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає, що медичні і фармацевтичні працівники мають право на:

- а) заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;

- б) належні умови професійної діяльності;

- в) підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;

- г) вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;

- д) безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;

- е) обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі завдання шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

- є) соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати

працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;

ж) установлення в державних закладах охорони здоров'я посадових окладів (тарифних ставок) на основі Єдиної тарифної сітки у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України;

з) скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, установлених законодавством;

и) пільгові умови пенсійного забезпечення;

і) пільгове надання житла та забезпечення телефоном;

ї) безплатне користування житлом з освітленням і опаленням в межах норм, встановлених законодавством, тим, хто проживає і працює у сільській місцевості і селищах міського типу, а також пенсіонерам, які раніше працювали медичними та фармацевтичними працівниками і проживають у цих населених пунктах, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва приватного житла, придбання автотранспорту. Пільги на безплатне користування житлом з опаленням та освітленням, передбачені абзацом першим цього пункту, надаються за умови, якщо розмір середньомісячного сукупного доходу сім'ї в розрахунку на одну особу за попередні шість місяців не перевищує величини доходу, який дає право на податкову соціальну пільгу в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України;

й) першочергове одержання медичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами;

к) створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;

л) судовий захист професійної честі та гідності;

м) безоплатне одержання у власність земельної ділянки в межах земельної частки (паю) члена сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, розміщених на території відповідної ради, із земель сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, що приватизуються, або земель запасу чи резервного фонду, але не більше від норм безоплатної передачі земельних ділянок громадянам, установлених законом для ведення особистого селянського господарства. Дія пункту «м» не поширюється на громадян, які раніше набули права на земельну частку (пай) та земельні ділянки для ведення особистого підсобного господарства чи для ведення особистого селянського господарства, крім випадків успадкування права на земельну частку (пай), земельні ділянки для ведення особистого підсобного господарства чи для ведення особистого селянського господарства відповідно до закону;

н) лікарі дільничних лікарень, головні лікарі та лікарі амбулаторій, розміщених у сільській місцевості, дільничні лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, дільничні медичні сестри територіальних ділянок поліклінік (поліклінічних підрозділів) та дільничні медичні сестри амбулаторій, лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини, завідувачі терапевтичних та педіатричних відділень поліклінік, керівники амбулаторій та відділень сімейної медицини, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги станцій екстреної (швидкої)

медичної допомоги, медичні працівники оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні працівники відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги – за безперервну роботу на зазначених посадах у зазначених закладах (на територіальних ділянках) понад три роки мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні. Водночас зберігаються права інших категорій медичних працівників на додаткову оплачувану відпустку в межах існуючих норм;

о) безкоштовне паркування транспортних засобів у спеціально відведених для цього місцях у разі:

- обладнання транспортного засобу, яким керує медичний працівник, спеціальним розпізнавальним знаком встановленого законодавством зразка;

- розміщення на автомобілі спеціального стікера із зазначенням контактного телефону медичного працівника, який керує цим транспортним засобом;

- власники спеціально відведених майданчиків для паркування мають забезпечити та виділити в межах майданчиків місця для безоплатного паркування транспортних засобів, якими керують медичні працівники.

- форма, порядок та умови видачі спеціального стікера встановлюються уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

- законодавством може бути передбачено інші права та пільги для медичних і фармацевтичних працівників. На них також можуть поширюватися пільги, що встановлюються для своїх працівників підприємствами, установами і організаціями, яким вони надають медичну допомогу.

Медичні працівники, як і будь-які інші працівники, зобов'язані додержуватися трудового законодавства. Обов'язками кожного працівника є додержання дисципліни праці, сумлінне виконання своїх обов'язків, необхідність дбайливо ставитися до майна роботодавця, нерозголошення інформації та відомостей, що є комерційною таємницею або персональними даними і т. д. Виконання працівником обов'язків, не передбачених трудовим договором чи посадовою інструкцією, здебільшого може здійснюватися лише у випадках, регламентованих законодавством про працю України, та за згодою працівника.

Основні обов'язки медичного працівника в охороні здоров'я перелічені в статті 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я:

а) сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;

б) безплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;

в) поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, зокрема власним прикладом, здоровий спосіб життя;

г) додержувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;

д) постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;

е) надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Медичні та фармацевтичні працівники несуть також інші обов'язки, передбачені законодавством.

Про функціональні обов'язки працівник може довідатися під час ознайомлення з персональною посадовою інструкцією. Ознайомлення працівника з посадовою інструкцією під підпис дає можливість уникнути спору про зміст трудових функцій працівника, а також у зв'язку з порушенням працівником трудових обов'язків. Такі посадові інструкції рекомендовано складати (не менш як у двох примірниках, один з яких залишається в працівника) для кожного працівника індивідуально з подальшим ознайомленням під підпис.

Отже, за наявності посадової (робочої) інструкції працівник буде чітко знати права та обов'язки, покладені на нього під час виконання ним роботи, що унеможливить конфлікт між ним та власником або уповноваженим ним органом із приводу їх виконання.

Крім того, відповідно до ст. 29 КЗпП **до початку роботи за укладеним трудовим договором власник або уповноважений ним орган зобов'язаний:**

- роз'яснити працівникові його права й обов'язки та поінформувати під підпис про умови праці, наявність на робочому місці, де він працюватиме, небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, та можливі наслідки їх впливу на здоров'я, його права на пільги й компенсації за роботу в таких умовах відповідно до чинного законодавства і колективного договору;
- ознайомити працівника з правилами внутрішнього трудового розпорядку та колективним договором;
- визначити працівникові робоче місце, забезпечити його потрібними для роботи засобами;
- проінструктувати працівника з техніки безпеки, виробничої санітарії, гігієни праці і протипожежної охорони.

Для працівників медичних закладів посадові інструкції розробляють з урахуванням положень Випуску 78 Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, затвердженого Наказом МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117, та з правильним зазначенням професії і медичної спеціальності відповідно до Класифікатора професій (ДК 003-95), затвердженого Наказом Державного комітету України із стандартизації, метрології та сертифікації від 27 липня 1995 р. № 257 (зі змінами та доповненнями), та відповідних наказів МОЗ України про затвердження спеціальностей медичних працівників, зокрема Наказу № 359 від 19 грудня 1997 р.

Відповідно до пункту 2.4.1 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених Наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва та МОЗ України від 16 лютого 2001 р. № 38/63, страхування медичних працівників на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання в зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, є обов'язковою умовою провадження такої діяльності.

Медичні працівники повинні знати:

- закони України та інші нормативні акти з питань охорони здоров'я;
- основи законодавства України про працю та її охорону;
- правила і норми охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії та протипожежного захисту;
- санітарно-епідемічні норми;
- основи судово-медичної експертної справи;

- сучасні методи діагностики, лікування та лікарського забезпечення пацієнтів;
- методи надання невідкладної медичної допомоги;
- способи взаємодії з іншими спеціалістами, різними профільними службами, установами, організаціями, зокрема зі страховими компаніями.

Володіти теоретичними знаннями та практичними навичками за своєю спеціальністю (зокрема з анатомії, фізіології, патології, фармакології) з питань діагностичної, лікувальної, профілактичної та організаційної роботи.

Додержуватися правил внутрішнього трудового розпорядку; виконувати положення про охорону конфіденційної інформації підприємства та медичної таємниці пацієнтів.

Бути поінформованими про юридичну відповідальність за неналежне виконання своїх посадових (чи професійних) обов'язків, яке спричинило завдання шкоди пацієнтам чи підприємству тощо.

Більшість із зазначених обов'язків стосується медичних працівників, які обійматимуть посади лікарів.

Медичні та фармацевтичні працівники під час здійснення ними професійної діяльності не мають права:

1) одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, виробів медичного призначення, їх представників неправомірну вигоду;

2) одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, виробів медичного призначення, їх представників зразки лікарських засобів, виробів медичного призначення для використання у професійній діяльності (крім випадків,

пов'язаних із проведенням відповідно до договорів клінічних досліджень лікарських засобів або клінічних випробувань виробів медичного призначення);

3) рекламувати лікарські засоби, виробу медичного призначення, зокрема виписувати лікарські засоби на бланках, що містять інформацію рекламного характеру, та зазначати виробників лікарських засобів (торговельних марок);

4) на вимогу споживача під час реалізації (відпуску) лікарського засобу не надавати або надавати недостовірну інформацію про наявність у даному аптечному закладі лікарських засобів із такою самою діючою речовиною (за міжнародною непатентованою назвою), формою відпуску та дозуванням, зокрема приховувати інформацію про наявність таких лікарських засобів за нижчою ціною. Положення цього пункту поширюються виключно на фармацевтичних працівників.

За порушення вимог цієї статті медичні і фармацевтичні працівники несуть відповідальність, передбачену законодавством.

РОЗДІЛ 6

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кожна людина має природне невід’ємне і непорушне право на охорону здоров’я. Суспільство та держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров’я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров’я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, вирішення екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Відповідальність за вчинення правопорушення є одним із важливих питань, які розглядає теорія права. Додержуючись точки зору, що юридична відповідальність – це застосування заходів державного примусу до особи, яка вчинила правопорушення, необхідно зауважити, що цей підхід застосовується і до галузі, яка розглядається, а саме охорони здоров’я громадян.

Відповідно до статті 80 Основ законодавства України про охорону здоров’я особи, винні в порушенні законодавства про охорону здоров’я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

Водночас необхідно зазначити, що згідно з частиною третьою статті 34 Основ лікар не несе відповідальності за здоров’я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом установленого для нього режиму. *Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров’я, за*

умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.

Медичний працівник із позиції кримінального права розглядається з урахуванням двох особливостей: перша полягає у сприйнятті медика як загального суб'єкта вчинення злочину, друга зводиться до сприйняття медичного працівника як спеціального суб'єкта вчинення злочину, пов'язаного з фактом здобуття медичної освіти. Керуючись такими особливостями, а також можливістю медика виконувати певні службові обов'язки, всі злочини, за які медичні працівники можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності, поділяють на три групи:

- професійні медичні злочини;
- службові медичні злочини;
- злочини, за які медичних працівників притягують до кримінальної відповідальності на загальних підставах.

До суспільно небезпечних діянь, заборонених Кримінальним кодексом України під загрозою покарання і **пов'язаних з медичною діяльністю, належать такі злочини:**

- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 КК України);
- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної хвороби (ст. 132 КК України);
- незаконне проведення абортів (ст. 134 КК України);
- незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 КК України);

- ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України);
- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України);
- порушення прав пацієнта (ст. 141 КК України);
- незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК України);
- порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143 КК України);
- насильницьке донорство (ст. 144 КК України);
- незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України).

Другу групу злочинів, за які медичні працівники можуть бути притягнені до кримінальної відповідальності, складають суспільно небезпечні діяння, які **пов'язані з виконанням медиком службових обов'язків**. Деякі з них можуть стосуватися медичних працівників, але лише тих, які є службовими особами. Мова йде про такі злочини, як:

- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 ККУ);
- неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137 ККУ);
- порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184 ККУ);
- зловживання владою або службовим становищем (ст. 364 ККУ);

- перевищення влади або службових повноважень (ст. 365 ККУ);
- службове підроблення (ст. 366 ККУ);
- службова недбалість (ст. 367 ККУ);
- одержання хабара (ст. 368 ККУ) та ін.

Третю групу з поданої класифікації складають злочини, за які медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності на загальних засадах.

Природа медико-правових кримінальних правопорушень має особливий суспільно небезпечний характер, вказуючи на професійні злочини в медичній сфері; необхідно відзначити загальні склади кримінальних правопорушень, які обумовлюють летальні наслідки для життя та здоров'я людини, зокрема через необережні дії медичного працівника: вбивство через необережність (ст. 119 КК України) і необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 128 КК України).

Для визначення наявності або відсутності кримінальної відповідальності медичних працівників мають значення такі обставини:

- крайня необхідність (ст. 39 КК України);
- діяння, пов'язане з ризиком (ст. 42 КК України).

Крайню необхідність закон визнає як завдання шкоди правоохоронюваним інтересам у певному стані для усунення небезпеки, що безпосередньо загрожує особі чи охоронюваним законом правам людини або інших осіб, якщо цю небезпеку в даній обстановці не можна було усунути іншими засобами і якщо при цьому не було допущено перевищення меж крайньої необхідності. Для віднесення випадку до крайньої необхідності, що передбачає виключення злочинної поведінки медичного працівника, важливо окреслити критерії правомірності або,

інакше кажучи, критерії прийнятності акту поведінки лікаря через факт «небезпеки, що безпосередньо загрожує», де мова йде про небезпеку, яка повинна становити реальну загрозу, і без заподіяння шкоди людині за таких обставин неможливо усунути захворювання, травму, яка становить небезпеку для життя і здоров'я. Це стосується надання медичної допомоги, яка є невідкладною, а зволікання може призвести до тяжких наслідків – смерті особи. Надання медичної допомоги (медичних послуг), які не мають невідкладного характеру, в разі вчиненні медиком суспільно небезпечного діяння не можуть розглядатись як обставина, що виключає злочинність діяння.

Стаття 42 КК України визначає, що не є злочином діяння, яке завдало шкоди правоохоронюваним інтересам, якщо це діяння було вчинене в умовах виправданого ризику для досягнення значної суспільно корисної мети. Проте необхідно підкреслити, що на сьогодні навіть на доктринальному рівні не визначено єдиних умов правомірності медичного ризику, адже професія лікаря завжди пов'язана з ризиком учинення дій для порятунку життя та здоров'я людини. Вважається, що діяння, пов'язане з ризиком, вчинене фахівцем, яке відповідає досягненням науки та медичної практики або вчинене без існування сприятливих для цього умов, виключає кримінальну відповідальність. Якщо ж мета – врятувати життя, врятувати частину тіла – могла бути досягнута традиційним шляхом, то в такому разі, при завданні шкоди здоров'ю людини через необгрунтований ризикований медичний експеримент, дії лікаря набувають ознак кримінального переслідування.

Більшість кримінальних правопорушень у сфері медичного обслуговування містять матеріальний склад, тобто наявність негативних наслідків для життя

та здоров'я пацієнта є обов'язковою умовою. Для інкримінування медику «злочинної поведінки» необхідне встановлення вини та причинно-наслідкового зв'язку між діями, що спричинили негативні наслідки у вигляді тілесного ушкодження або смерті людини. Якщо ж шкода здоров'ю не є наслідком протиправної поведінки медичного працівника, а сталася з інших причин (через недодержання пацієнтом медичних рекомендацій, внаслідок непередбачуваних анатомічних особливостей організму пацієнта, неповної клінічної картини, яку лікар не міг установити через причини, які від нього не залежали), причинний зв'язок виключається та кримінальна відповідальність не настає.

Розслідування кримінальних правопорушень під час надання медичної допомоги (медичної послуги) пов'язане з низкою складних проблем – своєрідність предмета доказування, відсутність в органів досудового слідства належних знань про специфіку такої категорії деліктів, зі свого боку, це впливає на аналіз та оцінювання зібраної інформації.

Особливу цінність для слідства становлять медичні документи, їх вивчення та аналіз: історії хвороби, амбулаторні картки, довідки про стан здоров'я, результати лабораторних досліджень, рентгенограми та інші документи, а також матеріали попередніх перевірок лікувального закладу, матеріали клінічних та патологоанатомічних заходів, супровідних документів на медичну апаратуру, медичні прилади (метрологічна повірка) та медичні інструменти, відомості щодо атестації медичних працівників, акредитації лікувального закладу.

Медичні документи є джерелом лікарської таємниці. Відповідно до ст. 162 Кримінального процесуального кодексу України від 13.04.2012 р. № 4651-VI до

охоронюваної законом таємниці, яка міститься в речах і документах, належать, зокрема, відомості, які можуть становити лікарську таємницю. Таким чином, органи досудового слідства можуть отримати доступ до медичних документів лише через процедуру застосування заходів кримінально-правового характеру: тимчасовий доступ до речей і документів на підставі ухвали слідчого судді про тимчасовий доступ до речей і документів з окресленням назви, опису, інших відомостей, які дають можливість визначити речі і документи, до яких повинен бути наданий тимчасовий доступ (ст. 163–165 КПК України).

Особливої уваги заслуговує допит особи – медичного працівника; слідчий, який не володіє знаннями в медичній сфері, обмежений у правильності розуміння пояснень особи, яка може підозрюватися у вчиненні кримінального правопорушення медичного характеру. У цьому разі доцільною є присутність спеціалістів-медиків, запрошених як спеціалістів у кримінальному провадженні, що володіють спеціальними знаннями та навичками і можуть надавати консультації під час досудового розслідування (судового розгляду) з питань, що потребують відповідних спеціальних знань.

Сторона захисту також повинна бути зацікавлена у присутності такого спеціаліста за умови перевірки відсутності «конфлікту інтересів», перебування у правовідносинах з іншим лікувальним закладом, спеціальність, спеціалізація, кваліфікація та стаж повинні бути наближеними до кваліфікації підозрюваної особи.

У реаліях сьогодення найважливішим питанням до досудового слідства є доведеність вини лікаря чи іншого медичного працівника. Важливість визначення вини (тобто психічного ставлення медика до власних діянь та наслідків, які останні породжують) не викликає сумнівів, що від цього залежить:

- кваліфікація кримінального правопорушення;
- санкції, що будуть застосовані;
- урахування обставин, які пом'якшують або обтяжують покарання (ст. 66 та ст. 67 КК України).

Класичним **прикладом умисного «професійного злочину»** є ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України). Суспільна небезпечність цього кримінального правопорушення полягає в тому, що медичний працівник не надає допомоги хворому (пацієнту), що призводить до настання смерті або інших тяжких наслідків. Відповідно до законодавства медичні працівники зобов'язані надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу, а також безплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях (ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ). Крім обов'язку надати медичну допомогу, медичний працівник повинен мати об'єктивну можливість виконати такий обов'язок. За наявності поважних причин, які не дали можливості надати медичну допомогу, кримінальна караність виключається. Щодо факту ненадання допомоги хворому, потерпілому, якщо медичний працівник усвідомлює, що це може призвести до наслідків, має місце прямий умисел. **Максимальною є санкція у вигляді трьох років позбавлення волі** з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Злочином із необережності є дія медичного працівника, який через обставини, що склалися, не передбачав настання суспільно небезпечних наслідків або легковажно розраховував на їх відвернення, причому стосовно діяння можливий і прямий умисел. Серед злочинів з необережності найбільш актуальним є

неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України). Невиконання професійних обов'язків може мати місце у разі невисловлення пропозиції щодо госпіталізації хворого, який потребує негайної допомоги, непроведення необхідної діагностики чи забору контрольних аналізів біологічного матеріалу, залишення хворого без належного нагляду чи контролю вичерпний період часу, неправильне дозування лікарських засобів, порушення правил щеплення, недбале проведення медичного втручання тощо. Обов'язковою ознакою є настання тяжких наслідків: смерть, тяжке, середньої тяжкості тілесне ушкодження, інвалідність, інше ускладнення хвороби, наприклад мутація вірусу.

З метою визначення дефекту надання медичної допомоги (послуги) та причинного зв'язку між діями медичного працівника та негативними наслідками необхідним є *проведення судово-медичної експертизи*. Провадження судово-медичної експертизи регламентується Законом України «Про судову експертизу» від 25.02.1994 р. № 4038-ХІІ, Інструкцією про проведення судово-медичної експертизи, затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.95 р. № 6. Судова-медична експертиза здійснюється в усіх випадках провадження «лікарських справ», обов'язково призначається проведення комісійної судово-медичної експертизи.

Адміністративна відповідальність є різновидом юридичної відповідальності, яка настає за правопорушення, передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення.

Так, відповідно до статті 9 КпАП під адміністративним правопорушенням проступком визнається протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи бездіяльність, яка

посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність.

Адміністративна відповідальність за правопорушення, передбачені КпАП, настає, якщо ці порушення за своїм характером не тягнуть за собою відповідно до закону кримінальної відповідальності.

До адміністративних правопорушень у галузі охорони здоров'я населення належать, зокрема:

- порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 КпАП);
- незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44 КпАП);
- порушення встановленого порядку взяття, перероблення, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1 КпАП).

До осіб, які вчинили адміністративні правопорушення, застосовуються адміністративні стягнення, передбачені санкціями статей, що встановлюють відповідальність за такі правопорушення. Варто відзначити, що здебільшого це штрафи у розмірі, який визначається від неоподаткованого мінімуму доходів громадян.

На сучасному етапі розвитку українського суспільства і медико-правової науки на перший план відносно відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення виходить цивільно-правова відповідальність.

Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно в необхідності відшкодування шкоди.

До особистих немайнових благ громадян, які безпосередньо пов'язані з медичною діяльністю, належать насамперед життя і здоров'я. З цієї причини можна стверджувати, що цивільно-правова відповідальність – це своєрідний засіб забезпечення захисту особистих немайнових прав (життя і здоров'я) пацієнтів під час надання медичної допомоги.

Варто зазначити, що більшість медичних працівників здійснює свою професійну діяльність, перебуваючи у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я. Згідно з частиною першою статті 1172 ЦК України юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їх працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків.

Настає в разі скоєння посадовою особою правопорушень щодо майнових та немайнових благ пацієнта. Насамперед це життя та здоров'я особи. Основні аспекти настання цивільно-правової відповідальності прописані в Цивільному кодексі України. Цей вид відповідальності поділяється на два види:

- **договірну відповідальність** (регулюється гл. 63 ЦК України та Законом України «Про захист прав споживачів» від 12.05.1991 р. № 1023-ХІІ) – настає в разі порушення медичним працівником умов договору про надання медичних послуг. Законодавство вимагає в цьому

разі, за наявності вини виконавця, відшкодування збитків (моральних та матеріальних) у повному обсязі;

- **делікатну відповідальність**, що настає в разі неправомірного завдання ним шкоди під час виконання своїх професійних обов'язків.

Умови притягнення до відповідальності:

- доведеного факту протиправного характеру дій чи бездіяльності;

- наявності негативного впливу на здоров'я пацієнта;

- встановлення причинно-наслідкового зв'язку між цими фактами;

- доведення факту вини медика.

Для настання юридичної відповідальності необхідна наявність причинно-наслідкового зв'язку між вчиненням певних дій (бездіяльності) медичного працівника та настанням шкоди для здоров'я пацієнта.

Встановлює чи спростовує наявність такого зв'язку судово-медична експертиза.

Висновок експертизи встановлює:

- чи настала шкода для здоров'я пацієнта від дій (бездіяльності) медичного працівника;

- чи спричинена шкода діями самого пацієнта (недодержання рекомендацій);

- чи обумовлена шкода індивідуальними особливостями організму пацієнта.

В останніх двох випадках особа, яка завдала шкоду, не буде зобов'язана її компенсувати. Наприклад, лікар добросовісно та повною мірою провів обстеження пацієнта, однак поставив неправильний діагноз через нетиповий перебіг хвороби; або під час проведення

оперативного втручання хірург пошкодив артерію через розміщення її в нетиповому місці.

Цивільне законодавство передбачає принцип вини особи, яка завдала шкоди під час надання медичної допомоги. Відсутність вини особи стає підставою для звільнення від відповідальності. Саме через цей принцип відсутність вини повинна довести та особа, яка скоїла правопорушення. Однак цивільне законодавство передбачає винятки з цього правила.

Обставини, які передбачають відшкодування завданої пацієнтові шкоди:

- шкода, завдана за крайньої потреби;
- шкода, завдана діяльністю, пов'язаною зі зберіганням та використанням механізмів, обладнання, хімічних, радіоактивних, вибухонебезпечних та вогнебезпечних речовин;
- шкода, завдана через певні недоліки в товарі чи роботах (наприклад, зазначеної недостовірної інформації в інструкції із застосування виробу чи препарату).

Принципи відшкодування шкоди, завданої медичним працівником. Відповідно до цивільного права в разі доведення вини медичного працівника пацієнт претендує на відшкодування усіх видів завданої шкоди:

- майнової – усіх видів майнових витрат;
- немайнової (моральної) – компенсацію порушником законодавства фізичних та духовних страждань, що стали наслідком його правопорушення, у грошовій формі. При розрахунку грошової суми до уваги береться рівень фізичного болю та страждань, яких зазнав пацієнт через каліцтво та інші негативні наслідки для його здоров'я (ст. 23 ЦК України).

Майнова шкода складається з:

- реальних збитків – витрат майнового характеру, затрачених на відновлення порушеного права;
- втраченої вигоди – прибутків, які могла отримати особа в разі, якби її права не були порушеними.

Розмір відшкодування в разі доведеного факту відповідальності медичних працівників у кожному конкретному випадку встановлює суд. Для нарахування суми матеріальних витрат пацієнт повинен надати до суду відповідні документи (наприклад, аптечні чеки).

На сьогодні відсутня законодавчо закріплена формула для визначення розміру моральної шкоди. Визначаючи розмір моральної шкоди, суди керуються принципами:

- повинен бути доведеним факт посягання на немайнові права особи чи порушення цих прав;
- у діях (бездіяльності) медичного працівника повинен бути встановлений факт вини;
- сторона пацієнта повинна довести факт моральних та фізичних страждань;
- компенсація моральної шкоди не залежить від компенсації матеріальної шкоди.

Законодавець не передбачив верхньої та нижньої меж розміру моральної шкоди. Стаття 23 ЦК України частково надає орієнтири, якими повинен керуватися суд щодо питання встановлення розміру грошової компенсації матеріальної шкоди як одного з видів відповідальності медичних працівників за вчинені правопорушення:

- на розмір суми грошової компенсації впливає характер вчиненого правопорушення;
- ступінь вираження фізичних та моральних страждань;

- характер зниження здібностей чи позбавлення можливості до реалізації;
- ступінь вираження вини особи, яка спричинила моральну шкоду;
- до уваги беруть також інші обставини, які мали істотний вплив на ситуацію, вимоги доцільності та справедливості.

Судово-медичну експертизу проводять згідно з постановою особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора, судді, а також за ухвалою суду. Судово-психіатрична експертиза має на меті встановити ступінь вираження та характер страждань, психологічний стан пацієнта.

Судово-медична експертиза вирішує такі питання:

- причина несприятливого результату чи смерті особи;
- підтвердження чи спростування факту наявності помилок у роботі лікаря;
- причини помилкових дій лікаря;
- наявність можливості в лікаря спрогнозувати та попередити негативні наслідки своїх вчинків;
- ймовірні причини настання негативних наслідків у разі правильного лікування;
- наявність чи відсутність порушень в організації охорони здоров'я в медичному закладі, де стався випадок.

Результати судово-медичної експертизи оформляють документом, який має назву висновок експерта. Результати цих досліджень суд враховує при встановленні розміру компенсації матеріальної шкоди.

Юридична відповідальність медичних працівників за шкоду, заподіяну пацієнтові, покладається на суб'єктів цивільно-правової відповідальності (гл. 82 ЦК України). А

саме на юридичних осіб – медичні заклади та фізичних осіб, які займаються медичною практикою.

Стаття 1172 ЦК України передбачає, що юридичні чи фізичні особи відшкодовують пацієнтові шкоду, якої завдав його здоров'ю медичний працівник під час виконання ним своїх професійних обов'язків. Лікар, вина якого встановлена, може бути притягнений до кримінальної відповідальності. Надалі заклад охорони здоров'я може звертатися до винної особи з регресним позовом та вимагати від неї компенсування повної суми завданої шкоди.

Дисциплінарна відповідальність медичного працівника – це окремий варіант юридичної відповідальності, яка настає у випадку порушення трудових обов'язків. Необхідно особливо підкреслити, що мова йде саме про порушення трудових обов'язків медичним працівником.

Особливістю правового становища медичних працівників щодо дисциплінарної відповідальності є їх подвійний статус – як працівників конкретного медичного закладу (типові відносини працівника і роботодавця) і як медиків за професією, тобто осіб, зобов'язаних надавати невідкладну медичну допомогу в будь-якому місці. Іншими словами, професійні обов'язки медичних працівників ширші, ніж їх трудові обов'язки за місцем роботи.

Дисциплінарна відповідальність встановлена трудовим законодавством за вчинення дисциплінарного проступку, що являє собою протиправне порушення працівником трудової дисципліни.

Порушенням трудової дисципліни є невиконання або неналежне виконання з вини працівника покладених на нього трудових обов'язків.

Крім того, порушенням трудової дисципліни вважається недодержання під час виробничого процесу правил поведінки, встановлених чинним законодавством, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовими інструкціями, наказами і розпорядженнями роботодавця.

Так, за порушення трудової дисципліни, згідно зі ст. 147 КЗпП України, до працівника може бути застосовано тільки один із таких видів стягнень: догана або звільнення.

Догана є дисциплінарним стягненням особистого немайнового характеру. Це стягнення полягає в негативному оцінюванні та засудженні поведінки працівника. Догана має на меті попередити особу про можливість застосування більш суворого *дисциплінарного стягнення в разі повторних порушень дисципліни та спонукати працівника належним чином виконувати свої трудові обов'язки.*

Накладення такого виду дисциплінарного стягнення, як звільнення, допускається лише у визначених законом випадках:

- *за систематичне невиконання трудових обов'язків (п. 3 ст. 40 КЗпП України);*
- *за прогул без поважних причин (п. 4 ст. 40 КЗпП України);*
- *за появу на роботі в стані наркотичного, токсичного або алкогольного сп'яніння (п. 7 ст. 40 КЗпП України);*
- *за розкрадання майна власника (п. 8 ст. 40 КЗпП України);*

- за разове грубе порушення трудової дисципліни керівником та деякими іншими категоріями працівників (п. 1 ст. 41 КЗпП України);

- за винні дії керівника підприємства, установи, організації, внаслідок чого заробітна плата виплачувалася несвоєчасно або розмірами, нижчими від установленого законом розміру мінімальної заробітної плати (п. 1-1 ст. 41 КЗпП України);

- за винні дії працівника, який безпосередньо обслуговує грошові, товарні або культурні цінності, якщо ці дії дають підстави для втрати довіри до нього з боку власника або уповноваженого ним органу (п. 2 ст. 41 КЗпП України);

- за вчинення працівником, який виконує виховні функції, аморального проступку, не сумісного з продовженням даної роботи (п. 3 ст. 41 КЗпП України).

Зазначені підстави звільнення застосовуються до медичних працівників різних медичних підприємств, організацій, установ незалежно від форми власності.

Під час визначення виду стягнення необхідно враховувати ступінь тяжкості вчиненого проступку і завдану ним шкоду, обставини, за яких вчинено проступок, і попередню роботу працівника. Притягнення працівника до дисциплінарної відповідальності є правом, а не обов'язком роботодавця. Роботодавець має право замість накладення дисциплінарного стягнення передати питання про порушення трудової дисципліни на розгляд трудового колективу або його органу.

Застосування стягнень здійснюється з додержанням правил і порядку, встановлених законом. Так, ст. 148 КЗпП передбачає, що дисциплінарне стягнення застосовується власником або уповноваженим ним органом безпосередньо за виявленням проступку, але не пізніше одного місяця з

дня його виявлення, не врахуючи часу звільнення працівника від роботи у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю або перебування його у відпустці. Дисциплінарне стягнення не може бути накладене пізніше шести місяців із дня вчинення проступку.

Відповідно до ст. 149 КЗпП до застосування дисциплінарного стягнення від порушника трудової дисципліни повинне бути затребуване письмове пояснення. **За кожне порушення трудової дисципліни може бути застосоване лише одне дисциплінарне стягнення.** Під час обрання виду стягнення необхідно враховувати ступінь тяжкості вчиненого проступку і завданої ним шкоди, обставини, за яких вчинено проступок, попереднє місце роботи медичного працівника та інші істотні фактори. Стягнення оголошується в наказі (розпорядженні) і повідомляється працівникові під розписку.

Стаття 150 КЗпП України передбачає можливість оскарження працівником дисциплінарного стягнення. Працівник може подати заяву до комісії з трудових спорів або до районного (міського, міськрайонного) суду у тримісячний термін із дня, коли він дізнався або повинен був дізнатися з відповідних документів про накладення дисциплінарного стягнення. У разі звільнення працівник має право звернутися до суду в місячний термін із дня вручення йому копії наказу про звільнення або з дня видачі трудової книжки. У разі пропуску з поважних причин устанавленого терміну комісія з трудових спорів і суд можуть поновити зазначені строки. Поважними визнаються причини, які не залежали від працівника і завадили йому звернутися в установлені строки із заявою про захист своїх прав. У разі звернення до комісії з трудових спорів і незгоди з її рішенням працівник може оскаржити його в суді в десятиденний термін із дня

вручення йому виписки з протоколу засідання комісії чи його копії.

Стаття 151 КЗпП передбачає порядок зняття дисциплінарного стягнення. Якщо впродовж року з дня накладення дисциплінарного стягнення працівник не підлягає новому стягненню, то він вважається таким, який не мав дисциплінарного стягнення. Якщо впродовж року з дня накладення дисциплінарного стягнення працівника не буде піддано новому дисциплінарному стягненню, то він вважається таким, що не мав дисциплінарних стягнень. Упродовж терміну дії дисциплінарного стягнення заходи заохочення до працівника не застосовують. Ініціатором дострокового зняття дисциплінарного стягнення може бути керівник підприємства або керівник підрозділу, в якому працює порушник.

Отже, принципами накладення дисциплінарного стягнення у сфері медичної діяльності є:

- до застосування дисциплінарного стягнення роботодавець повинен вимагати від працівника пояснення в письмовій формі;
- відмова працівника дати пояснення не є перепорою для застосування дисциплінарного стягнення;
- дисциплінарне стягнення застосовується не пізніше одного місяця з дня виявлення порушення, не враховуючи часу звільнення працівника від роботи у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю або перебування його у відпустці;
- дисциплінарне стягнення не може бути застосоване пізніше, ніж через шість місяців від дня вчинення порушення;
- за кожне дисциплінарне порушення може бути застосовано лише одне дисциплінарне стягнення;
- під час обрання виду стягнення власник або уповноважений ним орган повинен враховувати ступінь

тяжкості вчиненого проступку і завдану ним шкоду, обставини, за яких вчинено проступок, і попередню роботу працівника;

- наказ (розпорядження) роботодавця про застосування дисциплінарного стягнення оголошується працівникові під розписку;

- дисциплінарне стягнення може бути оскаржене працівником в органах розгляду трудових спорів.

Особливим видом відповідальності працівників є матеріальна відповідальність. Матеріальна відповідальність працівників є самостійною відповідальністю, що не залежить від накладення дисциплінарної, адміністративної, цивільно-правової або кримінальної відповідальності.

Трудове законодавство передбачає два види матеріальної відповідальності:

- обмежену;
- повну.

Правовою основою матеріальної відповідальності працівника є його обов'язок дбайливо ставитися до майна підприємства, установи, організації.

За нормами трудового законодавства матеріальну відповідальність несуть працівники, які перебувають у трудових відносинах з підприємством, установою, організацією на основі трудового договору, незалежно від форми власності, на базі якої створено підприємство, установа, організація. Вона може бути покладена на цих осіб і в разі припинення трудових відносин за умови, якщо шкода завдана працівником під час дії цих відносин.

Матеріальна відповідальність покладається на працівника лише за одночасної наявності таких умов:

- прямої (дійсної) шкоди;

- протиправності поведінки працівника, яка завдала шкоди;
- провини працівника в завданні шкоди;
- причинного зв'язку між дією (бездіяльністю) працівника і шкодою.

Під прямим (дійсним) збитком розуміють збиток реально існуючому майну шляхом втрати, привласнення, псування, зниження цінності і відповідної необхідності власника провести витрати на придбання або відновлення майна або зробити зайві виплати з вини працівника іншому суб'єкту (фізичній або юридичній особі). Це може бути недостача, псування матеріальних цінностей, витрати на ремонт, штрафні санкції за невиконання зобов'язань, суми сплачених штрафів, оплата вимушеного прогулу та інші виплати.

Таким чином, матеріальна відповідальність покладається як за шкоду, завдану підприємству або установі, з яким він перебуває у трудових відносинах, так і за шкоду, завдану роботодавцем з вини працівника третім особам у разі відшкодування цього збитку. На відміну від цивільного права стягненню підлягає лише реальний збиток (його також називають прямим або дійсним), який фактично поніс роботодавець. У цивільному праві, крім реального збитку, стягуються і неодержані доходи, які особа одержала б за звичайних умов цивільного обороту, якби його право не було порушене (упущена вигода або неодержані доходи). Нормами трудового законодавства стягнення неодержаних доходів не передбачається, тобто прибуток, який роботодавець міг би отримати, але не отримав в результаті неправомірних дій (бездіяльності) своїх працівників, стягненню не підлягає. До такого працівника в цьому випадку можуть бути застосовані

заходи дисциплінарного чи громадського стягнення з додержанням правил, що встановлюють порядок їх застосування.

Протиправною визнається така поведінка працівника, за якої він не виконує своїх трудових обов'язків або виконує їх неналежним чином, але обов'язків, прямо або побічно пов'язаних із дбайливим ставленням до матеріальних цінностей. Цей обов'язок зазвичай конкретизується в спеціальних актах, що визначають порядок заощадження, зберігання і використання майна та інших матеріальних цінностей. До цих актів, крім законів, постанов і розпоряджень Уряду, указів Президента, відносяться і правила внутрішнього розпорядку, посадові інструкції, накази та розпорядження адміністрації.

Бездіяльність працівника визнається протиправною, якщо зазначеними вище актами на працівника покладено обов'язок вчинення певних дій, яких він не виконав.

Збиток може бути завданий і в результаті правомірної поведінки працівника. Один із цих випадків прямо встановлено законом. Це нормальний виробничо-господарський ризик, за якого в разі завдання шкоди до матеріальної відповідальності працівник не притягується.

Ризик вважається виправданим, тобто нормальним, за наявності таких умов:

- мета не може бути досягнута звичайними, неризикованими засобами;
- якщо він відповідає значенню тієї мети, для якої робиться;
- можливість шкідливих наслідків при ризику завжди лише ймовірна;
- об'єктом ризику є матеріальні чинники, а не життя і здоров'я людини.

На практиці до правомірного завдання шкоди відносять також і випадки завдання шкоди в стані крайньої необхідності, а також за наявності уповноваження особи на завдання шкоди. Таку можливість передбачає ряд спеціальних законів, спрямованих на захист публічних інтересів.

Матеріальна відповідальність працівника можлива лише за наявності його вини і причинного зв'язку між діянням працівника та майновим збитком. Відповідальність настає лише в разі, якщо результат обов'язкового впливає з цього діяння (дії або бездіяльності). Відзначимо також, що якщо за цивільним законодавством відсутність вини доводиться особою, яка порушила зобов'язання, то в трудовому праві – обов'язок довести факт заподіяння прямої (дійсної) шкоди – на роботодавцеві.

Залежно від обставин на працівника може покладатися:

- обмежена матеріальна відповідальність;
- повна матеріальна відповідальність.

Відповідно до статті 132 Кодексу законів про працю України розмір **обмеженої матеріальної відповідальності** повинен дорівнювати розміру завданої шкоди, але не повинен перевищувати середнього місячного заробітку. Водночас не потрібно укладати договір про матеріальну відповідальність, адже підставою є виключно порушення трудових обов'язків, що призвели до прямої дійсної шкоди.

Як визначено статтею 136 КЗпП, якщо розмір шкоди не перевищує середнього місячного заробітку працівника, за розпорядженням власника або уповноваженого ним органу відповідну суму відраховують **із заробітної плати** працівника.

Водночас розпорядження керівника повинне бути видане **не пізніше ніж два тижні** з дня виявлення завданої працівником шкоди і звернено до виконання не раніше ніж сім днів із дня повідомлення про це працівникові. Якщо працівник не згоден із відрахуванням або його розміром, трудовий спір за його заявою розглядається в порядку, передбаченому законодавством.

Відповідно до статті 134 КЗпП **повна матеріальна відповідальність** може бути покладена на працівника лише за рішенням суду, якщо:

- між працівником і закладом охорони здоров'я укладено письмовий договір про повну матеріальну відповідальність за незабезпечення цілісності майна та інших цінностей, переданих для зберігання;
- шкоди завдано недостатчею, умисним знищенням або умисним зіпсуттям матеріальних цінностей, а також інструментів, вимірювальних приладів, спеціального одягу та інших предметів, виданих медичному працівникові для користування;
- шкоди завдано діями працівника, що мають ознаки діянь, переслідуваних у кримінальному порядку тощо.

Договір про повну матеріальну відповідальність може бути укладено лише в письмовій формі. Документ вважатимуть нечинним, якщо працівник, з яким укладено договір, не досягнув 18 років або трудовим договором не передбачено виконання роботи, безпосередньо пов'язаної зі зберіганням, обробленням, продажем (відпуском), перевезенням або застосуванням у процесі виробництва переданих цінностей.

За постановою Державного комітету Ради міністрів СРСР з праці та соціальних питань, Секретаріату Всесоюзної центральної ради професійних спілок від 28.12.1977 р. № 447/24 **керівнику закладу охорони**

здоров'я надано право укладати договір про повну матеріальну відповідальність, зокрема, зі старшими медичними сестрами структурних підрозділів та особами, які виконують такі роботи:

- з приймання для зберігання, оброблення, зберігання, відпуску матеріальних цінностей на складах, камерах схову, коморах і гардеробах;
- з видачі (прийому) матеріальних цінностей особам, які перебувають у лікувально-профілактичних і санаторно-курортних закладах.

Водночас **трудовий договір може бути розірвано** при відмові працівника укласти договір про повну матеріальну відповідальність, якщо немає можливості перевести працівника на іншу роботу (абз. 5 п. 19 постанови Пленуму Верховного Суду України «Про практику розгляду судами трудових спорів» від 06.11.1992 р. № 9).

Розмір завданої підприємству, установі, організації шкоди визначається за фактичними втратами, на підставі даних бухгалтерського обліку, виходячи з балансової вартості (собівартості) матеріальних цінностей за вирахуванням зношення згідно з установленими нормами. Відшкодування шкоди розміром, що не перевищує середнього місячного заробітку працівника, проводиться за наказом (розпорядженням) адміністрації шляхом утримання з його заробітної плати. В інших випадках – у судовому порядку.

Необхідно зазначити, що суд може з урахуванням ступеня вини, конкретних обставин і матеріального становища працівника зменшити розмір шкоди, що підлягає відшкодуванню. Зниження розміру шкоди, що підлягає відшкодуванню, неприпустимо, якщо шкода завдана злочином, вчиненим із корисливою метою.

РОЗДІЛ 7

ТРУДОВІ ВІДНОСИНИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Останнім часом до трудових правовідносин, які укладаються в закладах охорони здоров'я з найманими працівниками та зовнішніми спеціалістами, прикута особлива увага. По-перше, це пов'язано з тим, що значно посилюється державний контроль за виконанням ліцензійних умов, додержанням критеріїв акредитації медичних закладів. По-друге, створюється багато нових закладів охорони здоров'я (зокрема, приватної форми власності), і їх кадрові служби, не маючи достатнього досвіду роботи, не завжди додержуються положень законодавства щодо забезпечення прав працівників. По-третє, зросла кількість конфліктів, що виникають під час оформлення медичними працівниками окремих категорій пільгових пенсій через помилки, допущені під час працевлаштування та внесення записів до трудових книжок.

Трудові відносини між роботодавцем і медичним працівником, якого наймають для виконання тих чи інших функцій та завдань, повинні бути обов'язково оформлені у вигляді трудового договору.

Відповідно до ст. 21 КЗпП України **трудоим договором** є угода між працівником і власником підприємства, установи, організації або уповноваженим ним органом чи фізичною особою, за якою працівник зобов'язується виконувати роботу, визначену цією угодою, а власник підприємства, установи, організації або уповноважений ним орган чи фізична особа зобов'язується виплачувати працівникові заробітну плату і забезпечувати умови праці, необхідні для виконання роботи, передбачені законодавством про працю, колективним договором і угодою сторін.

Працівник має право реалізувати свої здібності до продуктивної і творчої праці шляхом укладення трудового договору на одному або одночасно на декількох підприємствах, в установах, організаціях, якщо інше не передбачено законодавством, колективним договором або угодою сторін.

Особливою формою трудового договору є контракт, в якому термін його дії, права, обов'язки і відповідальність сторін (зокрема, матеріальна), умови матеріального забезпечення та організації праці працівника, умови розірвання договору, зокрема дострокового, можуть установлюватися угодою сторін. **Сфера застосування контракту визначається законами України.**

Відповідно до Постанови Пленуму Верховного Суду України «Про практику розгляду судами трудових спорів» від 06.11.1992 р. № 9 передбачено, що власник або уповноважений ним орган може вимагати від працівника, який працює за трудовим договором, укладення контракту лише в тому разі, коли він належить до категорії працівників, які згідно з законодавством працюють за контрактом. Порушення цих вимог може бути підставою для визнання відповідно до ст. 9 КЗпП недійсними умов праці за контрактом, які погіршують становище порівняно із законодавством України.

А отже, контракт можна укласти лише в разі, якщо дозвіл на його укладення з відповідною категорією працівників прямо передбачений відповідним законом. А тому якщо чинними законами не передбачена можливість укладення контракту, роботодавець і працівник не може укласти контракт, хоч би він і укладався при повному погодженні сторін і відсутності будь-якого тиску з боку роботодавця.

Відповідно до ст. 24 КЗпП контракт укладають в письмовій формі і підписують роботодавець та працівник, якого приймають (наймають) на роботу за контрактом. Контракт є підставою для видання наказу (розпорядження) про прийняття (найм) працівника на роботу з дня, встановленого у контракті за угодою сторін. У контракті передбачаються термін його дії, права, обов'язки та відповідальність сторін (зокрема, матеріальна), вимоги до збереження керівником закладу державного або комунального майна, підвищення ним кваліфікації або проходження перепідготовки впродовж терміну дії контракту, умови матеріального забезпечення та організації праці, умови розірвання контракту.

Керівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначають на посаду уповноважений виконавчий орган управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі **шляхом укладання з ними контракту терміном від трьох до п'яти років**. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Постановою КМУ від 21.08.2019 р. № 792 затверджено новий Порядок укладення контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, яким врегульовано порядок укладення контрактів із керівниками державних, комунальних закладів охорони здоров'я та затверджено типову форму контрактів з такими керівниками.

Таким чином, на сьогодні керівники державних або комунальних закладів охорони здоров'я – єдині

працівники медичної галузі, з ким законом дозволено укладати трудові контракти. З іншими працівниками повинен бути укладений звичайний трудовий договір.

Працівник не може бути допущений до роботи без укладення трудового договору, оформленого наказом чи розпорядженням власника або уповноваженого ним органу, та **повідомлення центрального органу виконавчої влади** з питань забезпечення формування та реалізації державної політики з адміністрування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування **про прийняття працівника на роботу** в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Порядок повідомлення Державній податковій службі та її територіальним органам про прийняття працівника на роботу затверджений Постановою КМУ від 17.06.2015 р. № 413. Зокрема, цією Постановою передбачено, що повідомлення про прийняття працівника на роботу подається власником підприємства, установи, організації або уповноваженим ним органом (особою) чи ФОП – суб'єктом господарської діяльності до територіальних органів ДПС за місцем обліку їх як платника єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування за формою згідно з додатком до початку роботи працівника за укладеним трудовим договором.

Норми ст. 24 КЗпП України та Постанови № 413 поширюються на всі випадки, коли працівник виконує роботу на умовах трудового договору. Водночас працівник не може бути допущений до роботи без повідомлення до Державної податкової служби та її територіальних органів, оскільки в названих законодавчих актах чітко визначено, що повідомлення до ДПС подається до початку роботи працівника.

Практична підготовка осіб, які навчаються в закладах вищої освіти, здійснюється шляхом

проходження ними практики на підприємствах, в установах та організаціях згідно з укладеними закладами вищої освіти договорами або в його структурних підрозділах, що забезпечують практичну підготовку. Керівники підприємств, установ та організацій зобов'язані забезпечити створення належних умов для проходження практики на виробництві, додержання правил і норм охорони праці, техніки безпеки і виробничої санітарії відповідно до законодавства.

Порядок проведення практики студентів вищих навчальних закладів України затверджений Наказом Міністерства освіти України від 08.04.1993 р. № 93, зареєстрованим у Міністерстві юстиції 30.04.1993 р. № 35. Метою практики є оволодіння студентами сучасними методами, формами організації та знаряддями праці в галузі їх майбутньої професії, формування в них, на базі одержаних у вищому навчальному закладі знань, професійних умінь і навичок для прийняття самостійних рішень під час конкретної роботи в реальних ринкових і виробничих умовах, виховання потреби систематично поновлювати свої знання та творчо їх застосовувати в практичній діяльності.

Практика студентів є невід'ємною складовою частиною процесу підготовки спеціалістів у вищих навчальних закладах і передбачає безперервність та послідовність її проведення при одержанні потрібного достатнього обсягу практичних знань і умінь відповідно до різних освітніх та кваліфікаційних рівнів. За наявності вакантних місць студенти можуть бути зараховані на штатні посади, якщо робота на них відповідає вимогам програми практики. Водночас не менше ніж 50 % часу відводиться на загальнопрофесійну підготовку за

програмою практики. Під час практики в період роботи на робочих місцях і посадах із виплатою заробітної плати за студентами (учнями) зберігається право на одержання стипендії за результатами підсумкового контролю.

Таким чином, у разі проходження практики студентами вищих навчальних закладів без зарахування їх на штатні посади трудові відносини між практикантом і підприємством, установою, організацією не виникають. У разі зарахування студента на штатну посаду з ним укладається трудовий договір шляхом оформлення наказом чи розпорядженням власника або уповноваженого ним органу, та з повідомленням органів Державної фіскальної служби.

При укладенні трудового договору громадянин зобов'язаний подати паспорт або інший документ, що посвідчує особу, трудову книжку, а у випадках, передбачених законодавством, – також документ про освіту (спеціальність, кваліфікацію), про стан здоров'я та інші документи.

Трудовий договір укладають зазвичай у письмовій формі. Додержання письмової форми є обов'язковим:

- 1) при організованому наборі працівників;
- 2) при укладенні трудового договору про роботу в районах з особливими природними географічними і геологічними умовами та умовами підвищеного ризику для здоров'я;
- 3) при укладенні контракту;
- 4) у разі, якщо працівник наполягає на укладенні трудового договору у письмовій формі;
- 5) при укладенні трудового договору з неповнолітнім;
- 6) при укладенні трудового договору з фізичною особою;

б-1) при укладенні трудового договору про дистанційну (надомну) роботу;

7) в інших випадках, передбачених законодавством України.

Якщо медичний працівник наполягає на укладенні трудового договору в письмовій формі, то відмова роботодавця у цьому разі вважатиметься грубим порушенням законодавства, що підлягає юридичній відповідальності.

На практиці трапляються випадки, коли роботодавець хотів би приховати факт укладення трудових відносин з окремими медичними працівниками, зокрема, під час конфліктів з пацієнтами щодо відшкодування завданої останнім шкоди. Адже відповідно до положень ст. 1172 ЦК України, юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їх працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Однак роботодавцеві необхідно пам'ятати: згідно зі ст. 24 КЗпП трудовий договір вважається укладеним і тоді, коли наказ чи розпорядження про прийняття медичного працівника не були видані, але медичний працівник фактично був допущений до роботи. Як докази в суді можуть розглядатися медичні картки, оформлені лікарем, гарантійні талони, журнали реєстрації виходу працівників на роботу, візитні картки лікаря з назвою закладу охорони здоров'я тощо.

Трудовий договір може бути:

– *безстроковим, тобто укладеним на невизначений термін;*

– *строковим, укладеним на певний термін за погодженням сторін (наприклад, контракти);*

– *укладеним на час виконання певної роботи.*

Більшість трудових договорів, які укладаються на практиці, є безстроковими. Фактично сторони такого договору оформлюють свої відносини на невизначений термін. Працівника зараховують як окрему штатну одиницю.

Строкові трудові договори згідно з чинним законодавством (частина друга ст. 23 КЗпП) укладають якщо трудові відносини не можуть бути встановлені на невизначений термін з **урахуванням характеру роботи, умов її виконання або інтересів медичного працівника** та в інших випадках, передбачених законодавчими актами, наприклад, контракт (особлива форма строкового трудового договору) застосовується лише для окремих категорій медичних працівників.

Роз'яснення понять «характер наступної роботи», «умови її виконання» міститься в листі Міністерства праці та соціальної політики України від 03.02.2003 р. № 06/2-4/13. **Характер майбутньої роботи в цьому разі означає**, що робота не може бути постійною, а є такою, що виконується впродовж певного терміну (сезонні роботи тощо). Перелік сезонних робіт визначений спеціальним списком, який затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.1997 р. № 278 «Про затвердження Списку сезонних робіт і сезонних галузей».

Під умовами виконання роботи розуміють такі обставини, за яких трудові відносини не можуть бути встановлені на невизначений термін, навіть коли сама робота за характером є постійною. Зокрема, мова йде про прийняття на роботу особи для заміщення тимчасово відсутнього працівника, за яким відповідно до закону зберігається це робоче місце.

Обмеження щодо строкових трудових договорів стосуються не лише посад або спеціальностей медичних

працівників, з якими такі договори можуть бути укладені, а й кількості їх переукладення. В адвокатській практиці нерідко трапляються випадки, коли роботодавці переоформлювали строкові договори з одним і тим самим медичним працівником кілька разів поспіль. Такі дії не узгоджуються із положеннями ст. 39 КЗпП, відповідно до якої строкові трудові договори, що були переукладені один чи кілька разів, за винятком випадків, передбачених частиною другою ст. 23 КЗпП, вважаються такими, що укладені на невизначений термін. Підписаний усупереч вимогам чинного законодавства та обмежений у часі трудовий договір у майбутньому може бути визнаний судом безстроковим із моменту його укладення.

В окремих випадках (коли не можна наперед визначити термін завершення робіт за договором) використовують трудові договори на час виконання певних робіт. У медичній практиці такою формою можна скористатися під час оформлення правовідносин із консультантами, під час проведення дослідницьких робіт, виконання технічних завдань тощо. Такий договір зазвичай укладають у письмовій формі.

Якщо після закінчення строку трудового договору власник не видавав відповідний наказ про звільнення працівника, трудові відносини фактично тривають і жодна зі сторін не вимагає їх припинення, дія трудового договору вважається продовженою (ч. 1 ст. 39-1 КЗпП).

Під час працевлаштування майбутній медичний працівник повинен надати роботодавцеві документи, визначені чинним законодавством (паспорт, трудову книжку), а також документи, що підтверджують відповідність спеціальним освітнім та кваліфікаційним вимогам:

– диплом державного зразка про медичну освіту;

– сертифікат лікаря-спеціаліста, виданий вищим медичним навчальним закладом, закладом післядипломної освіти III–IV рівнів акредитації відповідно до Положення про порядок проведення атестації лікарів, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про подальше удосконалення атестації лікарів» від 19 грудня 1997 р. № 359 (Наказ № 359);

– посвідчення про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії за спеціальністю, видане відповідно до Положення про порядок проведення атестації лікарів, затвердженого Наказом № 359;

– свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних та фармацевтичних працівників, видане вищим медичним навчальним закладом (закладом післядипломної освіти) I–III рівнів акредитації відповідно до Положення, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 7 вересня 1993 р. № 198.

Водночас спеціалісти з інших країн повинні пройти легалізацію, що передбачає підтвердження документів про медичну освіту, спеціалізацію, а також отримати дозвіл на працевлаштування. Ці питання вирішує сам роботодавець, який надає оформлені документи до відповідних державних органів.

А документи, які не є обов'язковими (ст. 25 КЗпП), роботодавець не має права вимагати від медичного працівника.

Далі медичного працівника ознайомлюють із посадовими обов'язками, правилами внутрішнього трудового розпорядку, умовами праці тощо.

Посадова інструкція є кадровим документом, в якому визначено конкретні завдання та обов'язки працівника, його права й відповідальність. Ознайомлення працівника з

посадовою інструкцією під підпис дає можливість уникнути спору про зміст трудових функцій працівника, а також у зв'язку з порушенням працівником трудових обов'язків.

Під час складання посадових інструкцій необхідно використовувати:

- Класифікатор професій, який є основним документом для визначення професійних назв посад, професій під час складання штатних розписів, випуск 78 «Охорона здоров'я» Довідника кваліфікаційних характеристик професій (ДКХП) працівників розроблено з урахуванням змін державних стандартів щодо класифікації професій та чинної номенклатури посад медичних працівників системи Міністерства охорони здоров'я України;

- відповідні кваліфікаційні характеристики професій працівників згідно з Довідником, що є основним та обов'язковим нормативним документом для визначення змісту професії і підставою для розроблення посадових інструкцій працівників. Посадові (робочі) інструкції працівників підприємств, установ, організацій вводяться з метою чіткого визначення вимог, що ставляться до певної категорії працівників, раціонального розподілу обов'язків між працівниками, наділення працівників потрібними правами, підвищення відповідальності працівників за доручену ділянку роботи;

- локальні нормативні документи підприємства, установи, організації (статут; колективний договір; правила внутрішнього трудового розпорядку).

Також обов'язковість наявності в закладі затверджених посадових інструкцій передбачена, крім КЗпП, й у пункті 12 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених Постановою Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285.

Особливе значення має додержання роботодавцем наданих державою гарантій щодо тривалості робочого часу, відпусток та оплати праці. Так, для працівників деяких медичних спеціальностей робочий тиждень не може перевищувати 33 год. Ось чому працівники служби кадрів закладу охорони здоров'я повинні чітко знати визначену відповідними наказами Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України тривалість робочого тижня для всіх медичних спеціальностей, представники яких працюють у закладі.

Якщо роботодавець вважає за потрібне встановити для медичного працівника термін випробування, така умова повинна бути викладена в наказі (розпорядженні) про прийняття на роботу. Відповідно до ст. 27 КЗпП термін випробування для медичних спеціалістів не може перевищувати трьох місяців, а в окремих випадках, за погодженням із профспілковим комітетом – шести місяців.

Згідно зі ст. 26 КЗпП **випробування не встановлюють** під час прийняття на роботу для: осіб, які же досягли 18 років; молодих робітників після закінчення професійних навчально-виховних закладів; молодих спеціалістів після закінчення вищих навчальних закладів; осіб, звільнених у запас із військової чи альтернативної (невійськової) служби; інвалідів, направлених на роботу відповідно до рекомендації медико-соціальної експертизи. Випробування не встановлюють також під час прийняття на роботу в іншу місцевість або під час переведення на інше підприємство, в установу, організацію тощо.

Якщо термін випробування закінчився, а медичний працівник продовжує працювати, то він вважається таким, який витримав випробування, і подальше розірвання

трудового договору допускається лише на загальних підставах.

У період випробування на медичного працівника поширюються усі положення чинного законодавства про працю, він є штатним працівником закладу охорони здоров'я, має право на соціальні та інші гарантії, отримує заробітну плату згідно з визначеним посадовим окладом.

Крім того, має право виконувати, крім своєї основної, іншу роботу на умовах трудового договору на тому самому або іншому підприємстві, в установі, організації або у фізичної особи: у вільний від основної роботи час. **Такі правовідносини називають сумісництвом.** Не може вважатися сумісництвом робота, що виконується епізодично, без певної посади, без регулярної оплати.

Для роботи за сумісництвом згоди роботодавця за місцем основної роботи не потрібно. Якщо медичний працівник працює за сумісництвом в одному й тому самому закладі охорони здоров'я або в однієї й тієї самої фізичної особи-підприємця, то укладаються два трудові договори з одним роботодавцем.

Обмеження щодо роботи за сумісництвом стосуються зазвичай керівних працівників і державних службовців, а також професій, що передбачають роботу зі шкідливими умовами праці. Так, працювати за сумісництвом не можуть керівники державних закладів охорони здоров'я, їх заступники, керівники структурних підрозділів державних закладів охорони здоров'я та їх заступники, за винятком наукової, викладацької, медичної і творчої діяльності. Стаття 31 КЗпП забороняє власникові або уповноваженому ним органу вимагати від працівника виконання роботи, не обумовленої трудовим договором. Але за певних обставин може виникнути потреба в зміні умов трудового договору. Зі змісту ст. 32 КЗпП можна зробити висновок про

існування трьох видів зміни умов трудового договору в галузі охорони здоров'я:

- 1) переміщення на інше робоче місце;
- 2) переведення на іншу роботу;
- 3) зміна істотних умов праці.

Переміщення – це доручення медичному працівникові роботи на іншому робочому місці, в іншому структурному підрозділі в тій самій місцевості, на іншому механізмі або агрегаті у межах спеціальності, кваліфікації чи посади, обумовленої трудовим договором (частина друга ст. 32 КЗпП).

Переміщення не потребує згоди медичного працівника, отже, відмова від переміщення вважається порушенням трудової дисципліни. Однак власник не має права переміщати медичного працівника на роботу, протипоказану йому за станом здоров'я.

Переведенням на іншу роботу вважається доручення медичному працівникові роботи, що не відповідає спеціальності, кваліфікації або посаді, обумовленої трудовим договором.

Переведення на іншу роботу можливе лише за згодою медичного працівника, за винятком випадків, передбачених ст. 33 КЗпП. Таким чином, за загальним правилом відмова від переведення не є порушенням трудової дисципліни.

Види переведень на іншу роботу в галузі охорони здоров'я:

- залежно від терміну: постійні та тимчасові;
- за територіальною ознакою: переведення в межах підприємства, закладу, організації тощо, переведення на інше підприємство, переведення на роботу в іншу місцевість, зокрема разом із підприємством, закладом, організацією тощо;

– залежно від ініціативи: з ініціативи власника або медичного працівника.

Відповідно до ст. 33 КЗпП тимчасове переведення медичного працівника на іншу роботу можливе лише за його згодою. Без згоди медичного працівника можливе тимчасове переведення терміном до 1 місяця, якщо така робота не протипоказана йому за станом здоров'я, лише для відвернення або ліквідації наслідків стихійного лиха, епідемій, епізоотій, виробничих аварій, а також інших обставин, які ставлять або можуть поставити під загрозу життя чи нормальні життєві умови людей. Але у зазначених випадках забороняється без згоди тимчасово переводити на іншу роботу вагітних, жінок, які мають дитину-інваліда або дитину віком до 6 років, а також осіб віком до 18 років.

До переведень, пов'язаних з інтересами медичних працівників, належать:

- переведення за станом здоров'я (ст. 170 КЗпП);
- переведення на легшу роботу вагітних і жінок, які мають дітей віком до 3 років (ст. 178 КЗпП).

Відповідно до частини третьої ст. 32 КЗпП у зв'язку зі змінами організації виробництва і праці допускається **зміна істотних умов праці в разі продовження роботи за тією самою спеціальністю, кваліфікацією чи посадою.**

До істотних умов праці належать: системи та розміри оплати праці, пільги, режим роботи, встановлення або скасування неповного робочого часу, суміщення професій, зміна розрядів і найменування посад тощо (наприклад, раціоналізація робочих місць, перехід на бригадну форму, впровадження передових методів, технологій, переведення медичного працівника на контрактну форму трудового договору). Про зміну істотних умов праці медичний працівник повинен бути

повідомлений не пізніше ніж за 2 місяці. Якщо він не згоден на продовження роботи в нових умовах, то трудовий договір припиняється за п. 6 ст. 36 КЗпП.

Згідно зі ст. 21 і 139 КЗпП медичний працівник, який уклав трудовий договір, зобов'язаний виконувати правила внутрішнього трудового розпорядку підприємства, установи, організації, виконувати розпорядження власника або уповноваженого ним органу, додержуватися трудової і технологічної дисципліни, вимог нормативних актів про охорону праці.

Власник або уповноважений ним орган зобов'язаний згідно зі ст. 21 та 141 КЗпП забезпечувати медичному працівникові умови праці, необхідні для виконання роботи; забезпечувати трудову й виробничу дисципліну, неухильно додержувати законодавства про працю і правил охорони праці.

Відповідно до ст. 153 КЗпП власник або уповноважений ним орган зобов'язаний забезпечувати безпечні та нешкідливі умови праці, систематично проводити інструктаж (навчання) працівників із питань охорони праці, протипожежної охорони.

Стаття 159 КЗпП зобов'язує медичного працівника знати і виконувати вимоги нормативних актів про охорону праці, правила поведіння з машинами, і механізмами, устаткуванням та іншими засобами виробництва, а ст. 160 КЗпП вимагає від власника або уповноваженого ним органу здійснення постійного контролю за додержанням працівниками вимог нормативних актів про охорону праці.

Стаття 46 КЗпП передбачено випадки, коли власник або уповноважений ним орган може **відсторонити медичного працівника від роботи** у зв'язку з невиконанням зобов'язань.

Відсторонення від роботи можливе: 1) у разі появи на роботі в нетверезому стані або стані наркотичного чи токсичного сп'яніння; 2) у разі відмови або ухилення від обов'язкових медичних оглядів, навчання, інструктажу і перевірки знань з охорони праці та протипожежної схорони; 3) в інших випадках, передбачених законодавством.

Відсторонення передбачає недопущення: медичного працівника на певний термін до роботи, яку він зобов'язався виконувати відповідно до трудового договору. Варто зазначити, що в разі відсторонення від роботи трудові правовідносини та дія трудового договору тривають, хоча медичного працівника тимчасово до роботи і не допускають.

Відсторонення застосовують як тимчасовий захід до ухвалення остаточного рішення про можливість чи неможливість виконання медичним працівником передбаченої трудовим договором роботи або перебування його на певній посаді. Після закінчення терміну медичного працівника, залежно від наявних підстав, можуть допустити до роботи, перевести на іншу роботу або звільнити. Наприклад, його можуть допустити до роботи, якщо відсторонення було визнано незаконним або усунуто причини такого відсторонення, тобто працівник виконав умови допуску до роботи (успішно пройшов обов'язковий медичний огляд, перевірку відповідних знань тощо).

Однак варто зазначити, що невиконання в установлений термін вимог, які були підставою для законного відсторонення, дає право власнику або уповноваженому ним органу притягнути працівника до дисциплінарної відповідальності, навіть розірвати з ним трудовий договір у встановленому порядку.

Працівник після відсторонення від роботи може бути тимчасово або постійно переведений на іншу роботу, наприклад за результатами обов'язкового медичного огляду, якщо в медичному висновку буде зазначено про неспроможність медичного працівника виконувати передбачену трудовим договором роботу через стан здоров'я.

Відсторонення медичного працівника від роботи може передувати його звільненню, зокрема за п. 7 частини першої ст. 40 КЗпП у зв'язку з появою його на роботі в нетверезому стані, у стані наркотичного або токсичного сп'яніння.

Ураховуючи те, що заробітна плата виплачується за виконану роботу (ст. 94 КЗпП, ст. 1 Закону України «Про оплату праці» від 24 березня 1995 р.), відсторонення від роботи повинно було б здійснюватися без збереження заробітної плати. Однак законодавством встановлені окремі випадки, коли заробітна плата зберігається або працівникові виплачується допомога відповідно до державного соціального страхування. Зокрема, у Законі України «Про охорону праці» від 14 жовтня 1992 р. № 2694-ХІІ встановлено, що власник або уповноважений ним орган забезпечує усунення причин, які призводять до нещасних випадків, професійних захворювань, а працівник, зі свого боку, зобов'язаний проходити в установленому порядку медичні огляди, дбати про особисту безпеку і здоров'я, а також про безпеку та здоров'я людей, які його оточують. Крім того, працівники, зайняті на роботах з підвищеною небезпекою, повинні проводити попереднє спеціальне навчання й один раз на рік перевіряти знання відповідних нормативних актів.

У статті 17 Закону України «Про охорону праці» встановлено, що власник зобов'язаний відсторонити від

роботи медичного працівника, який ухиляється від проходження обов'язкового медичного огляду, без збереження заробітної плати. Згідно з наступною статтею не допускаються до роботи працівники, серед них і посадові особи, які не пройшли навчання, інструктаж і перевірку знань з охорони праці. Вимагати відсторонення осіб, які не пройшли передбачених законодавством медичного огляду, навчання та інструктажу, не перевірили знання і не допущені до відповідних робіт, згідно зі ст. 15 Закону України «Про охорону праці» мають право спеціалісти служби охорони праці підприємства (закладу, установи).

Відповідно до ст. 7, 42 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 р. № 4004-ХІІ відсторонюються від роботи особи, які є носіями збудників інфекційних захворювань, хворі на небезпечні для оточення інфекційні хвороби, або особи, які контактували з такими хворими, з виплатою в установленому порядку допомоги із соціального страхування. Відсторонення таких працівників здійснюється на підставі відповідного подання уповноваженої на це посадової особи державної санітарно-епідеміологічної служби, яке надається власникам підприємства, установи, організації або уповноваженим ними органам.

Спори, пов'язані з відстороненням медичних працівників від роботи, вирішуються в порядку, встановленому КЗпП для розгляду трудових спорів.

Стаття 147 Кримінально-процесуального кодексу України передбачає відсторонення від роботи посадової особи в разі притягнення її до кримінальної відповідальності за посадовий або інший злочин, якщо вона може негативно впливати на перебіг досудового чи

судового слідства. Слідчий виносить мотивовану постанову для відсторонення від посади. А сам процес проводять за санкціями прокурора чи його заступника. Копію постанови для виконання надсилають за місцем роботи (служби) обвинуваченого. Відсторонення від посади скасовується постановою слідчого (прокурора), коли в подальшому застосуванні цього заходу зникає потреба.

Перш ніж розглядати підстави для звільнення, відзначимо, що Кодексом законів про працю встановлено вичерпний перелік підстав для розірвання трудового договору з ініціативи роботодавця. У разі звільнення роботодавець зобов'язаний дотримуватися певної процедури, порушення якої може спричинити скасування звільнення та відновлення працівника на колишній посаді.

Так, статті 40–41 КЗпП України встановлюють **виключний перелік підстав** для розірвання трудового договору з ініціативи роботодавця:

1) Змін в організації виробництва і праці, зокрема ліквідації, реорганізації, банкрутства або перепрофілювання підприємства, установи, організації, скорочення чисельності або штату працівників.

Пунктом 1 ст. 40 передбачена можливість розірвати трудові договори з медичними працівниками в разі ліквідації організації, реорганізації, банкрутства, скорочення чисельності працівників (штату) установи. У разі звільнення за даними підставами досить часто виникають трудові спори і, як наслідок, несприятливі для роботодавця судові рішення, що передбачають фінансові витрати на виплату компенсацій відновленим працівникам. А все тому, що роботодавці не до кінця знають процедуру звільнення за даними підставами.

У разі ухвалення рішення роботодавцем щодо скорочення чисельності або штату працівників КЗпП України визначено певні процедурні зобов'язання, яких роботодавець повинен дотримуватися під час звільнення працівників.

Звернення до профспілки щодо проведення консультацій із питань скорочення чисельності або штату працівників. Згідно зі ст.49-4 КЗпП та ст. 22 Закону України «Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності», власник або уповноважений ним орган не пізніше як за три місяці до запланованого масового вивільнення працівників звертається до професійних спілок про проведення консультацій щодо заходів запобігання звільненню чи зведенню їх кількості до мінімуму або пом'якшення несприятливих наслідків будь-якого звільнення. Рішення про скорочення чисельності або штату оформляється наказом по підприємству, до штатного розпису вносяться відповідні зміни.

Визначення переважного права на залишення на роботі у разі скорочення чисельності працівників. Статтею 42 КЗпП України, у разі скорочення чисельності чи штату працівників у зв'язку із змінами в організації виробництва і праці переважне право на залишення на роботі надається працівникам із більш високою кваліфікацією і продуктивністю праці. За однакових умов продуктивності праці і кваліфікації перевага в залишенні на роботі надається: за наявності двох і більше утриманців; особам, у сім'ї яких немає інших працівників із самостійним заробітком; працівникам із тривалим безперервним стажем роботи на такому підприємстві, в установі, організації; працівникам, які навчаються у вищих

і середніх спеціальних навчальних закладах без відриву від виробництва; учасникам бойових дій, особам з інвалідністю внаслідок війни та особам, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»; працівникам, яким залишилося менше ніж три роки до настання пенсійного віку, за досягнення якого особа має право на одержання пенсійних виплат. Цей перелік не є вичерпним і перевага в залишенні на роботі може надаватися також іншим категоріям працівників, якщо це передбачено законодавством України. При визначенні переважного права на залишення на роботі також необхідно враховувати пільгові категорії громадян згідно із ст. 184 КЗпП, звільнення яких з ініціативи роботодавця заборонене, а саме звільнення вагітних жінок і жінок, які мають дітей віком до трьох років, одиноких матерів за наявності дитини віком до чотирнадцяти років або дитини-інваліда з ініціативи власника або уповноваженого ним органу не допускається, крім випадків повної ліквідації підприємства, установи, організації, коли допускається звільнення з обов'язковим працевлаштуванням.

Попередження працівників про можливе скорочення чисельності або штату працівників та пропонування іншої роботи, відповідно до вимог ст. 49-2 КЗпП. Про звільнення у зв'язку з скороченням чисельності або штату на підприємстві, в установі, організації працівники **попереджаються не пізніше ніж за 2 місяці**, одночасно з попередженням про звільнення роботодавець пропонує працівникам іншу роботу на тому самому підприємстві, якщо вона є. Про іншу роботу за її наявності роботодавець повинен проінформувати працівника не лише при попередженні про подальше

звільнення, а й упродовж усього терміну попередження, якщо на підприємстві з'являються нові вакансії. За відсутності роботи за відповідною професією чи спеціальністю, а також у разі відмови працівника від переведення на іншу роботу на тому самому підприємстві, в установі, організації працівник, за своїм розсудом, звертається за допомогою до державної служби зайнятості або працевлаштовується самостійно.

Повідомлення до Державної служби зайнятості України подається, якщо заплановане вивільнення працівників є масовим, зазначено в ч. 3 ст. 49-2 КЗпП, ст. 48 Закону України «Про зайнятість населення». Інформація подається підприємствами, установами, організаціями не пізніше ніж за два місяці до вивільнення працівників до територіального органу Державної служби зайнятості України за місцем реєстрації як платника єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

Звернення до первинної профспілкової організації (профспілкового представника) щодо скорочення чисельності або штату працівників, згідно з вимогами ст. 43 КЗпП. Розірвання трудового договору може бути проведене лише за попередньою згодою виборного органу (профспілкового представника), первинної профспілкової організації, членом якої є працівник (крім випадку ліквідації підприємства, установи, організації).

Звільнення працівника, видача йому трудової книжки та проведення розрахунку. Звільнення працівників повинно відбуватися не раніше закінчення двомісячного попереджувального терміну, за наявності згоди працівника. У день звільнення працівнику видається належно оформлена трудова книжка та копія наказу про

звільнення (ст. 47 КЗпП). Відповідно до ст. 44 КЗпП у разі припинення трудового договору згідно п. 1 ч. 1 ст. 40 КЗпП, працівникові виплачують вихідну допомогу розміром не менше середнього місячного заробітку. В разі звільнення працівника виплата всіх сум, що належать йому від підприємства, установи, організації, (зокрема, грошової компенсації за всі невикористані ним дні щорічної відпустки згідно із ст. 38 КЗпП України та вихідної допомоги згідно із ст. 44 КЗпП), провадиться в день звільнення згідно із ст. 116 КЗпП.

2) Виявленої невідповідності працівника займаній посаді або виконуваній роботі внаслідок недостатньої кваліфікації або стану здоров'я, які перешкоджають продовженню даної роботи, а так само в разі відмови в наданні допуску до державної таємниці або скасування допуску до державної таємниці, якщо виконання покладених на нього обов'язків вимагає доступу до державної таємниці.

Згідно з п. 21 Постанови Пленуму Верховного Суду України від 6 листопада 1992 р. № 9 «Про практику розгляду судами трудових спорів» на цій підставі можуть бути звільнені працівники лише в тому разі, якщо будуть установлені фактичні дані, які підтверджують, що внаслідок недостатньої кваліфікації або втрати здоров'я (стійкого зниження працездатності) працівник не може належним чином виконувати покладені на нього трудові обов'язки або виконання їх протипоказано за станом здоров'я або несприятливо для членів трудового колективу чи громадян, яких він обслуговує, і неможливо перевести, за його згодою, на іншу роботу. **Невідповідність працівника займаній посаді або виконуваній роботі повинна бути доведена власником або уповноваженим**

ним органом працівникові. Невідповідність працівника за станом здоров'я повинна бути підтверджена медичним висновком. Особливо це важливо для працівників, які проходять обов'язковий медичний огляд (водії, працівники закладів громадського харчування, лікувально-профілактичних і дитячих установ, працівники із шкідливими й важкими умовами праці та ін.). Такий медичний висновок згідно зі ст. 69 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. дають медико-соціальні експертні комісії, які встановлюють ступінь та причину інвалідності, визначають для інвалідів роботи і професії, доступні їм за станом здоров'я, перевіряють правильність використання праці інвалідів згідно з висновком експертної комісії та сприяють відновленню працездатності інвалідів.

Фактами підтвердження невідповідності можуть бути:

– щодо робітників: систематичне невиконання норм виробітку, порушення технологічної дисципліни та ін.;

– щодо керівних працівників, спеціалістів і службовців: невчасне і неякісне виконання службових обов'язків, прийняття помилкових рішень, брак достатніх знань, наявність рішення атестаційної комісії тощо.

Одним із способів виявлення невідповідності працівника займаній посаді чи виконуваній роботі є проведення атестації.

Звільнення медпрацівника на підставі невідповідності займаній посаді або виконуваній роботі внаслідок недостатньої кваліфікації неможливе без проведення атестації. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного

професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України, яким затверджено порядок проведення атестації лікарів. Основними завданнями атестації лікарів є оцінювання виконання лікарями вимог щодо здобуття післядипломної освіти в інтернатурі та лікарській резидентурі, підвищення їх кваліфікації та проходження безперервного професійного розвитку відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302.

Види атестації лікарів: 1) атестація на визначення знань і практичних навичок із присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст»; 2) атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії; 3) атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестацію на визначення знань та практичних навичок із присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» проводять у комісіях, які створюють при закладах вищої та освіти, що здійснюють підготовку фахівців у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» – заклади вищої медичної освіти та закладах післядипломної освіти. Атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст» із конкретної лікарської спеціальності підлягають особи, які закінчують навчання в інтернатурі, а також особи, які в порядку, передбаченому Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 1992 року № 195 «Про затвердження Переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю», допущені до лікарської діяльності та пройшли курси спеціалізації або стажування. Атестація з

присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» певної лікарської спеціальності повинен передувати зайняттю особою лікарської посади в закладах охорони здоров'я, що відповідає певній спеціальності, або здійсненню медичної практики за певною спеціальністю. Особі, якій за результатами атестації присвоєно (підтверджено) звання «лікар-спеціаліст» із конкретної лікарської спеціальності, закладом вищої медичної освіти видає **сертифікат лікаря-спеціаліста**. Особа, якій за результатами атестації відмовлено у присвоєнні (підтвердженні) звання «лікар-спеціаліст» із конкретної лікарської спеціальності, може бути прийнята на роботу на посаду, яку може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 1992 року № 195 «Про затвердження Переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю».

Атестацію на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій проводять комісії, які створюють при Міністерстві охорони здоров'я України (Центральна атестаційна комісія), Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділах із питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії. До атестації на присвоєння кваліфікаційних категорій допускаються лікарі-спеціалісти за лікарськими спеціальностями, передбаченими Переліком лікарських посад, які працюють за сертифікатом лікаря-спеціаліста

або посвідченням про кваліфікаційну категорію та мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку, що нараховуються відповідно до розділу V Порядку № 302.

Лікарі, які бажають пройти атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії, подають необхідні документи до атестаційної комісії за два місяці до початку її роботи або за два місяці до закінчення терміну дії посвідчення. До атестаційної комісії подають: 1) письмову заяву; 2) атестаційний листок за формою; 3) копії документів: диплома, трудової книжки, сертифіката лікаря спеціаліста або посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії (за наявності). 4) особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку, за формою та копіями документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку. На засідання атестаційної комісії лікар пред'являє оригінали документів, що підтверджують нарахування балів безперервного професійного розвитку, особисто.

Атестаційна комісія виносить своє рішення про присвоєння лікарю спеціалісту кваліфікаційної категорії на підставі поданих документів. Присвоєння кваліфікаційних категорій рекомендовано здійснювати в такій послідовності: друга, перша, вища. Якщо лікар має відповідний стаж роботи і демонструє в особистому освітньому портфоліо різноманітні види діяльності та значно (втричі й більше разів) перевищує мінімальні вимоги до кількості балів безперервного професійного розвитку за рік, атестаційна комісія може прийняти рішення про присвоєння більш високої категорії.

Підставою відмови у присвоєнні кваліфікаційної категорії є недостатня кількість балів безперервного професійного розвитку, що нараховуються відповідно до зазначеного Порядку. У цьому випадку комісія має право перенести розгляд пакету атестаційних документів лікаря на наступне засідання, а лікар – добрати необхідну кількість балів (за умови, що з моменту закінчення терміну дії його посвідчення про кваліфікаційну категорію минуло не більше року). Протокол із рішенням комісії про присвоєння кваліфікаційної категорії затверджується наказом органу охорони здоров'я, за якого створена комісія, в двотижневий термін із дня атестації.

Атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії. Атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії підлягають (за бажанням) особи, яким присвоєно кваліфікаційні категорії, терміном до п'яти років із дня попередньої атестації. Лікарі, які бажають пройти атестацію на підтвердження кваліфікаційної категорії, подають необхідні документи до атестаційної комісії не пізніше ніж за два місяці до початку її роботи.

До атестаційної комісії подають: 1) письмову заяву; 2) атестаційний листок за формою; 3) копії документів: диплома, трудової книжки, сертифіката лікаря-спеціаліста або посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії (за наявності); 4) особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку, за формою та копіями документів, що підтверджують обліковані бали безперервного професійного розвитку. На засідання атестаційної комісії лікар пред'являє оригінали документів, що підтверджують нарахування балів безперервного професійного розвитку. Атестаційна комісія

виносить своє рішення про підтвердження кваліфікаційної категорії на підставі поданих документів.

За результатами розгляду поданих документів атестаційна комісія приймає рішення щодо підтвердження кваліфікаційної категорії з конкретної лікарської спеціальності або відмови у підтвердженні кваліфікаційної категорії в разі відсутності необхідності кількості балів безперервного професійного розвитку. Комісія має право перенести розгляд пакета атестаційних документів лікаря на наступне засідання, а лікар – добрати необхідну кількість балів (за умови, що з моменту закінчення терміну дії його посвідчення про кваліфікаційну категорію минуло не більше ніж 1 рік). При підтвердженні лікарем кваліфікаційної категорії в посвідченні проставляють відповідну відмітку або видають нове посвідчення, якщо в попередньому не залишилося місця для відміток, у місячний строк із дня атестації.

3) Систематичного невиконання працівником без поважних причин обов'язків, покладених на нього трудовим договором або правилами внутрішнього трудового розпорядку, якщо до працівника раніше застосовувалися заходи дисциплінарного чи громадського стягнення.

Легальне тлумачення систематичності було спочатку дане роз'ясненням Держкомпраці СРСР і Секретаріату ВЦРПС «Про деякі питання, пов'язані із застосуванням законодавства про трудову дисципліну» (п. 3.2). Такими, що систематично порушують трудову дисципліну, були визнані працівники, які мають дисциплінарне або громадське стягнення за порушення трудової дисципліни та порушили її знову впродовж року з дня застосування стягнення за перше порушення. Дисциплінарні та громадські стягнення погашаються, якщо впродовж року

після їх застосування працівник не порушив дисципліну знову (ст. 151 КЗпП). Якщо дисциплінарне чи громадське стягнення не погашене часом або не зняте до закінчення встановленого річного строку, порушення трудової дисципліни працівником дає підставу для його звільнення за п. 3 ст. 40 КЗпП. Пленум Верховного Суду України в п. 23 Постанови «Про практику розгляду судами трудових спорів» дав таке саме тлумачення систематичності.

Якщо він систематично не виконує свої трудові обов'язки, але до нього дисциплінарні або громадські стягнення не застосовувалися, то він не може бути звільнений за п. 3 ст. 40 КЗпП України.

Отже, аналізуючи норми чинного законодавства, можна дійти висновку, що для розірвання трудового договору за підставою, що міститься в п. 3 ст. 40 КЗпП України, **необхідними є такі умови:**

1. Належним чином зафіксований факт протиправного винного невиконання або неналежного виконання працівником трудових обов'язків.

2. Порушення повинне стосуватися лише тих обов'язків, які є складовими трудової функції працівника чи впливають із правил внутрішнього трудового розпорядку (звільнення за порушення громадських обов'язків, наприклад, нез'явлення на збори чи небажання вступити до профспілкової організації – не допускається).

3. Невиконання чи неналежне виконання працівником трудових обов'язків має бути винним, скоєним без поважних причин умисно або з необережності.

4. Невиконання трудових обов'язків мало систематичний характер (тобто до працівника впродовж року вже було застосовано дисциплінарне або громадське стягнення).

5. До працівника раніше впродовж року вже застосовувалися заходи дисциплінарного або громадського

стягнення. Враховуються лише дисциплінарні й громадські стягнення, які накладаються трудовими колективами і громадськими організаціями відповідно до їх статутів (заходи громадського впливу, наприклад обговорення порушення, у таких випадках не мають юридичного значення) і є чинними на момент звільнення працівника.

6. З моменту виявлення порушення до дисциплінарного звільнення може минути не більше ніж 1 місяць. Дисциплінарне стягнення не може бути накладене пізніше ніж шість місяців із дня вчинення проступку (ст. 148 КЗпП).

7. Одержати згоду профспілки на звільнення на підставі п. 3 ч. 1 ст. 40 КЗпП, якщо працівник є членом профспілки.

Однією з вимог чинного законодавства є належним чином зафіксований факт протиправного винного невиконання або неналежного виконання працівником трудових обов'язків, покладених на нього трудовим договором або правилами внутрішнього трудового розпорядку. В цьому разі доцільно відібрати пояснення від порушника щодо кожного факту такого невиконання або неналежного виконання трудових обов'язків.

Для застосування цієї підстави для розірвання трудового договору важливим є невиконання працівником обов'язків, передбачених трудовим договором або правилами внутрішнього трудового розпорядку. А отже, не може вважатися порушенням трудової дисципліни невиконання ним обов'язків, які виходять за межі трудових або не впливають із трудового договору. Роботодавець не має права вимагати від працівника виконання роботи, не обумовленої трудовим договором (ст. 31 КЗпП), тому відмова працівника від виконання роботи, що не входить до кола його обов'язків, не є порушенням трудової дисципліни, і відповідно такі дії не

дають підстав для його звільнення на підставі п. 3 ст. 40 КЗпП.

Ще однією умовою звільнення за п. 3 ст. 40 КЗпП є наявність вини працівника (у формі умислу чи необережності). Принцип вини прямо закріплений у п. 24 Типових правил внутрішнього трудового розпорядку для робітників і службовців підприємств, установ, організацій, затверджених Постановою Державного комітету СРСР з праці і соціальних питань від 20 липня 1984 р. № 213, який кваліфікує поведінку працівника як порушення трудової дисципліни за наявності вини працівника та поширюється на звільнення як один із видів дисциплінарного стягнення (стаття 147 КЗпП), і опосередковано – у п. 3 ст. 40 КЗпП (адже звільнення допускається за систематичне невиконання трудових обов'язків за відсутності поважних причин).

Якщо ж наявні поважні причини невиконання працівником його трудових функцій, то відповідно вина його відсутня, а отже, звільнення за п. 3 ст. 40 КЗпП вже проводити не можна. Такими причинами можна вважати невиконання (чи неналежне виконання) працівником його трудових обов'язків унаслідок недостатньої кваліфікації, нездужання (навіть якщо воно не підтверджено відповідним документом медичної установи), у стані крайньої необхідності, за наявності обставин непереборної сили чи внаслідок інших причин, незалежних від волі працівника.

4) Прогулу (зокрема відсутності на роботі більше трьох годин впродовж робочого дня) без поважних причин.

Під прогулом розуміється відсутність працівника на роботі більше трьох годин протягом робочого дня без поважних причин (п. 4 ч. 1 ст. 40 КЗпП; п. 24 Постанова Пленуму ВСУ від 06.11.92 р. № 9).

Законодавством не визначений вичерпний перелік поважних причин відсутності на роботі. Тому роботодавець самостійно у кожному конкретному випадку вирішує, чи вважати причину, названу працівником, поважною. Зазвичай, поважними необхідно визнати такі причини, які виключають провину працівника.

Відсутністю на роботі є знаходження працівника поза територією підприємства, де він відповідно до трудових обов'язків повинен виконувати доручену йому роботу. Якщо ж працівник залишив своє робоче місце, але не залишав територію підприємства – це не може вважатися прогулом.

Для уникнення непорозумінь щодо чіткого визначення режиму робочого часу та часу відпочинку на підприємстві та обізнаності працівника роботодавець повинен визначити та документально закріпити такі положення. Зазвичай, режим робочого часу визначається правилами внутрішнього трудового розпорядку підприємства або колективним договором чи іншими внутрішніми нормативними актами, які мають бути доведені до відома працівника під розписку під час його працевлаштування на роботу.

Насамперед роботодавець повинен вжити заходів для з'ясування причин відсутності працівника на роботі. Зазвичай, процедура розпочинається після доповідної записки безпосереднього керівника відсутнього працівника щодо факту відсутності. Роботодавець на свій розсуд може вчинити низку дій для з'ясування причин відсутності працівника, а саме: зателефонувати працівникові та членам його родини, відвідати за місцем державної реєстрації чи фактичного проживання, надіслати лист із повідомленням про вручення із пропозицією надати пояснення щодо відсутності тощо.

Відсутність працівника може бути зафіксована автоматизованою пропускною системою або відповідною позначкою в таблиці, якщо облік використання робочого часу ведеться за допомогою таблиця та (або) відсутності позначень у журналі, в яких працівники ставлять свій підпис під час проходження на роботу тощо. Необхідно задокументувати факт відсутності працівника на роботі за допомогою акта про відсутність на робочому місці, підписаний комісією, що складається не менше, ніж із трьох осіб.

До ухвалення рішення про накладення такого дисциплінарного стягнення, як звільнення, роботодавець повинен витребувати від працівника письмових пояснень після появи працівника на роботі. У разі відмови працівника від надання письмових пояснень щодо причин прогулу, слід скласти відповідний акт. Пропозиції щодо надання письмових пояснень причин відсутності на роботі можна зробити і під час відвідування працівника за місцем проживання. Одержати згоду профспілки на звільнення, якщо працівник є членом профспілки.

5) Нез'явлення на роботу впродовж більше ніж чотири місяці підряд унаслідок тимчасової непрацездатності, не враховуючи відпустки у зв'язку з вагітністю і родами, якщо законодавством не встановлений триваліший термін збереження місця роботи (посади) за певного захворювання. За працівниками, які втратили працездатність у зв'язку з трудовим каліцтвом або професійним захворюванням, місце роботи (посада) зберігається до відновлення працездатності або встановлення інвалідності.

За п. 5 ч. 1 ст. 40 КЗпП не можуть бути звільнені працівники, які втратили працездатність у зв'язку з трудовим каліцтвом або професійним захворюванням. За

ними місце роботи (посада) зберігається до відновлення працездатності або встановлення інвалідності. Перелік професійних захворювань затверджено Постановою КМУ від 08.11.2000 р. № 1662.

Крім того, після закінчення чотирьох місяців хвороби не можуть бути звільнені працівники, тимчасова непрацездатність яких викликана захворюваннями, за яких законодавством встановлено триваліший термін збереження робочого місця. Так, наприклад, за працівником, хворим на туберкульоз, місце роботи зберігається на весь період лікування, який може тривати до 10 місяців із дня початку основного курсу лікування (див. ст. 21 Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 05.07.2001 р. № 2586-III). І лише після закінчення зазначеного строку безперервного невиходу на роботу такого працівника може бути звільнено на підставі п. 5 ч. 1 ст. 40 КЗпП.

У разі звільнення працівника на підставі п. 5 ч. 1 ст. 40 КЗпП роботодавець повинен:

1) визначити період тимчасової непрацездатності працівника: загалом непрацездатність працівника, якого звільняють, повинна тривати більше ніж чотири місяці підряд. Вихід працівника на роботу хоча б на один день перериває перебіг 4-місячного строку. І якщо він після виходу знову тимчасово втрачає працездатність, обчислення чотиримісячного строку слід починати заново. Крім того, передбачений п. 5 ч. 1 ст. 40 КЗпП термін повинен закінчитися повністю. Його закінченням необхідно вважати відповідний день четвертого місяця з моменту, коли працівник не з'явився на роботі у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю. До чотиримісячного періоду непрацездатності не можна включати відпустку у

зв'язку з вагітністю та пологами. Також потрібно з'ясувати, чи не належить захворювання працівника до тих, маючи яке, працівник зберігає своє робоче місце на триваліший термін;

2) зібрати докази того, що звільнення працівника – це виробнича необхідність. Зверніть увагу, що під виробничою необхідністю розуміють таку ситуацію, за якої заміщення непрацездатного працівника є необхідним (неможливо ані перерозподілити обов'язку хворого між іншими працівниками, ані прийняти іншого працівника на період його хвороби). Інакше звільнення працівника може бути визнано судом неправомірним;

3) одержати згоду профспілки на звільнення на підставі п. 5 ч. 1 ст. 40 КЗпП, якщо працівник є членом профспілки;

4) з'ясувати, чи не приступив працівник до роботи в день звільнення. Справа в тому, що звільнення працівника можливе тільки в період його тимчасової непрацездатності. Якщо працівник приступив до роботи, його звільнення на цій підставі неможливе;

5) видати наказ про звільнення;

6) у день звільнення провести з працівником остаточний розрахунок і видати копію наказу про звільнення та належним чином оформлену трудову книжку. При звільненні на підставі п. 5 ч. 1 ст. 40 КЗпП у трудовій книжці робиться такий запис: «Звільнений у зв'язку з нез'явленням на роботу впродовж більше ніж чотири місяці підряд унаслідок тимчасової непрацездатності, п. 5 ч. 1 ст. 40 КЗпП».

б) Поновлення на роботі працівника, який раніше виконував цю роботу.

Перша умова – звільненого раніше працівника поновлюють на роботі **за рішенням суду або вищого за рівнем органу**. Друга – неможливо перевести новоприйнятого працівника за його згодою на іншу роботу. Рішення про поновлення на роботі незаконно звільненого або переведеного на іншу роботу працівника, прийняте органом, який розглядає трудовий спір, підлягає **негайному** виконанню (ст. 235 КЗпП). Виконаним воно вважається із дня видання роботодавцем відповідного наказу. Неправомірно звільненого працівника повинно бути поновлено на тій посаді, яку він обіймав до звільнення. Якщо на посаді поновлюваного працівника працює особа, яка не може бути звільнена з ініціативи роботодавця, вона підлягає обов'язковому працевлаштуванню.

Одержувати згоду профспілкового органу при розірванні трудового договору на підставі п. 6 ч. 1 ст. 40 КЗпП роботодавцю не потрібно.

Працівникові, який звільняється за п. 6 ч. 1 ст. 40 КЗпП, виплачується вихідна допомога розміром, передбаченим ст. 44 КЗпП України.

7) З'явлення на роботі в нетверезому стані, у стані наркотичного або токсичного сп'яніння.

У п. 25 постанови Пленуму ВСУ «Про практику розгляду судами трудових спорів» від 6 листопада 1992 року № 9 зазначено, що за з'явлення на роботі у нетверезому стані, у стані наркотичного або токсичного сп'яніння працівники можуть бути звільнені з роботи в будь-який час робочого дня, незалежно від того, чи були вони відсторонені від роботи, чи продовжували виконувати трудові обов'язки. Нетверезий стан працівника (сп'яніння) може бути підтверджений як медичним висновком, так і іншими видами доказів (ст. 27 ЦПК), яким

суд повинен дати відповідну оцінку. У разі виявлення факту перебування працівника на роботі у нетверезому або іншому подібному стані або в разі виникнення у роботодавця підозри щодо такого стану, відповідний факт слід належними чином зафіксувати. Зокрема, за таких обставин необхідно скласти відповідний акт, який повинні підписати свідки. До того ж в акті потрібно зазначити лише ті факти (обставини, події, ознаки сп'яніння тощо), які свідки особисто спостерігали. Зазначений акт можна скласти як одразу після появи працівника у нетверезому стані, так і згодом у наступні дні. Водночас потрібно мати на увазі, що якщо справа про звільнення дійде до суду, то судді, зазвичай, не обмежуються лише розглядом зазначених актів, а також заслуховують свідків у судових засіданнях.

Також щодо «наркотичного сп'яніння», то необхідно звернути увагу, що відповідно до ст. 12 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15 лютого 1995 р. № 62/95-ВР встановлення:

- факту незаконного вживання наркотичних засобів або психотропних речовин здійснюється на підставі показань свідків, наявності ознак наркотичного сп'яніння, результатів медичного огляду, а також тестів на вміст наркотичного засобу або психотропної речовини в організмі особи;

- наявності стану наркотичного сп'яніння внаслідок незаконного вживання наркотичних засобів або психотропних речовин є компетенцією лише лікаря, на якого покладено обов'язки щодо проведення медичного

огляду (обстеження), а діагноз «наркоманія» встановлюється лікарсько-консультаційною комісією.

З урахуванням усіх зазначених нюансів та достатністю підстав роботодавець може прийняти рішення про звільнення працівника за п. 7 ст. 40 КЗпП України. До того ж він також зобов'язаний додержуватися гарантій, установлених законодавством для окремих категорій працівників або в окремих випадках, зокрема, згідно з:

– ч. 1 та ч. 8 ст. 43 КЗпП України необхідно отримати попередню згоду виборного органу первинної профспілкової організації чи профспілкового представника, членом якої є працівник (якщо працівник, який з'явився на роботі в нетверезому або іншому подібному стані, не є прокурором, поліцейським і працівником Національної поліції, Служби безпеки України, Державного бюро розслідувань України, Національного антикорупційного бюро України чи органу, що здійснює контроль за додержанням податкового законодавства), і звільнити відповідного працівника не пізніше ніж через 1 місяць із дня одержання згоди профспілки;

– оскільки поява працівника на роботі у нетверезому або іншому подібному стані є фактично порушенням трудової дисципліни, то під час відповідного розслідування згідно зі ст. 149 КЗпП України до **застосування дисциплінарного стягнення, роботодавець повинен зажадати від порушника трудової дисципліни письмові пояснення.** У такому поясненні працівник може пояснити свій певний стан необхідністю вживання певних ліків, хворобою тощо. Водночас необхідно звернути увагу на те, що в цьому разі

не йдеться про обов'язок порушника написати пояснювальну записку, а лише про право роботодавця зажадати її. Але в разі відмови порушника написати пояснювальну записку зазвичай, складають акт про таку відмову, який і дає роботодавцеві практичну можливість діяти далі у вирішенні питання щодо застосування дисциплінарного стягнення;

– ч. 3 ст. 40 КЗпП України не можна звільняти працівника в період його тимчасової непрацездатності, а також у період перебування працівника у відпустці;

– ч. 3 ст. 184 КЗпП України не допускається звільнення вагітних жінок і жінок, які мають дітей віком до трьох років (до шести років – ч. 6 ст. 179), одиноких матерів за наявності дитини віком до чотирнадцяти років або дитини з інвалідністю.

8) Учинення за місцем роботи розкрадання (зокрема дрібного) майна власника, встановленого вироком суду, що набрав законної сили, чи постановою органу, до компетенції якого входить накладення адміністративного стягнення або застосування заходів громадського впливу.

У разі виявлення факту розкрадання на підприємстві, установі організації власник або уповноважений ним орган звертається до відповідного відділу Поліції для проведення перевірки. Слідчим вноситься інформація до єдиного реєстру досудових розслідувань, заводиться кримінальне провадження та проводиться по ньому досудове розслідування. Під час розслідування встановлюються усі обставини крадіжки: об'єкт, суб'єкт, обставини крадіжки, розмір викраденого.

Досудове розслідування закінчується:

- обвинувальним актом – якщо є достатні підстави для притягнення особи до кримінальної відповідальності;
- постановою про закриття кримінального провадження та направленням матеріалів на розгляд у порядку адміністративного провадження.

І обвинувальний акт і адміністративні матеріали розглядаються єдиним органом, який має право розглядати матеріали про наявність вини особи, – судом. Лише після доведення вини особи в суді та наявності вироку щодо кримінального провадження або постанови у справі про адміністративне правопорушення власник або уповноважений ним орган має право звільнити працівника з роботи за п. 8 ст. 40 Кодексу законів про працю України.

Таким чином, для звільнення потрібні такі умови:

- крадіжка повинна бути здійснена за місцем роботи винної особи (на цьому самому підприємстві, установі, організації);
- вина особи повинна бути доведена у встановленому законом порядку;
- про винність особи повинно бути рішення суду, яке вступило в законну силу;
- в разі, якщо працівник здійснив крадіжку на іншому підприємстві і не під час виконання своїх обов'язків, його не можна звільнити на підставі п. 8 ст. 40 КЗпП України.

9) Призову або мобілізації власника – фізичної особи під час особливого періоду.

Частиною третьою ст. 39 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» від 25.03.1992 року № 2232-ХІІ визначено, що за громадянами України, які призвані на строкову військову службу, військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий

період, або прийняті на військову службу за контрактом, у разі виникнення кризової ситуації, що загрожує національній безпеці, оголошення рішення про проведення мобілізації та (або) введення воєнного стану терміном до закінчення особливого періоду або до оголошення рішення про демобілізацію, не припиняється державна реєстрація підприємницької діяльності фізичних осіб – підприємців. У разі непровадження ними підприємницької діяльності в період проведення мобілізації нарахування податків і зборів такими фізичними особами – підприємцями не здійснюється. Якщо в підприємця є наймані працівники, слід враховувати одну особливість. Згідно з п. 10 ст. 40 КЗпП призов або мобілізація підприємця під час особливого періоду є підставою для розірвання підприємцем трудових договорів із найманими працівниками (з ініціативи роботодавця). За загальним правилом у день розірвання трудового договору роботодавець зобов'язаний здійснити зі співробітником повний розрахунок та видати йому оформлену трудову книжку. Якщо роботодавець звільняє працівника зі своєї ініціативи, працівникові також видається наказ про його звільнення (ч. 1, 2 ст. 47 КЗпП). Однак у разі мобілізації підприємця звільняють від вищезазначених обов'язків. Здійснити розрахунок із працівником та оформити трудову книжку він повинен не в день звільнення, а протягом місяця після своєї демобілізації без застосування санкцій і штрафів (ч. 3 ст. 47 КЗпП). Також, якщо самозайнята особа, призвана на військову службу за призовом під час мобілізації, на особливий період, має найманих працівників і на термін своєї військової служби за призовом під час мобілізації, на особливий період може уповноважити іншу особу на виплату найманим

працівникам заробітної плати та/або інших доходів, то обов'язок із нарахування та утримання податку на доходи фізичних осіб із таких виплат на термін військової служби самозайнятої особи несе ця уповноважена особа.

10) Встановлення невідповідності працівника займаній посаді, на яку його прийнято, або виконуваній роботі впродовж терміну випробування.

Статтею 26 Кодексу Законів про працю України визначено, що при укладенні трудового договору угодою сторін може бути обумовлене випробування з метою перевірки відповідності працівника роботі, яка йому доручається. Таким чином, випробувальний термін (строк) – це період часу, впродовж якого роботодавець перевіряє працівника на придатність до виконання певної роботи. Відповідно до ч. 2 ст. 26 КЗпП у період випробування на працівника поширюються всі вимоги і гарантії законодавства про працю, зокрема й щодо оплати праці. Встановлення під час прийняття на роботу випробувального терміну для перевірки відповідності працівника роботі, яка йому доручається, за вимогами законодавства про працю, не є підставою для не нарахування та невиплати заробітної плати за виконану ним роботу. Уклавши трудовий договір з найманим працівником, роботодавець зобов'язаний виплачувати йому заробітну плату і забезпечувати умови праці, необхідні для виконання роботи, передбачені законодавством про працю, колективним договором і угодою сторін. А працівник зі свого боку зобов'язаний виконувати роботу, визначену цією угодою, та всі правила внутрішнього трудового розпорядку (ст. 21 КЗпП).

Законом України «Про внесення змін до Кодексу законів про працю України щодо випробування при

прийнятті на роботу» від 17.05.2016 р. № 1367-VIII передбачено, що при прийнятті на роботу випробування не встановлюється для:

- осіб, обраних на посаду;
- переможців конкурсного відбору на заміщення вакантної посади;
- осіб, які пройшли стажування при прийнятті на роботу з відривом від основної роботи;
- вагітних жінок;
- одиноких матерів, які мають дитину віком до чотирнадцяти років або дитину-інваліда;
- осіб, з якими укладається строковий трудовий договір терміном до 12 місяців;
- осіб на тимчасові та сезонні роботи;
- внутрішньо переміщених осіб.

Не можна встановлювати випробувальний термін при прийнятті на роботу в іншу місцевість, при переведенні на інше підприємство, в установу, організацію, а також в інших випадках, передбачених у законодавстві.

Працівник і роботодавець обов'язково мають не лише обговорити термін випробування і його умови, а й прописати їх у наказі про прийняття працівника. Останній своїм підписом підтверджує факт ознайомлення з цим документом.

У разі, якщо результати незадовільні, наприкінці випробувального терміну безпосередній керівник працівника повинен направити керівникові підприємства відповідну заяву, додавши до неї підтверджувальні документи. Щоб уникнути суб'єктивізму з боку керівника, остаточне рішення про невідповідність працівника дорученій роботі краще ухвалювати колегіально,

спеціальною комісією. Після чого видається наказ про звільнення працівника.

Таким чином, при встановленні роботодавцем невідповідності працівника займаній посаді або виконуваній роботі, він має право впродовж терміну випробування звільнити такого працівника, письмово попередивши його про це за три дні. Зазначене передбачене ч. 1 ст. 40 КЗпП, яку доповнено новою підставою для звільнення, а саме установа невідповідності працівника займаній посаді, на яку його прийнято, або виконуваній роботі впродовж терміну випробування.

Крім підстав, передбачених ст. 40 КЗпП України, трудовий договір з ініціативи власника або уповноваженого ним органу може бути розірваний також у випадках, передбачених ст. 41 КЗпП:

1) одноразового грубого порушення трудових обов'язків керівником підприємства, установи, організації всіх форм власності (філіалу, представництва, відділення та іншого відокремленого підрозділу), його заступниками, головним бухгалтером підприємства, установи, організації, його заступниками, а також службовими особами податкових та митних органів, яким присвоєно спеціальні звання, і службовими особами центральних органів виконавчої влади, що реалізують державну політику у сферах державного фінансового контролю та контролю за цінами;

1-1) винних дій керівника підприємства, установи, організації, внаслідок чого заробітну плату виплачували несвоєчасно або розмірами, нижчими від установленого законом розміру мінімальної заробітної плати;

2) винних дій працівника, який безпосередньо обслуговує грошові, товарні або культурні цінності, якщо ці дії дають підстави для втрати довіри до нього з боку власника або уповноваженого ним органу;

3) вчинення працівником, який виконує виховні функції, аморального проступку, не сумісного з продовженням даної роботи;

4) перебування всупереч вимогам Закону України «Про запобігання корупції» в прямому підпорядкуванні у близької особи;

4-1) наявності в працівника реального чи потенційного конфлікту інтересів, який має постійний характер і не може бути врегульований іншим способом, ніж передбаченим Законом України «Про запобігання корупції».

5) припинення повноважень посадових осіб.

Одноразове грубе порушення головним лікарем, його заступниками своїх трудових обов'язків (п. 1 ст. 41 КЗпП України).

Ця підстава для розірвання трудового договору завжди викликає труднощі, оскільки роботодавцеві необхідно запитися доказами, які підтверджують грубе порушення керівником медичного закладу своїх трудових обов'язків. Питання про те, чи є допущене порушення грубим, вирішується судом з урахуванням конкретних обставин кожної справи. Як грубого порушення керівником організації (філії, представництва), його заступниками трудових обов'язків необхідно, зокрема, розцінювати невиконання покладених на цих осіб трудовими договорами обов'язків, яке могло спричинити заподіяння шкоди здоров'ю працівників або завдання майнової шкоди організації.

Перелік працівників, наведений у п. 1 ст. 41 КЗпП, є вичерпним і розширеному тлумаченню не підлягає. На це звертає увагу Пленум Верховного Суду України у Постанові «Про практику розгляду судами трудових спорів» від 06.11.92 р. № 9.

1. Керівники, їх заступники. Керівником є особа, яка виконує функції і має повноваження керівника (директор, генеральний директор, ректор, голова представництва, голова правління та ін.). Якщо йдеться про колегіальний виконавчий орган, керівником є голова правління/дирекції, генеральний директор. Якщо на підприємстві одноособовий виконавчий орган, функції керівника виконує, як правило, директор. Заступниками керівників вважаються не лише особи, у назві посад яких є слово «заступник», а й інші працівники, яким відповідним наказом/протоколом надано статус заступників керівників (зокрема, тимчасово та/або за сумісництвом).

2. Головні бухгалтери, їх заступники. До цієї категорії належать також бухгалтери у тому разі, якщо для забезпечення ведення бухгалтерського обліку в штаті підприємства передбачена лише одна посада бухгалтера без створення бухгалтерської служби на чолі з головним бухгалтером.

Визначення кола порушень трудових обов'язків, що дають підставу для розірвання трудового договору за п. 1 ст. 41 КЗпП, являє істотну складність, оскільки закон не визначає поняття «одноразове грубе порушення трудових обов'язків». Таким чином, поняття «одноразове грубе порушення трудових обов'язків» – це поняття оціночне. Очевидно, під п. 1 ст. 41 КЗпП підпадають такі порушення, в яких ознакою грубості вважаються усі факти, що характеризують їх склад (і характер дії або бездіяльності

працівника, і істотність наслідків порушення трудових обов'язків, і особливості причинного зв'язку між порушенням та його наслідками, і форма вини). Водночас тягар наслідків може дати підстави для кваліфікації дій працівника як грубого порушення трудових обов'язків навіть за наявності необережної вини. Порушення трудових обов'язків з прямим умислом може бути визнане таким, що підпадає під п. 1 ст. 41 КЗпП навіть за відсутності шкідливих наслідків.

Вирішуючи питання про те, чи є те або інше порушення трудових обов'язків грубим, слід взяти до уваги абз. 2 п. 27 Постанови № 9. Зазначеним положенням Постанови передбачено, що суд, вирішуючи питання про те, чи є порушення трудових обов'язків грубим, повинен виходити з характеру проступку, обставин, за яких його вчинено, яку завдано ним (могло бути завдано) шкоду. Верховний Суд України не вважає за необхідне давати роз'яснення щодо цього, залишаючи право оцінювання порушення як грубого на розсуд судів, що розглядають трудові спори. Верховний Суд України (Правові позиції щодо розгляду судами окремих категорій цивільних справ. Розділ 14 (п. 69). Трудове право) наводить лише приклади грубих порушень трудових обов'язків, зокрема, істотне порушення фінансової дисципліни, відмову допустити посадових осіб органів контролю до перевірки діяльності організації тощо.

Порушення є одноразовим. Верховний Суд вважає неможливим звільнення за п. 1 ст. 41 КЗпП, якщо порушення має тривалий, а не разовий характер, зокрема, не дає підстав для звільнення за цим пунктом у зв'язку з послаблення контролю за роботою підлеглих працівників (наприклад, як вважає Судова палата у цивільних справах

Верховного Суду України (ухвала від 18.11.2004 р. у справі за позовом громадянина Г. до Антимонопольного комітету України про поновлення на роботі та стягнення заробітної плати за час вимушеного прогулу), виходячи зі змісту п. 1 ст. 41 КЗпП підставою для звільнення керівника за цією нормою є вчинення ним одноразового грубого порушення трудових обов'язків, а не тривале, зокрема, неналежне керівництво роботою установи, ослаблення контролю за роботою підлеглих тощо).

Порушення стосується обов'язково трудових обов'язків працівника. Трудові обов'язки визначаються в посадовій інструкції, положенні, статуті, трудовому договорі (контракті) тощо. Не може бути підставою для звільнення невиконання працівником дій, які не входять до кола його обов'язків.

У разі звільнення за п. 1 ст. 41 КЗпП необхідно враховувати, що розірвання трудового договору з цієї підстави є заходом дисциплінарного стягнення, і тому вимоги ст. 148, 149 КЗпП про строки і порядок застосування дисциплінарних стягнень поширюються на цей випадок. Зазначений висновок підтверджується п. 22 Постанови № 9.

Втрата довіри до працівника установи (п. 2 ст. 41 КЗпП України).

Верховний Суд України у Постанові від 20.04.2016 р. у справі № 6-100цс16 зазначив, що розірвання трудового договору за підстав втрати довіри можливе за таких умов:

- 1) безпосереднє обслуговування працівником грошових, товарних або культурних цінностей (приймання, зберігання, транспортування, розподіл тощо);
- 2) винна дія працівника;

3) втрата довіри до працівника з боку власника або уповноваженого ним органу.

У Постанові Пленуму Верховного Суду України «Про практику розгляду судами трудових спорів» № 9 від 06.11.1992 р. роз'яснено, що під обслуговуванням цінностей можна розуміти їх приймання, зберігання, транспортування, розподіл і т. ін. Ключові слова, що відображають розуміння безпосереднього обслуговування грошових і товарних цінностей, – це «прийняття» і «збереження». Виходячи з викладеного та розуміння безпосереднього обслуговування грошових і товарних цінностей, можна дійти висновку, що основне коло працівників, які безпосередньо обслуговують грошові та товарні цінності, – це особи, які одержують їх під звіт. Для вирішення питання щодо віднесення до кола працівників, які безпосередньо обслуговують грошові та товарні цінності, в кожному конкретному випадку потрібно з'ясувати: чи становить виконання операцій, пов'язаних з таким обслуговуванням цінностей, основний зміст трудових обов'язків позивача; чи має виконання ним зазначених дій відповідальний, підзвітний характер з наявністю обліку, контролю за рухом і зберіганням цінностей. Зазвичай до працівників, які безпосередньо обслуговують товарні чи інші матеріальні цінності, відносять касирів, завгоспів, старших медичних сестер та ін. Важливо, що у цьому разі не має значення, чи укладено з працівником договір про повну матеріальну відповідальність чи ні.

Звільнення за втрату до працівника довіри на підставі **п. 2 ст. 41 КЗпП** можна застосувати **лише в разі вчинення винних дій**. До того ж не має значення, в якій формі скоєно протиправні дії: навмисно чи як необережне (недбале) ставлення до своїх обов'язків. Працівник передбачав або повинен був передбачати негативні

наслідки своїх дій. Вину працівника повинен довести роботодавець відповідними фактами та об'єктивними обставинами, що свідчать про винні дії працівника, як-от систематична нестача довірених йому цінностей, безвідповідальне, несумлінне ставлення до трудових обов'язків, порушення порядку прийняття й відпуску грошових і товарних цінностей, недодержання правил їх збереження, неповідомлення відповідним посадовим особам про обставини, які перешкоджають забезпеченню збереження грошових і матеріальних цінностей, порушення правил торгівлі, обмірювання, обважування, обраховування покупців, завищення ціни, привласнення матеріальних цінностей тощо. Підставою для звільнення у зв'язку з утратою довіри може бути також використання працівником доручених для безпосереднього зберігання чи обслуговування цінностей в особистих інтересах.

Утрата довіри може бути результатом скоєння такого проступку, що дає роботодавцеві підстави зробити висновок про те, що далі залишення такого працівника на роботі, пов'язаній зі зберіганням чи обслуговуванням грошових і матеріальних цінностей, може призвести до втрати цих цінностей.

Обов'язок обґрунтувати втрату довіри до працівника покладається на роботодавця, який повинен навести об'єктивні докази вини працівника в завданні матеріальної шкоди роботодавцеві або скоєнні інших протиправних дій. Недовіра до працівника не може ґрунтуватися лише на підозрі власника або уповноваженого ним органу. Для звільнення працівника за **п. 2 ст. 41 КЗпП не обов'язково, щоб працівник протиправними діями завдав шкоди роботодавцеві**. Достатньо, щоб цими діями створювалася загроза завдання такої шкоди.

Сам по собі факт нестачі матеріальних цінностей у разі невстановлення винних дій матеріально відповідальної особи не є підставою для розірвання з нею трудового договору в зв'язку з утратою довіри.

У п. 28 Постанови Пленуму Верховного Суду України «Про практику розгляду судами трудових спорів» від 6 листопада 1992 року № 9 роз'яснюється, що звільнення з підстав втрати довіри (п. 2 ст. 41 КЗпП) суд може визнати обґрунтованим, якщо працівник, який безпосередньо обслуговує грошові або товарні цінності (приймає, зберігає, транспортує, розподіляє тощо), вчинив умисно або необережно такі дії, які дають роботодавцеві підстави для втрати до нього довіри (зокрема, порушив правила, здійснюючи операції з матеріальними цінностями). У разі встановлення в передбаченому законом порядку факту розкрадання, хабарництва та інших корисливих порушень, учинених працівниками, їх можна звільнити з підстав втрати довіри й тоді, коли зазначені дії не пов'язані з їх роботою.

Пленум Верховного Суду України звертає увагу, що звільнення у зв'язку з утратою довіри не є заходом дисциплінарного стягнення і його можна здійснити незалежно від притягнення особи до дисциплінарної відповідальності за вчинений проступок. Під час звільнення за цією підставою правила статей 148 і 149 КЗпП не застосовуються. Не обов'язково, щоб неправомірні винні дії працівника мали систематичний характер. Достатньо й одноразового порушення, щоб роботодавець міг розірвати з працівником трудовий договір на підставі втрати до нього довіри.

Відповідно до ч. 1 ст. 38 КЗпП України **працівник має право розірвати трудовий договір, укладений на невизначений термін, попередивши про це власника**

або уповноважений ним орган письмово за два тижні.

Зазначений термін обраховується не з дати, зазначеної у самій заяві, а з дати фактичного попередження роботодавця. Для уникнення в подальшому суперечок, щодо дати попередження роботодавця, працівникові, який звільняється, доцільно вимагати відповідної відмітки (із зазначенням дати та вхідного номера) про прийняття заяви на її копії, що залишається у працівника. Якщо працівник надсилає свою заяву рекомендованим поштовим відправленням з повідомленням про вручення, то датою, з якої буде вестися відлік терміну попередження, буде дата вручення, що зазначається у повідомленні про вручення.

У заяві про звільнення працівник не зобов'язаний зазначати причини звільнення. Заява про звільнення може бути подана як у період роботи, враховуючи і термін випробування, так і за відсутності на роботі, наприклад у період відпустки чи тимчасової непрацездатності. У разі, якщо заява працівника про звільнення з роботи за власним бажанням зумовлена неможливістю продовжувати роботу (переїзд на нове місце проживання; переведення чоловіка або дружини на роботу в іншу місцевість; вступ до навчального закладу; неможливість проживання у даній місцевості, підтверджена медичним висновком; вагітність; догляд за дитиною до досягнення нею чотирнадцятирічного віку або дитиною-інвалідом; догляд за хворим членом сім'ї відповідно до медичного висновку або інвалідом I групи; вихід на пенсію; прийняття на роботу за конкурсом, а також з інших поважних причин), власник або уповноважений ним орган повинен розірвати трудовий договір у термін, про який просить працівник.

За відсутності у заяві працівника прохання про звільнення його до закінчення терміну попередження,

розірвання власником або уповноваженим ним органом трудового договору до настання двотижневого строку є незаконним.

Якщо працівник після закінчення терміну попередження про звільнення не залишив роботи і не вимагає розірвання трудового договору, власник або уповноважений ним орган не вправі звільнити його за поданою раніше заявою, крім випадків, коли на його місце запрошено іншого працівника, якому відповідно до законодавства не може бути відмовлено в укладенні трудового договору.

Відповідно до ч. 3 ст. 38 КЗпП України працівникові надано право у визначений ним термін розірвати трудовий договір за власним бажанням, якщо власник або уповноважений ним орган не виконує законодавство про працю, умови колективного чи трудового договору. Необхідно зазначити, що строковий трудовий договір підлягає розірванню достроково на вимогу працівника в разі його хвороби або інвалідності, які перешкоджають виконанню роботи за договором, порушення власником або уповноваженим ним органом законодавства про працю, колективного або трудового договору та у випадках, передбачених ч. 1 ст. 38 КЗпП України.

Спори про дострокове розірвання трудового договору вирішуються в загальному порядку, встановленому для розгляду трудових спорів.

РОЗДІЛ 8

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОБОЧОГО ЧАСУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Режим роботи закладу охорони здоров'я та його медичних працівників визначає час початку і закінчення робочого дня (зміни), а також робочі та вихідні дні, час обідньої та інших перерв, послідовність чергування, роботи за змінами, а також робочий час.

Час роботи закладу охорони здоров'я, режим роботи, тривалість робочого часу і часу відпочинку медичних працівників устанавлюються роботодавцем самостійно у правилах внутрішнього трудового розпорядку або у колективному договорі з додержанням норм і гарантій, устанавлених чинним законодавством, зокрема КЗпП, та Галузевою угодою.

Згідно зі ст. 142 КЗпП трудовий розпорядок в установах, закладах, організаціях визначається правилами внутрішнього трудового розпорядку, які затверджуються трудовими колективами за поданням власника або уповноваженого ним органу і виборного органу первинної профспілкової організації (профспілкового представника) на основі типових правил. Для медичної галузі типовими правилами є Галузеві правила, затверджені Наказом МОЗ України від 18.12.2000 р. № 204-о. Тобто під час розроблення закладом охорони здоров'я правил внутрішнього трудового розпорядку повинні бути враховані норми цих Галузевих правил.

Робочий час – це час, упродовж якого працівник відповідно до правил внутрішнього трудового розпорядку й умов трудового договору повинен виконувати свої трудові обов'язки.

Робочий час вимірюється тривалістю робочого дня, робочого тижня, робочого місяця, робочого року.

Основною мірою тривалості робочого часу за чинним законодавством є робочий тиждень. Так, ст. 50 КЗпП визначено: нормальна тривалість робочого часу працівників не може перевищувати 40 годин на 1 тиждень. При цьому для окремих категорій працівників законодавством устанавлюється скорочена тривалість робочого часу (ст. 51 КЗпП). До таких категорій працівників належать, зокрема, медичні працівники. Скорочена тривалість робочого часу означає, що час, упродовж якого працівник повинен виконувати трудові обов'язки, скорочується, однак працівник має право на оплату праці розміром повної тарифної ставки, повного посадового окладу. Тривалість скороченого робочого тижня диференціюється залежно від типу медичного закладу, категорії медичних працівників, наявності шкідливих умов.

Скорочений робочий день – це робочий день тривалістю менше від нормального робочого дня, що встановлюється для окремих категорій працівників із метою надання додаткового відпочинку й створення умов для посиленої охорони праці.

Норми робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я, які працюють у нормальних умовах праці, затверджено Наказом № 319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я» від 25.05.2006 року. Норми робочого часу, устанавлені в цьому Наказі, застосовуються для медичних працівників незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності.

Медичним працівникам, зайнятим на роботах із шкідливими умовами праці, скорочена тривалість робочого тижня встановлюється відповідно до Переліку № 163 «Про затвердження Переліку виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня». Однак п. 9 Порядку застосування Переліку, затвердженого Наказом Міністерства праці та соціальної політики № 122 від 23 березня 2001 р., встановлено, що право працівника на скорочену тривалість робочого тижня виникає лише при віднесенні його робочого місця до категорії робіт із шкідливими умовами праці *за результатами атестації робочих місць за умовами праці*. Скорочена тривалість робочого тижня з урахуванням результатів атестації встановлюється колективним договором.

Ураховуючи особливий характер праці медичних працівників установ охорони здоров'я, під час проведення атестації робочих місць у цих установах може застосуватись Інструкція, затверджена заступником Головного державного експерта з умов праці України та заступником Головного державного санітарного лікаря України (лист Мінпраці від 05.05.95 р. № 06-1544 і МОЗУ від 17.05.95 р. № 5.05.08-370), згідно з якою атестація відповідних робочих місць проводиться комісійно, без проведення санітарно-гігієнічних досліджень, зокрема і для визначення права відповідних працівників на скорочену тривалість робочого тижня.

Установлення за результатами атестації факту наявності шкідливих умов праці, що дають право на скорочений робочий тиждень відповідно до Переліку, означає, що працівник одержав із дня належного оформлення результатів атестації право на скорочений

робочий тиждень (розпорядчі документи підприємства), хоча відповідна робота і не внесена ще до колективного договору як така, що дає право на скорочений робочий тиждень.

Водночас надання будь-яких компенсацій за минулий час (до оформлення результатів атестації, що підтверджують право на скорочений робочий тиждень) у зв'язку з тим, що працівникові не був скорочений робочий час, неможливо. Лише з дня оформлення результатів атестації, якщо фактично робочий тиждень не був скорочений, працівник може зажадати оплати праці з урахуванням переробітку.

Під час вирішення питання про встановлення скороченої тривалості робочого тижня не має значення відомча підпорядкованість, форма власності і галузева належність підприємства відповідно до Класифікатора видів економічної діяльності.

Тривалість робочого дня (зміни). Робочий день (зміна) – це тривалість робочого часу (у годинах і хвилинах) впродовж доби згідно з установленим графіком або розпорядком роботи. Робоча зміна може дорівнювати робочому дню, бути більшою або меншою. Тривалість робочого дня (зміни) залежить від того, який режим робочого часу встановлений для працівника: тижневий чи підсумований. За тижневого враховується час, витрачений працівником упродовж кожного календарного тижня, за підсумованого – час, відпрацьований упродовж певного календарного періоду в цілому.

Згідно з ч.1 ст.52 КЗпП для працівників установлюється п'ятиденний робочий тиждень із двома вихідними днями. При п'ятиденному робочому тижні тривалість щоденної роботи (зміни) визначається

правилами внутрішнього трудового розпорядку або графіками змінності, які затверджує власник або уповноважений ним орган за погодженням із виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником) установи, організації з додержанням установленної тривалості робочого тижня (ст. 50 і 51 КЗпП). Тобто КЗпП не визначає тривалості щоденної роботи за п'ятиденного робочого тижня, а лише встановлює умову щодо додержання тижневої тривалості робочого часу. Тому не відповідають законодавству такі графіки робіт, які допускають перевищення тижневої норми робочого часу за рахунок зменшення тривалості тижневої норми робочого часу в інші тижні місяця або з подальшим наданням у зв'язку з цим додаткових днів відпочинку (так званих відгулів).

В установах та організаціях, де за характером виробництва та умовами роботи запровадження п'ятиденного робочого тижня є недоцільним, встановлюється шестиденний робочий тиждень з одним вихідним днем.

За шестиденного робочого тижня необхідно не лише додержуватись тижневої норми робочого часу, а й забезпечувати, щоб тривалість щоденної роботи не перевищувала 7 годин за тижневої норми 40 годин і 6 годин за тижневої норми 36 годин і 4 години за тижневої норми 24 години (ч. 2 ст. 52 КЗпП). Напередодні вихідних днів тривалість роботи при шестиденному робочому тижні не може перевищувати 5 годин (ст. 53 КЗпП).

У безперервно діючих установах, закладах, організаціях, а також в окремих виробництвах, цехах, дільницях, відділеннях і на деяких видах робіт, де за умовами виробництва (роботи) не може бути додержано

щоденної або щотижневої тривалості робочого часу для такої категорії працівників, **застосовується підсумований облік робочого часу (ст. 61 КЗпП)**. Таку форму обліку допускають за погодженням з виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником) установи, організації. У такому разі тривалість робочого часу за обліковий період не має перевищувати нормальної кількості робочих годин (ст. 50, 51 КЗпП).

Таким чином, за підсумованого обліку робочого часу встановлена законодавством норма робочого часу на 1 день чи тиждень може не додержуватися. Але її додержання є обов'язковим за обліковий період. Він охоплює робочий час і години роботи у вихідні і святкові дні, години відпочинку. Щоденна або щотижнева тривалість робочого часу, встановлена графіком, може коливатися впродовж облікового періоду, але загальна сума годин роботи за обліковий період повинен дорівнювати нормі робочого часу в обліковому періоді.

Особливості застосування підсумованого робочого часу в закладах охорони здоров'я визначено в розділі V «Робочий час і його використання» Галузевих правил № 204-о, а саме:

1) тривалість щоденної роботи, зокрема час початку і закінчення щоденної роботи, перерви для відпочинку та приймання їжі, визначається графіками змінності, що затверджуються власником або уповноваженим ним органом за погодженням із профспілковим органом із додержанням встановленої тривалості робочого часу за тиждень або інший обліковий період;

2) у закладах охорони здоров'я тривалість нічної роботи дорівнює денній і становить до 12 годин на зміну.

За рішенням трудового колективу дозволяється встановлювати тривалість робочої зміни до 24 годин (крім водіїв санітарного транспорту). У кожному конкретному випадку питання встановлення тому чи іншому працівникові тривалості робочої зміни до 24 годин повинна вирішуватися лише за згодою працівника і профспілкового органу закладу охорони здоров'я;

3) призначати працівника на роботу впродовж двох змін підряд забороняється (ч. 2 ст. 59 КЗпП). Працівники чергують за змінами рівномірно. Перехід з однієї зміни в іншу повинен відбуватися зазвичай, через кожний тиждень у години, визначені графіками змінності;

4) тривалість перерви в роботі між змінами повинна бути не меншою подвійної тривалості часу роботи в попередній зміні (включаючи і час перерви на обід) – ч. 1 ст. 59 КЗпП;

5) забороняється у робочий час:

– відволікати працівників від їхньої безпосередньої роботи, викликати або знімати їх з роботи для виконання громадських обов'язків і проведення різного роду заходів, що не пов'язані з виробничою діяльністю (всілякі зльоти, семінари, спортивні змагання, конкурси, участь у художній самодіяльності, туристичні поїздки);

– скликати збори, засідання і різного роду наради з питань, що не пов'язані з виробничим процесом.

Порядок застосування підсумованого обліку робочого часу наведено також у Методичних рекомендаціях № 138 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування підсумованого обліку робочого часу» від 19 квітня 2006 року. Методичні рекомендації можуть застосовувати підприємства, установи, організації всіх форм власності та господарювання з метою більш

ефективного використання робочого часу та засобів виробництва. В окремих галузях господарства може бути розроблено методичні рекомендації з урахуванням специфіки їх функціонування.

Тривалість роботи в нічний час. Згідно зі ст. 54 КЗпП під час роботи в нічний час установа тривалість роботи (зміни) скорочується на одну годину, але це правило не поширюється на працівників, для яких уже передбачено скорочення робочого часу.

Тривалість нічної роботи зрівнюється з денною в тих випадках, коли це слід за умовами виробництва, зокрема у безперервних виробництвах, а також на змінних роботах за шестиденного робочого тижня з одним вихідним днем (ч. 2 ст. 54 КЗпП).

У листі від 30.11.2012 р. № 463/13/116-12 Мінсоцполітики пояснило: «Це означає, що під час роботи у нічний час може скорочуватися лише тривалість зміни, а тижнева норма годин робочого часу не скорочується». Тобто тривалість роботи однієї нічної зміни може бути скорочена на одну годину, а через декілька днів на цей час повинна бути продовжена тривалість роботи у денний час. Тому скорочення тривалості роботи у нічний час провадиться в межах встановленого працівнику режиму робочого часу. Графіки змінності мають забезпечити відпрацювання 40-годинного робочого тижня.

Ураховуючи вищезазначене, в разі, якщо працівник прийнятий для роботи в нічні зміни, її тривалість не скорочується. Також роботодавець може в разі необхідності за умовами виробництва встановити однакову тривалість змін.

Важливими є законодавчі гарантії щодо роботи в нічний час, яким вважається час із 22:00 до 06:00. Зокрема,

за чергування у нічний час проводиться додаткова оплата розміром 35 % від годинної тарифної ставки (посадового окладу) за кожну годину роботи в нічний час, а якщо йдеться про працівників, зайнятих наданням екстреної, швидкої та невідкладної медичної допомоги (зокрема водії санітарних автомобілів швидкої, невідкладної медичної допомоги, які є в штаті автотранспортних підприємств та інших організацій), а також тих, хто працює у відділеннях (палатах) анестезіології та інтенсивної терапії, для новонароджених дітей, у пологових (акушерських) відділеннях, розмір такої доплати становить 50 % від годинної тарифної ставки (посадового окладу) за кожну годину роботи в нічний час (пп. 3.2.2 Умов № 308/519).

Тривалість роботи напередодні святкових і неробочих днів. Під час цього питання необхідно керуватися ст. 53 КЗпП. Зазначеною нормою передбачено, що напередодні святкових і неробочих днів, установлених ст. 73 КЗпП, тривалість роботи працівників, крім тих, які зазначені в ст. 51 КЗпП, скорочується на одну годину як при п'ятиденному, так і при шестиденному робочому тижні. По неможливості скоротити робочий час напередодні святкових і неробочих днів працівникові необхідно надати компенсацію у вигляді скорочення робочого часу в інший день. «Напередодні» необхідно розуміти як день, що безпосередньо передує святковому чи неробочому дню. У зв'язку з цим вважається неприпустимим скорочувати робочий час, коли святковому чи неробочому дню передує вихідний день, оскільки найближчий робочий день безпосередньо святковому чи неробочому дню не передує.

На працівників, яким законодавством встановлено скорочену тривалість робочого часу, правило про

зменшення тривалості робочого дня напередодні святкових і неробочих днів не поширюється.

Норма ст. 53 КЗпП поширюється на працівників, які працюють за п'ятиденним або шестиденним робочим тижнем із встановленою законодавством нормою робочого часу. Для працівників, які працюють на умовах неповного робочого часу, зокрема для працівників-сумісників, ця норма не застосовується, тобто тривалість їх роботи напередодні святкових і неробочих днів не скорочується на одну годину.

Тривалість обідньої перерви. Відповідно до ст. 66 КЗпП працівникам надається перерва для відпочинку і харчування тривалістю не більше двох годин. Перерва не входить до робочого часу. Перерву для відпочинку і харчування повинна надаватись, зазвичай, через чотири години після початку роботи. Час початку і закінчення перерви встановлюється правилами внутрішнього трудового розпорядку.

Проте на тих роботах, де за умовами виробництва перерву для відпочинку і харчування встановити неможливо, працівникові повинна бути надана можливість приймати їжу впродовж робочого часу. Перелік таких робіт, порядок і місце харчування встановлює власник або уповноважений ним орган за погодженням із профспілковим органом закладу, установи, організації. Отже, якщо специфіка виконуваної роботи не дозволяє медичному працівникові відволікатися на перерву, то роботодавець повинен створити умови, за яких такий працівник може приймати їжу впродовж робочого часу. У такому разі час прийому їжі входить до робочого часу. Оплата праці у цьому разі провадиться за весь фактично відпрацьований за графіком час.

Обмеживши максимальну тривалість обідньої перерви двома годинами, законодавство не визначає її мінімальної тривалості. Проте її тривалість повинна бути такою, щоб перерва відповідала своєму призначенню. Тривалість перерв для відпочинку та харчування встановлює роботодавець самостійно в правилах внутрішнього трудового розпорядку або в колективному договорі з додержанням норм і гарантій, встановлених чинним законодавством та Галузевою угодою. На це звернуло увагу Мінсоцполітики в листі від 03.02.2012 р. № 31/13/133-12.

Також звертаємо увагу, що для медичних працівників лікувально-профілактичних та інших закладів охорони здоров'я, що мають 6,5-годинний або меншої тривалості робочий день, надання обідньої перерви не обов'язкове (п. 20 Галузевих правил № 204-о).

Законодавство про працю не містить норми, що зобов'язує роботодавця встановлювати перерву між основною роботою і роботою за сумісництвом. Проте під час складання графіка роботи перерву між основною роботою і роботою за внутрішнім сумісництвом передбачати все ж таки необхідно навіть, якщо робота за сумісництвом виконується на тому самому робочому місці, що й основна робота. Тривалість перерви залежить від розміщення робочих місць, характеру виконуваної роботи, тривалості робочого часу за сумісництвом і фізіологічних можливостей людини до відновлення працездатності. Зазвичай, якщо це внутрішнє сумісництво, тривалість перерви складає не менше ніж 30 хв. Якщо ж працівник є зовнішнім сумісником, то його графік роботи повинен передбачати можливість переїзду з основного місця роботи до місця роботи за сумісництвом.

Місячна норма робочого часу. У п. 16 розділу V Галузевих правил № 204-о наголошується, що в закладах охорони здоров'я на роботах, пов'язаних із наданням медичної допомоги населенню, зазвичай, застосовується помісячний облік робочого часу. Це також зазначено в абз. 1 п. 5.2 Умов № 308/519. Місячну норму робочого часу визначають, зважаючи на встановлену для даного працівника щоденну тривалість робочого часу, передбачену для шестиденного робочого тижня, та кількості робочих днів у даному місяці.

За підсумованого обліку робочого часу норму робочого часу за обліковий період визначають за календарем із розрахунку шестиденного робочого тижня, семигодинного робочого дня (чи відповідного скороченого робочого дня) з урахуванням скороченого робочого часу напередодні вихідних днів до 5 годин і напередодні святкових і неробочих днів на 1 годину.

У порядку, встановленому в колективному договорі, норма робочого часу за обліковий період може бути визначена за графіком п'ятиденного робочого тижня. Враховуючи те, що при п'ятиденному робочому тижні КЗпП не передбачає встановлення конкретної тривалості щоденної роботи, норму робочого часу за обліковий період визначають шляхом множення часу тривалості робочого дня на кількість робочих днів за календарем п'ятиденного робочого тижня, що припадають на цей період, із рівною тривалістю кожного робочого дня, з урахуванням її скорочення напередодні святкових і неробочих днів та вихідними днями в суботу та неділю. Розрахована таким чином норма робочого часу повинна бути реалізована шляхом виходу на роботу за графіком змінності.

Норми тривалості робочого часу у відповідні місяці року, розраховані за календарем п'ятиденного робочого тижня з двома вихідними днями у суботу та неділю за однакової тривалості часу роботи за день упродовж робочого тижня, щорічно доводить Мінсоцполітики у своїх листах. Обчислена Мінсоцполітики норма робочого часу не поширюється абсолютно на всі режими праці, зокрема, не може застосовуватися до графіку шестиденного робочого тижня, тому її необхідно розраховувати самостійно з дотриманням вимог ст. 50–53, 67 і 73 КЗпП.

Пунктом 5.2 Умов № 308/519 передбачено, що до місячної норми робочого часу входять всі види робіт, які виконуються працівниками (тобто основна робота, чергування, виклик для надання допомоги хворим вдома тощо). За місцем здійснення чергування медичних працівників поділяється на чергування вдома та чергування у стаціонарі (безпосередньо в закладі охорони здоров'я).

Робота медичних працівників за межами встановленої тривалості робочого часу. У зв'язку з недостатністю медичних кадрів досить часто виникає необхідність залучення медичних працівників до роботи за межами встановленої норми робочого часу. У такій ситуації можна вибрати один із варіантів:

– залучення до надурочної роботи в порядку, передбаченому ст. 62–65 КЗпП;

– залучення до внутрішнього сумісництва в порядку, передбаченому Постановою № 245 та Положенням № 43.

Надурочна робота – це робота, виконувана працівником з ініціативи роботодавця за межами встановленої тривалості робочого часу, щоденної

роботи (зміни), а також робота понад нормальну кількість робочих годин за обліковий період.

Робота в надурочний час зазвичай, не допускається (ст. 62 КЗпП), тому й не планується. Таку роботу проводять фактично, але у виняткових випадках відповідно до чинного законодавства і лише із дозволу профспілкового органу (ст. 64 КЗпП). Водночас вона не може перевищувати для кожного працівника 4 години впродовж 2 днів підряд і 120 годин за рік (ст. 65 КЗпП). Час, відпрацьований понад установлену тривалість робочого дня, вважається надурочним (ст. 62 КЗпП).

За підсумованого обліку робочого часу надурочним вважається час, відпрацьований понад норму тривалості робочого часу за обліковий період. Робота понад норму робочого часу, передбаченого графіком в окремі дні, тижні, місяці облікового періоду, в разі збереження норми робочого часу за обліковий період не є надурочною роботою. Переробіток норми робочого часу, що виникає в окремі дні за підсумованого обліку, може компенсуватися додатковими днями відпочинку або зменшенням тривалості роботи в інші дні облікового періоду.

Наприклад, надурочною є робота в разі продовження працівником роботи через неявку іншого працівника, який повинен приступити до виконання своїх функціональних обов'язків, до моменту закінчення зміни та неможливості замінити його іншим працівником. Також вважається надурочним час, впродовж якого лікарі та фахівці із базовою та неповною вищою медичною освітою залучаються до чергувань понад місячну норму робочого часу.

Загальна кількість надурочних годин за обліковий період визначають як різницю між фактично відпрацьованим часом і нормою годин за цей період.

Відповідно до зазначеного для визначення надурочних годин за обліковий період потрібно від фактично відпрацьованого працівником часу відняти нормальну тривалість робочого часу, яку повинен відпрацювати працівник.

Надурочні години оплачуються в порядку, встановленому ст. 106 КЗпП. Так, згідно з ч. 1 ст. 106 КЗпП за погодинною системою оплати праці робота в надурочний час оплачується в подвійному розмірі годинної ставки. Оплата за всі години надурочної роботи провадиться наприкінці облікового періоду. Компенсація надурочних робіт шляхом надання відгулу не допускається навіть за погодженням із працівником.

Робочий час сумісників. Сумісництвом вважається виконання працівником, крім своєї основної, іншої регулярної оплачуваної роботи на умовах трудового договору у вільний від основної роботи час на тому самому (внутрішнє сумісництво) або іншому підприємстві, в установі, організації (зовнішнє сумісництво).

Необхідно зазначити, що для роботи за сумісництвом є обмеження. Так, відповідно до п. 2 Постанови № 245 тривалість роботи за сумісництвом не може перевищувати 4 годин на день і повного робочого дня у вихідний день. Загальна тривалість роботи за сумісництвом упродовж 1 місяця не повинна перевищувати половини місячної норми робочого часу. Зважаючи на це робота за сумісництвом не може перевищувати роботу, передбачену на 0,5 ставки.

Конкретна тривалість роботи за сумісництвом медичних працівників упродовж місяця встановлюється за згодою між працівником і роботодавцем і не може перевищувати половини місячної норми робочого часу, обчисленої з установленої тривалості робочого тижня.

У додатку до Положення № 43 наведено Перелік робіт, які не є сумісництвом. Так, усі працівники, крім основної роботи та роботи за сумісництвом, мають право виконувати роботи, які відповідно до чинного законодавства не є сумісництвом, зокрема, медична експертиза з разовою оплатою праці, виконання обов'язків медичних консультантів установ охорони здоров'я обсягом не більше ніж 12 годин на місяць із разовою оплатою праці та ін. Виконання робіт, зазначених у пп. 2–7 цього Переліку, допускається в робочий час із дозволу керівника установи, організації без утримання заробітної плати.

Згідно з п. 4 Постанови № 245 керівники державних підприємств, установ, організацій, їх заступники, керівники структурних підрозділів (цехів, відділень, лабораторій тощо) та їхні заступники не мають права працювати за сумісництвом (за винятком наукової, викладацької, медичної і творчої діяльності), дія зазначеної постанови поширюється не лише на державні, а й на комунальні заклади охорони здоров'я. На це звертало увагу й Мінсоцполітики у листі від 08.09.2011 р. № 731/13/84-11.

Під час складання графіків роботи (змінності) зовнішніх сумісників необхідно пам'ятати про таке. Певні працівники установ охорони здоров'я (працівники відділу кадрів та керівники структурних підрозділів) повинні проводити роботу щодо недопущення збігу графіків

зовнішніх сумісників та як наслідок нарахування і виплати їм зайвої заробітної плати.

Так, час, який зазначено у графіку роботи зовнішнього сумісника за основним місцем роботи, не може збігатися з часом, який зазначено у його графіку роботи за сумісництвом. Крім того, повинна бути додержана вимога щодо півгодинної перерви між основною роботою та роботою за сумісництвом. Для того щоб не допустити такого збігу годин роботи, слід обов'язково запросити в зовнішнього сумісника графік роботи за основним місцем роботи.

Таким чином, ми бачимо збіг годин роботи лікаря-рентгенолога за основним місцем роботи і за сумісництвом. Крім того, як уже зазначалося, повинна бути додержана півгодинна перерва між роботою за основним місцем роботи та за сумісництвом. У зв'язку з цим лікар-рентгенолог міг приступити до роботи за сумісництвом лише в 14:30. Зазначене призвело до зайвого нарахування та виплати заробітної плати за період із 1 до 15 поточного місяця лікареві-рентгенологові за 22,5 год. За зміни графіку роботи на основній роботі необхідно зобов'язати працівника завчасно попереджати про це роботодавця за місцем його роботи за сумісництвом.

Складання графіків роботи (змінності). Графіки роботи (змінності) розробляє роботодавець із додержанням установлених законодавством норм робочого часу на обліковий період, якими визначаються тривалість щоденної роботи (зміни), робочих днів (зміни) та вихідних днів.

Графіки змінності затверджують під час роботи змінами впродовж дня (добі). В інших випадках, якщо робота не проводиться змінами, але час початку і

закінчення роботи не є постійним або вихідні дні надаються «за змінним графіком», передбачене затвердження графіків роботи.

На сьогодні нормативно-правовими актами не затверджено єдиної форми графіка робіт (змінності). Тому заклад має право складати цей графік у довільній формі, яка при цьому дозволяє з точністю встановити такі показники:

- тривалість щоденної роботи (зміни) (ст. 52 КЗпП);
- час початку і час закінчення щоденної роботи (зміни) (ст. 57 КЗпП);
- час перерви для відпочинку і харчування впродовж робочої зміни (ст. 66 КЗпП);
- кількість робочих і вихідних днів (днів відпочинку) в календарному місяці (ст. 67, 69 КЗпП);
- перехід з однієї зміни в іншу (ст. 58 КЗпП);
- іншу інформацію, що має значення для точного визначення режиму робочого часу працівників закладу.

Графік роботи залежно від конкретних організаційних умов медичного закладу складають на певний обліковий період, тобто відрізок часу, в рамках якого повинна бути додержана тривалість робочого часу. Оскільки робочий час медичних працівників ураховується помісячно, то й графіки робіт (змінності) складаються на один місяць.

Під час складання графіків роботи (змінності) необхідно враховувати особливості робочого часу медичних працівників, які розглянуто вище. Крім того, потрібно пам'ятати про таке:

1. Графіки складаються щодо кожної посади окремо. У графіках на кожен місяць повинна бути повністю запланована відповідна місячна норма робочого часу щодо

кожної посади, яку обіймає працівник – окремо щодо основної посади і роботи за сумісництвом.

2. Час початку та закінчення щоденної роботи (зміни) необхідно зазначати в годинах та хвилинах на кожний день. Водночас бажано не планувати зміни тривалістю у хвилинах 12 або 27, а округляти по можливості до 15 або 30 хвилин відповідно.

3. Загальна кількість годин роботи у графіку повинна відповідати нормі робочого часу працівника в даному місяці.

У разі направлення медичного працівника на курси підвищення кваліфікації потрібно урахувати вимоги абз. 2 п. 2 Постанови № 524, відповідно до яких за медичними працівниками, яких направляють до закладів післядипломної освіти для підвищення кваліфікації, підготовки і перепідготовки, зберігається середня заробітна плата за кожним місцем роботи згідно із законодавством. Це означає, що в період підвищення кваліфікації медичного працівника необхідно звільняти від виконання роботи як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом незалежно від того, за яким місцем роботи його направили на курси (навіть якщо він має можливість після курсів відпрацьовувати години роботи). Тому питання залучення його до роботи не може розглядатися.

Відповідно до п. 13 Типових правил внутрішнього трудового розпорядку для робітників і службовців підприємств, установ, організацій, затверджених Постановою Держкомпраці СРСР від 20.07.84 р. № 213, графіки змінності повинні затверджувати власник або уповноважений ним орган разом із виборним органом первинної профспілкової організації і доводити до відома

працівників не пізніше ніж за один місяць до введення їх у дію.

Графіки виходу на роботу повинні затверджувати власник або уповноважений ним орган разом з виборним органом первинної профспілкової організації і доводити до відома працівників не пізніше ніж за два тижні до початку їх дії (п. 1 Роз'яснення Держкомпраці СРСР і Президіуму ВЦРПС «Про деякі питання, пов'язані з переведенням робітників і службовців підприємств, установ, організацій на п'ятиденний робочий тиждень із двома вихідними днями» від 08.04.67 р. № 4/П-10).

Облік робочого часу. Складання графіка робіт (змінності) не звільняє від ведення табеля обліку використання робочого часу. Відмінність між цими двома документами полягає в тому, що у графіку робіт (змінності) фіксують плановану кількість робочих годин, а в таблиці – фактичне використання робочого часу (графік складають до настання, а таблиць – упродовж відповідного звітного періоду).

Інформація, що міститься в графіку і в таблиці, може бути різною. Такі відмінності можуть бути викликані, наприклад, тимчасовою непрацездатністю, відрядженнями працівників та іншими обставинами.

Роботодавець зобов'язаний вести облік часу, фактично відпрацьованого кожним працівником. Для контролю за додержанням працівниками встановленого режиму робочого часу ведуть Табелі обліку використання робочого часу типової форми № П-5, затверджені Наказом № 489. У примітці 2 до Табеля зазначено, що його форма має рекомендаційний характер та складається з мінімальної кількості показників, необхідних для заповнення форм державних статистичних спостережень;

за потреби форму може бути доповнено іншими показниками, необхідними для обліку робочого часу. Тому в кожному закладі повинно бути розроблено та затверджено власну форму Табеля, що враховуватиме специфіку роботи саме цього закладу.

Табель заповнює працівник, відповідальний за його ведення, кожен день упродовж місяця. За відсутності в штаті кадрового працівника табельний облік робочого часу покладається на одного з працівників наказом керівника. Наприклад, у закладах охорони здоров'я відповідальним за ведення Табеля зазвичай призначають старшу медичну сестру структурного підрозділу.

У Табелі роблять відмітки про фактично відпрацьований час, а також відхилення від нормальних умов роботи.

У Табелі проставляють загальну кількість годин, відпрацьованих у конкретний день, у графі «разом» зазначають загальну кількість відпрацьованих годин за звітний період. Оскільки кодування для вихідних днів (днів щотижневого відпочинку), а також для святкових і неробочих днів не передбачено, то в полі навпроти таких днів можна поставити як прокреслення, так і залишити їх незаповненими (на свій розсуд).

Дані про нез'явлення на роботу, інші відхилення від нормальних умов роботи повинні бути документально підтверджені. Наприклад, дні хвороби повинні підтверджуватися листком непрацездатності, дні відряджень – наказами про направлення у відрядження, відпустки – наказами про надання відпустки тощо.

Ведення табельного обліку робочого часу є обов'язковим. Згідно з п. 8.1 Методичних рекомендацій № 90 працівники Держфінінспекції під час здійснення

інспектування операцій з оплати праці перевіряють правильність оформлення первинних документів, зокрема, табелів обліку робочого часу. Водночас дані табелів обліку робочого часу порівнюють з наказами про відпустки, даними листків непрацездатності, особовими рахунками.

Прямої відповідальності за неправильне оформлення й ведення Табеля законодавством не передбачено. Однак якщо дані Табеля не порівнянні з наказами про відпустки, даними листків непрацездатності, особовими рахунками, тарифікаційним списком, розписом роботи тощо, в результаті чого заробітна плата виплачується з порушеннями, то винних осіб притягають до відповідальності.

Табель належить до первинної облікової документації, з 01.01.2013 р. терміни зберігання документів визначають відповідно до Переліку типових документів, які створюють під час діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування, інших установ, підприємств та організацій, із зазначенням термінів зберігання документів, затвердженого Наказом Мін'юсту від 12.04.2012 р. № 578/5. Згідно з позицією 408 цього Переліку тепер термін зберігання Табеля становить один рік.

РОЗДІЛ 9 ЧЕРГУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ЧАС ВІДПОЧИНКУ

Надання медичної допомоги є тим видом суспільної діяльності, який вимагає постійної та повної готовності до її невідкладного надання кожному, будь-де і в будь-який час. Тому цілком закономірно, що заклади охорони здоров'я, зокрема ті, які мають стаціонари, функціонують у безперервному та цілодобовому режимі, забезпечуючи наявність на робочому місці тих фахівців, з потребою в допомозі яких не можна зволікати.

У теорії трудового права *поняття чергування працівників* розуміють як перебування працівника на підприємстві за розпорядженням власника або уповноваженого ним органу до початку або після закінчення робочого дня, у вихідні або святкові (неробочі) дні для оперативного вирішення невідкладних питань, які не входять до кола обов'язків працівника за трудовим договором. Проте чергування медичних працівників не підпадає під це визначення, оскільки медичні працівники під час чергування продовжують виконувати свої безпосередні обов'язки згідно з трудовим договором. А відтак, не підлягають застосуванню у трудових правовідносинах, які складають під час чергування медичних працівників, окремі положення чинної на сьогодні (у частині, що не суперечить чинному законодавству) постанови Секретаріату Всесоюзної центральної ради професійних спілок від 02.04.1954 р. «Про чергування на підприємствах та в установах». Зокрема, на медичних працівників не поширюється обмеження щодо залучення їх до чергування не частіше одного разу на місяць, а також не діє правило про компенсування працівникам, залученим до чергування у

вихідні та святкові дні, наданням упродовж найближчих 10 днів відгулів такої самої тривалості, як і чергування.

Найбільш важливими питаннями правового регулювання порядку залучення медичних працівників до чергування є питання місця чергування, тривалості й частоти чергування та оплати чергування. Крім того, чинне законодавство окреслює кваліфікаційні вимоги до медпрацівників, яких залучають до чергування (наявність базової, повної чи неповної вищої освіти тощо), визначає коло осіб, які не можуть бути залучені до чергування (наприклад, до нічного чергування забороняється залучати вагітних жінок, жінок, які мають дітей віком до трьох років, тощо) та інші питання, які сплітають в одне ціле трудові відносини та відносини, які складаються у сфері охорони здоров'я загалом.

За місцем здійснення чергування медичних працівників поділяється на чергування вдома та чергування у стаціонарі (безпосередньо в закладі охорони здоров'я). Варто відзначити, що в медичній професійній сфері чергування лікарів одержало назву «ургентного чергування», що означає забезпечення невідкладності надання медичної допомоги, зокрема в екстрених випадках. За часом доби, у який здійснюється чергування, воно поділяється на денне та нічне. За співвідношенням із нормою робочого часу чергування поділяється на таке, що здійснюється в межах місячної норми робочого часу, та чергування понад місячну норму робочого часу.

Відповідно до п. 5 спільного Наказу Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 р. № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» лікарів та фахівців із базовою та неповною

вищою медичною освітою закладів охорони здоров'я, які зайняті наданням медичної допомоги населенню, зокрема екстреної, можуть залучати до чергування вдома. Чергування вдома можна надавати лікарям - до п'яти посад з основних лікарських спеціальностей та чотирьох посад фахівцям із базовою і неповною вищою медичною освітою (лаборант, рентгенолаборант, сестра медична операційна, сестра медична-анестезист) з урахуванням укомплектованості штатів, виробничої необхідності, кількості викликів та їх експертного оцінювання.

Чергування у стаціонарі здійснюється у тих закладах охорони здоров'я, які мають стаціонар. На договірних засадах і відповідно до трудового законодавства такий заклад охорони здоров'я може залучати до чергування і лікарів амбулаторно-поліклінічних підрозділів лікувальних закладів, диспансерів, пологових будинків тощо. Крім того, понад місячну норму робочого часу без займання штатних посад з оплатою з фонду оплати праці, заклад охорони здоров'я може залучати до чергування у стаціонарі за їх згодою лікарів і фахівців із базовою та неповною вищою медичною освітою. У цьому разі оплату роботи, яку виконують у робочі дні тижня, проводять в одинарному розмірі понад оклад, а у вихідний день за графіком, святковий чи неробочий день – розміром подвійної годинної або денної ставки понад оклад.

Необхідно зазначити, що відповідно до Положення про умови роботи за сумісництвом працівників державних підприємств, установ і організацій, затвердженого Наказом Міністерства праці України, Міністерства юстиції України та Міністерства фінансів України № 43 від 28.06.1993 р., не вважається сумісництвом чергування медичних працівників понад місячну норму робочого часу (п. 1) (п. 8 Переліку робіт, які не є сумісництвом).

Чергування і вдома, і в стаціонарі може здійснюватися як у межах місячної норми робочого часу, так і понад цю норму. Місячну норму робочого часу визначають, зважаючи на установлену для даного працівника щоденну тривалість робочого часу, передбачену для шестиденного робочого тижня, та кількість робочих днів у даному місяці. До місячної норми робочого часу входять всі види робіт, які виконує працівник (тобто основна робота, чергування, виклик для надання допомоги хворим вдома тощо). *Проте залучення медичних працівників до чергування у стаціонарі понад місячну норму робочого часу можливе лише в тих випадках, якщо в закладі відсутні вакантні посади за цією спеціальністю. Чергування ж у межах місячної норми робочого часу здійснюють штатні медичні працівники за рахунок зменшення тривалості змін упродовж місяця.*

Під час визначення щоденної тривалості робочого часу, передбаченої для шестиденного робочого тижня, необхідно виходити з положень Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 25.05.2006 р. № 319 «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я», відповідно до якого для медичних працівників залежно від їх спеціальності, посади, яку вони обіймають, і кваліфікації встановлено такі тижневі норми робочого часу (у годинах): 40, 38,5, 36, 33, 30, 25, 24, 20, 18 (незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності закладів охорони здоров'я).

Чергування вдома в денний та нічний час ураховується як півгодини за кожну годину чергування та оплачується, виходячи з посадового окладу з урахуванням підвищення за кваліфікаційну категорію. У разі виклику працівника під час чергування (до закладу, на місце події та додому до хворого) час, витрачений на виклик, оплачують за фактично відпрацьовані години з розрахунку посадового

окладу працівника, встановленого за штатним розписом, із збереженням діючого порядку оплати праці працівників охорони здоров'я у нічний час.

Під час чергування у стаціонарі в робочі дні згідно з графіком роботи в межах місячної норми робочого часу додаткову оплату (понад посадовий оклад) не здійснюють. Чергування за графіком у вихідний і святковий день у межах місячної норми робочого часу може компенсуватися за згодою сторін наданням іншого дня відпочинку або розміром одинарної годинної ставки понад оклад.

Важливими є законодавчі гарантії щодо роботи у нічний час, яким вважається час із 22:00 год. до 06:00 год. Зокрема, за чергування в нічний час здійснюють додаткову оплату розміром 35 % від годинної тарифної ставки (посадового окладу) за кожен годину роботи в нічний час, а якщо йдеться про працівників, зайнятих наданням екстреної, швидкої та невідкладної медичної допомоги (зокрема, водії санітарних автомобілів швидкої, невідкладної медичної допомоги, які є в штаті автотранспортних підприємств та інших організацій), а також тих, хто працює у відділеннях (палатах) анестезіології та інтенсивної терапії, для новонароджених дітей, у пологових (акушерських) відділеннях, розмір такої доплати становить 50 % від годинної тарифної ставки (посадового окладу) за кожен годину роботи в нічний час.

У разі продовження працівником роботи через нез'явлення іншого працівника, який повинен приступити до виконання своїх функціональних обов'язків, до моменту закінчення зміни та неможливості замінити його іншим працівником оплату здійснюють за фактично відпрацьовані години як робота в надурочний час. А це означає, що працівникові здійснюється оплата праці, виходячи із подвійного розміру годинної ставки. Згідно з ч. 4 ст. 106 Кодексу законів про працю України,

компенсація надурочних робіт шляхом надання відгулу не допускається.

Стаття 45 Конституції України гарантує кожному працівникові право на відпочинок. Це право забезпечується наданням днів щотижневого відпочинку, а також оплачуваної щорічної відпустки, встановленням скороченого робочого дня щодо окремих професій та виробництв, скороченої тривалості роботи в нічний час.

Максимальна тривалість робочого часу, мінімальна тривалість відпочинку та оплачуваної щорічної відпустки, вихідні та святкові дні, а також інші умови здійснення цього права визначаються законом.

Час відпочинку – це встановлений законодавством час, упродовж якого працівники вільні від виконання трудових обов'язків та який вони можуть використовувати на власний розсуд.

Перерви впродовж робочого дня та щоденний відпочинок. Відповідно до статті 66 Кодексу законів про працю України працівникові впродовж робочого дня може надаватися перерва для відпочинку та харчування тривалістю не більше ніж 2 години, яка не входить до робочого часу. Її повинні надавати зазвичай через 4 години після початку робіт.

Час початку та закінчення перерви встановлюється правилами внутрішнього трудового розпорядку. Працівники можуть використовувати час перерви на свій розсуд. На цей час вони можуть також відлучатися з місця роботи.

На тих роботах, де за умовами виробництва перерву встановити не можна, працівникові повинно бути надано можливість приймання їжі впродовж робочого часу. Перелік таких робіт, порядок та місце приймання їжі

встановлює власник або уповноважений ним орган за погодженням із виборним профспілковим органом закладу, установи, організації.

Зазвичай *перерву для відпочинку та харчування встановлюється тривалістю від 30 хвилин до 1 години залежно від конкретних умов праці.*

Для деяких категорій працівників, крім того, встановлюють перерви, що мають спеціальне призначення та входять до робочого часу з їх відповідною оплатою. До них належать перерви для: годування дитини (ст.183 КЗпП України); обігріву та відпочинку (ст.168 КЗпП України); працівників зі шкідливими умовами праці тощо.

Перерви в роботі для обігріву і відпочинку надаються зазвичай працівникам, які працюють на відкритому повітрі або у закритих неопалюваних приміщеннях, вантажникам та деяким іншим категоріям працівників. Власник або уповноважений ним орган зобов'язаний обладнувати помешкання для обігріву й відпочинку працівників. Перерви для обігріву застосовуються залежно від температури повітря і сили вітру на місці роботи. Порядок надання перерв для обігріву та відпочинку регламентується колективним договором або правилами внутрішнього трудового розпорядку. Перерви, пов'язані зі шкідливими умовами праці, встановлюються правилами з техніки безпеки та виробничої санітарії.

Щоденний відпочинок – це відпочинок між робочими днями (змiнами). Тривалість щоденного відпочинку має, разом із часом перерви для відпочинку та харчування, становити не менше подвійної тривалості роботи в попередній робочий день.

Щотижневий безперервний відпочинок. Тривалість щотижневого безперервного відпочинку повинна бути не

меншою ніж 42 години (ст. 70 КЗпП України). За підсумованого обліку робочого часу тривалість безперервного щотижневого відпочинку за визначений відрізок часу може бути більшою або меншою ніж 42 години, однак у середньому за обліковий період не може бути меншою ніж 42 години. За 5-денного робочого тижня працівникам надають два вихідних дні на тиждень, а за 6-денного – один.

Загальним вихідним днем є неділя. Другий вихідний день за 5-денного робочого тижня, якщо це не встановлено законодавством, визначається графіком роботи закладу, установи, організації, узгодженим із виборним профспілковим органом підприємства закладу, установи, організації та зазвичай повинен надаватися підряд із загальним вихідним днем (ст. 67 КЗпП України).

Якщо вихідний день збігається зі встановленим законодавством святковим або неробочим днем, його переносять на наступний день після святкового або неробочого дня.

Працівники, які перебувають у відрядженні, користуються вихідними днями відповідно до режиму роботи того закладу, установи, організації, куди їх відряджено.

Якщо заклади, установи, організації, що виконують роботи з обслуговування населення, працюють щодня, то для їх працівників зазвичай встановлюють інший вихідний день, суміжний із загальним вихідним днем.

У закладах, установах, організаціях, припинення роботи яких неможливе у зв'язку з виробничо-технічними умовами або в інших випадках, вихідні дні надають у різні дні тижня по черзі кожній групі працівників відповідно до графіка змінності, підтвердженим власником або

уповноваженим ним органом за погодженням із виборним профспілковим органом закладу, установи, організації (ст. 69 КЗпП України).

Графік змінності регулярно змінюють з таким розрахунком, щоб вихідні дні кожної групи працівників по черзі припадали на різні дні тижня.

Робота у вихідні дні забороняється. Залучення окремих працівників до роботи в ці дні допускається лише з дозволу виборного профспілкового органу закладу, установи, організації лише у виняткових випадках, а саме:

- для запобігання суспільному або стихійному лиху, виробничій аварії та негайного усунення їх результатів;
- для відвернення нещасних випадків, загибелі або псування державного чи суспільного майна;
- для виконання невідкладних, заздалегідь не передбачених робіт, від негайного виконання яких залежить надалі нормальна робота закладу, установи, організації в цілому або їх окремих підрозділів;
- для виконання невідкладних вантажно-розвантажувальних робіт з метою запобігання або усунення простою рухомого складу чи скупчення вантажів у пунктах відправлення та призначення.

Залучення працівників до роботи у вихідні дні провадиться за письмовим наказом (розпорядженням) власника або уповноваженого ним органу (ст. 71 КЗпП України).

Забороняється залучати до роботи у вихідні дні:

- вагітних жінок (ст. 176 КЗпП України);
- жінок, які мають дітей віком до 3 років (ст. 176 КЗпП України);

- працівників, які не досягли 18 років (ст. 192 КЗпП України).

Робота у вихідний день може компенсуватися, за згодою сторін, наданням іншого дня відпочинку або у грошовій формі у подвійному розмірі (ст. 72 КЗпП України).

Святкові та неробочі дні (ст. 73 КЗпП України):

- 1 січня – Новий рік;
- 7 січня та 25 грудня – Різдво Христове;
- 8 березня – Міжнародний жіночий день;
- 1 травня – День праці;
- 9 травня – День перемоги над нацизмом у Другій світовій війні (День перемоги);
- 28 червня – День Конституції України;
- 24 серпня – День незалежності України;
- 14 жовтня – День захисника України.

Робота також не провадиться у дні релігійних свят:

- 7 січня та 25 грудня – Різдво Христове;
- один день (неділя) – Пасха (Великдень);
- один день (неділя) – Трійця.

За поданням релігійних громад інших (неправославних) конфесій, зареєстрованих в Україні, керівництво закладів, установ, організацій надає особам, які сповідують відповідні релігії, до трьох днів відпочинку впродовж року для святкування їх великих свят з відпрацюванням за ці дні.

У святкові та неробочі дні допускаються роботи, припинення яких неможливе через виробничо-технічні умови (безперервно діючі підприємства, установи, організації), роботи, викликані необхідністю обслуговування населення. У ці дні допускаються роботи із

залученням працівників у випадках та у порядку, передбачених ст. 71 КЗпП України.

У разі підсумованого обліку робочого часу робота у святкові та неробочі дні за графіком включається в норму робочого часу за обліковий період, установлену на підприємстві. Години роботи, що перевищують цю норму, вважаються надурочними й оплачуються в подвійному розмірі відповідно до ст. 106 КЗпП (п. 11 Методичних рекомендацій щодо застосування підсумованого обліку робочого часу, затверджених Наказом Мінпраці та соціальної політики від 19.04.06 р. № 138).

Святкові та неробочі дні при визначенні тривалості щорічних відпусток не враховуються (ст. 78-1 КЗпП України). У випадку, коли святковий або неробочий день збігається з вихідним днем, вихідний день переноситься на наступний після святкового або неробочого дня.

З метою створення сприятливих умов для використання святкових та неробочих днів, а також раціонального використання робочого часу Кабінет Міністрів України не пізніше ніж за три місяці до таких днів може рекомендувати керівникам підприємств, установ, організацій перенести вихідні та робочі дні в порядку та на умовах, установлених законодавством, для працівників, яким встановлено п'ятиденний робочий тиждень із двома вихідними днями.

Власник або уповноважений ним орган у разі застосування рекомендації Кабінету Міністрів України не пізніше ніж за два місяці видає наказ (розпорядження) про перенесення вихідних та робочих днів на підприємстві, в установі, організації за погодженням із виборним органом первинної профспілкової організації.

Основні щорічні відпустки. Медичним працівникам, як і усім працівникам, в Україні встановлено основну щорічну відпустку тривалістю не менше 24 календарних днів за відпрацьований робочий рік, який відраховується від дня укладення трудового договору. Щорічна основна відпустка інвалідам I та II груп надається тривалістю 30 календарних днів, інвалідам III групи – 26 календарних днів, а особам віком до 18 років – 31 календарний день. Медичним працівникам, які були заражені вірусом імунодефіциту людини або захворіли на СНІД внаслідок виконання професійних обов'язків, згідно з Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 3 березня 1998 р. № 155/98-ВР встановлено щорічну основну відпустку тривалістю 56 календарних днів. Законом України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5 липня 2001 р. № 2586-111 передбачено право на відпустку тривалістю не менше ніж 36 календарних днів працівникам протитуберкульозних закладів, які надають медичну допомогу хворим на активні форми туберкульозу, працюють із живими збудниками туберкульозу чи матеріалами, що їх містять.

Керівним працівникам та викладачам медичних навчальних закладів щорічну основну відпустку надають тривалістю до 56 календарних днів у порядку, затвердженому Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання щорічної основної відпустки тривалістю до 56 календарних днів керівним працівникам навчальних закладів та установ освіти, навчальних (педагогічних) частин (підрозділів) інших установ і закладів, педагогічним, науково-педагогічним працівникам та науковим працівникам» від 14 квітня 1997 р. № 346. Згідно зі ст. 6 Закону України «Про

відпустки» сезонним працівникам (наприклад, гардеробникам поліклінік, диспансерів), а також тимчасовим працівникам відпустку надають пропорційно відпрацьованому ними часу.

Додаткові щорічні відпустки. Додаткову щорічну відпустку медичним працівникам надають за особливий характер праці. Тривалість цієї відпустки встановлюється за Списком виробництв, робіт, професій і посад працівників, робота яких пов'язана з підвищеним нервово-емоційним та інтелектуальним навантаженням або виконується в особливих природних географічних і геологічних умовах та умовах підвищеного ризику для здоров'я, що дає право на щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці (Додаток № 2 до Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Списків виробництв, робіт, цехів, професій і посад, зайнятість працівників в яких дає право на щорічні додаткові відпустки із шкідливими і важкими умовами праці та за особливий характер праці» від 17 листопада 1997 р. № 1290, зі змінами та доповненнями, останні з яких внесено до розділу «Охорона здоров'я» Постановою Кабінету Міністрів України «Про внесення змін у додатки 1 і 2 до Постанови Кабінету Міністрів України від 17 листопада 1997 р. № 1290» від 16 грудня 2004 р. № 1674.

Додаткову щорічну відпустку за особливий характер праці надають у повному передбаченому обсязі в разі, якщо працівник працював у цих умовах повний робочий рік. До стажу роботи, що дає право на додаткові щорічні відпустки, зараховують: час фактичної роботи з особливим характером праці, якщо працівник зайнятий у цих умовах не менше ніж половину тривалості робочого дня, встановленої для працівника цього виробництва, цеху, професії або посади; час щорічних основної та додаткової

відпусток за роботу зі шкідливими, важкими умовами і за особливий характер праці. Для більшості категорій працівників закладів охорони здоров'я встановлено додаткову відпустку тривалістю 7 календарних днів. Конкретний термін відпустки визначається згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 17 листопада 1997 р. № 1290.

Додаткову щорічну відпустку можуть надавати і за ненормований робочий день. **Ненормований робочий день** – це особливий режим робочого часу, який встановлюється для певної категорії працівників у разі неможливості нормування часу трудового процесу. У разі потреби ця категорія працівників виконує роботу понад нормальну тривалість робочого часу (ця робота не вважається наднормовою). Міра праці в цьому разі визначається не лише тривалістю робочого часу, а й колом обов'язків та обсягом виконуваних робіт (навантаженням). Як компенсацію за виконаний обсяг робіт, міру напруженості, складність і самостійність у роботі, необхідність періодичного виконання службових завдань понад установлену тривалість робочого часу надають додаткову відпустку до семи календарних днів.

Конкретна тривалість додаткової відпустки встановлюється колективним договором за кожним видом робіт, професій та посад чи трудовим договором. Ненормований робочий день на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності може застосовуватися для керівників, спеціалістів і робітників, саме серед яких зокрема:

- особи, праця яких не піддається точному обліку в часі;
- особи, які розподіляють час для роботи на свій розсуд.

Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади за погодженням із галузевою профспілкою можуть затверджувати орієнтовні переліки робіт, професій і посад працівників з ненормованим робочим днем.

Типовий перелік посад працівників з ненормованим робочим днем було затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я СРСР від **28 червня 1989 р. № 384**, але нині він не застосовується на території України відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України **«Про доповнення до наказу МОЗ України від 18.04.96 р. № 81 «Про визнання наказів МОЗ СРСР такими, що не застосовуються в Україні» від 28 листопада 2000 р. № 310**. Водночас з тим новий орієнтовний перелік робіт, професій і посад працівників із ненормованим робочим днем у галузі охорони здоров'я не затверджено. Тому установи та заклади охорони здоров'я можуть самостійно в колективному договорі визначати категорії працівників з ненормованим робочим днем та встановлювати їм додаткову тривалість відпустки. Якщо ж у колективному договорі закладу охорони здоров'я не визначено, яким категоріям працівників і якої конкретної тривалості надається додаткова відпустка за ненормований робочий день, то жоден із працівників не має права на таку додаткову відпустку.

На працівників із ненормованим робочим днем поширюється встановлений на підприємстві, в установі, організації режим робочого часу. У зв'язку з цим власник або уповноважений ним орган не мають права систематично залучати працівників, які працюють за таким режимом, до роботи понад установлену тривалість робочого часу. Додаткова відпустка за ненормований робочий день надається пропорційно часу, відпрацьованому на роботі, посаді, що дають право на цю відпустку. Ненормований робочий день не застосовується

для працівників, зайнятих на роботі з неповним робочим днем. Для працівників, які працюють на умовах неповного робочого тижня, ненормований робочий день може застосовуватися.

Відповідно до ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я», «лікарі дільничних лікарень та амбулаторій, розташованих у сільській місцевості, дільничні лікарі-терапевти, лікарі-педіатри та дільничні медичні сестри територіальних дільниць міських поліклінік, лікарі загальної практики (сімейні лікарі), завідувачі терапевтичних та педіатричних відділень поліклінік, лікарі (старші лікарі) та середній медичний персонал виїзних станцій і відділень швидкої та невідкладної медичної допомоги, станцій санітарної авіації і відділень планової та екстреної консультативної допомоги – за безперервну роботу на зазначених посадах у зазначених закладах (на територіальних дільницях) понад три роки мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарні дні. Водночас зберігаються права інших категорій медичних працівників на додаткову оплачувану відпустку в межах існуючих норм».

Відпустка у зв'язку з навчанням. Відповідно до **ст. 15 Закону «Про відпустки»** працівникам, які успішно навчаються без відриву від виробництва у вищих навчальних закладах з вечірньою та заочною формами навчання, надаються додаткові оплачувані відпустки:

1) на період настановних занять, виконання лабораторних робіт, складання заліків та іспитів для тих, хто навчається на першому та другому курсах у вищих навчальних закладах:

– першого та другого рівнів акредитації з вечірньою формою навчання – 10 календарних днів;

– третього та четвертого рівнів акредитації з вечірньою формою навчання – 20 календарних днів;

– незалежно від рівня акредитації із заочною формою навчання – 30 календарних днів;

2) на період настановних занять, виконання лабораторних робіт, складання заліків та іспитів для тих, хто навчається на третьому і наступних курсах у вищих навчальних закладах:

– першого та другого рівнів акредитації з вечірньою формою навчання – 20 календарних днів;

– третього та четвертого рівнів акредитації з вечірньою формою навчання – 30 календарних днів;

– незалежно від рівня акредитації з заочною формою навчання – 40 календарних днів;

3) на період складання державних іспитів у вищих навчальних закладах незалежно від рівня акредитації – 30 календарних днів;

4) на період підготовки та захисту дипломного проекту (роботи) студентам, які навчаються у вищих навчальних закладах з вечірньою та заочною формами – навчання першого та другого рівнів акредитації, – два місяці, а у вищих навчальних закладах третього і четвертого рівнів акредитації – чотири місяці.

Тривалість додаткових оплачуваних відпусток працівникам, які здобувають другу (наступну) вищу освіту за заочною (вечірньою) формою навчання в навчальних закладах післядипломної освіти та вищих навчальних закладах, що мають у своєму підпорядкуванні підрозділи післядипломної освіти, визначають як для осіб, які навчаються на третьому і наступних курсах вищого навчального закладу відповідного рівня акредитації.

Працівникам, допущеним до складання вступних іспитів в аспірантуру з відривом або без відриву від виробництва, для підготовки та складання іспитів надають

один раз на рік додаткову оплачувану відпустку з розрахунку 10 календарних днів на кожний іспит.

Працівникам, які навчаються без відриву від виробництва в аспірантурі та успішно виконують індивідуальний план підготовки, надається додаткова оплачувана відпустка тривалістю 30 календарних днів та за їх бажанням протягом чотирьох років навчання – один вільний від роботи день на тиждень з оплатою його розміром 50 відсотків від середньої заробітної плати працівника.

Крім того, працівникам цієї категорії впродовж четвертого року навчання надається, за їх бажанням, ще один вільний від роботи день на тиждень без збереження заробітної плати. Для працівників, які навчаються у вищих навчальних закладах із вечірньою та заочною формами навчання, де навчальний процес має свої особливості, законодавством може встановлюватись інша тривалість відпусток у зв'язку з навчанням.

Відпустки, передбачені пунктами 1 та 2 частини першої та частиною четвертою статті 15 Закону «Про відпустки», надають впродовж навчального року. На час профспілкового навчання працівникам, обраним до складу виборних профспілкових органів підприємства, установи, організації, надають додаткову оплачувану відпустку тривалістю до 6 календарних днів (ст. 15 Закону «Про відпустки»).

Соціальні відпустки. Працівник має право на соціальні відпустки. До соціальних відпусток належать: відпустка у зв'язку з вагітністю та пологами, відпустка для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, додаткова відпустка працівникам, які мають дітей.

Відповідно до статті 17 Закону «Про відпустки» на підставі медичного висновку жінкам надається оплачувана відпустка у зв'язку з вагітністю та пологами тривалістю:

1) до пологів – 70 календарних днів;

2) після пологів – 56 календарних днів (70 календарних днів – у разі народження двох і більше дітей та в разі ускладнення пологів), починаючи з дня пологів.

Тривалість відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами обчислюють сумарно і вона становить 126 календарних днів (140 календарних днів – у разі народження двох і більше дітей та в разі ускладнення пологів). Її надають повністю незалежно від кількості днів, фактично використаних до пологів. До відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами власник або уповноважений ним орган зобов'язаний за заявою жінки приєднати щорічну відпустку незалежно від тривалості її роботи в поточному робочому році.

Згідно зі статтею 18 Закону «Про відпустки» після закінчення відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами за бажанням жінки їй надають відпустку для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. Підприємство за рахунок власних коштів може надавати жінкам частково оплачувану відпустку та відпустку без збереження заробітної плати для догляду за дитиною більшої тривалості.

Ця відпустка може бути використана повністю або частинами також батьком дитини, бабою, дідом чи іншими родичами, які фактично доглядають за дитиною, або особою, яка усиновила чи взяла під опіку дитину. До того ж батько, баба чи дід подають відповідну заяву, копію свідоцтва про народження дитини та довідка з місця роботи (навчання) матері про те, що вона не перебуває у відпустці для догляду за дитиною.

За бажанням жінки або зазначених осіб у період перебування їх у відпустці для догляду за дитиною вони можуть працювати на умовах неповного робочого часу або

вдома. Водночас за ними зберігається право на одержання допомоги в період відпустки для догляду за дитиною.

Відпустку для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку надають за заявою жінки або осіб, зазначених у частині третій статті 18 Закону «Про відпустки», повністю або частково в межах установленого періоду та оформляється наказом (розпорядженням) власника або уповноваженого ним органу.

Відповідно до статті 19 Закону «Про відпустки» жінці, яка працює і має двох або більше дітей віком до 15 років, або дитину з інвалідністю, або яка усиновила дитину, матері особи з інвалідністю з дитинства підгрупи А І групи, одинокій матері, батьку дитини або особи з інвалідністю з дитинства підгрупи А І групи, який виховує їх без матері (зокрема, у разі тривалого перебування матері в лікувальному закладі), а також особі, яка взяла під опіку дитину або особу з інвалідністю з дитинства підгрупи А І групи, чи одному з прийомних батьків надається щорічно додаткова оплачувана відпустка тривалістю 10 календарних днів без урахування святкових і неробочих днів (ст. 73 Кодексу законів про працю України).

Щодо права на відпустку для одиноких матерів, то це право настає не лише для тих із них, які народили дитину без батька або у свідоцтві про народження дитини по батькові записано зі слів матері, а й для тих, які розлучені, отримують аліменти та вдруге вийшли заміж, але новий чоловік не усиновив дитину від першого шлюбу. Дитиною в Україні вважається особа у віці до 18 років. За наявності декількох підстав для надання цієї відпустки її загальна тривалість не може перевищувати 17 календарних днів.

Цей вид відпустки надають не за відпрацьований рік, а за календарний. Тому незалежно від того, в якому місяці дитині виповнюється 15 років, мати має право на цей вид відпустки впродовж цього календарного року. Додаткові

відпустки працівникам, які мають дітей, надають понад щорічні відпустки, передбачені статтями 6-8 Закону «Про відпустки», а також понад щорічні відпустки, встановлені іншими законами та нормативно-правовими актами, і переносяться на інший період або продовжуються в порядку, визначеному статтею 11 Закону «Про відпустки». У разі звільнення працівника йому виплачують грошову компенсацію за всі не використані ним дні додаткової відпустки працівникам, які мають дітей.

Законом України «Про відпустки» передбачено надання **відпусток без збереження заробітної** плати двох видів:

- ті, що надають за бажанням працівника в обов'язковому порядку (ст. 25 Закону про відпустки), наприклад, відпустка у зв'язку зі смертю родича або відпустка у зв'язку з одруженням;
- ті, що надають за погодженням сторін трудового договору (ст. 26 Закону про відпустки).

Якщо працівник має право на одержання відпустки без збереження заробітної плати за кількома підставами, то після використання відпустки за однією підставою він також може використати відпустки за іншими підставами.

Важливими гарантіями прав працівника під час надання відпусток без збереження заробітної плати, встановлених статтями 25 і 26 Закону України «Про відпустки», є те, що на час надання цих відпусток за працівником зберігається його місце роботи (посада), а час перебування в таких відпустках (за винятком відпустки без збереження заробітної плати для догляду за дитиною до досягнення нею шестирічного віку, а в разі якщо дитина хвора на цукровий діабет I типу (інсулінозалежний) – до досягнення дитиною шістнадцятирічного віку)

зараховують до стажу роботи, що дає право на щорічну основну відпустку.

Для отримання відпустки без збереження заробітної плати працівник подає відповідну заяву на ім'я роботодавця. Надання працівникові відпустки без збереження заробітної плати оформлюється наказом роботодавця із зазначенням підстав надання такої відпустки та її тривалості. До стажу роботи, що дає право на щорічні додаткові відпустки, час перебування працівника у відпустці без збереження заробітної плати не зараховують.

РОЗДІЛ 10 ОПЛАТА ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Порядок оплати праці працівників установлюється відповідно до Кодексу законів про працю, Закону України «Про оплату праці», інших законів, що встановлюють соціальні гарантії працівників та регулюють оплату праці, підзаконних актів.

Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» збільшено кількість організаційно-правових форм закладів охорони здоров'я. Відповідно до ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують *як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності*. Медичне підприємство має право самостійно визначати свою організаційну структуру, штатний розпис та кількість працівників (ч. 3 ст. 67 Господарського кодексу України).

Заклади комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні установи або комунальні некомерційні підприємства. Джерелами фінансування закладу, перетвореного на комунальне некомерційне підприємство, можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб.

Згідно з частиною 15 статті 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» **заклади охорони здоров'я, утворені в результаті реорганізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я – державних та комунальних установ, можуть мати відокремлене майно (зокрема кошти),**

закріплене за ними на праві оперативного управління, самостійний баланс, самостійно затверджувати штатний розпис, мати рахунки в установах банків, печатки.

Відповідно до частин 2 та 3 статті 94 Кодексу законів про працю, розмір заробітної плати залежить від складності та умов виконуваної роботи, професійно-ділових якостей працівника, результатів його праці та господарської діяльності підприємства, установи, організації і максимальним розміром не обмежується.

Статтею 97 Кодексу законів про працю та статтею 15 Закону України «Про оплату праці» встановлено, що форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні сітки, ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються підприємствами, установами, організаціями **самостійно в колективному договорі** з додержанням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною та галузевими (регіональними) угодами. У колективному договорі встановлюють взаємні зобов'язання сторін щодо: нормування та оплати праці визначення форми, системи, розмірів заробітної плати та інших видів трудових виплат – доплат, надбавок, премій тощо (ст. 7 Закону № 3356), Колективний договір визначає принципи оплати праці в конкретному медичному закладі. Установлюючи ці принципи, обов'язково необхідно додержуватися норм і гарантій, передбачених законодавством. Керівник не має права ухвалювати рішення з питань оплати праці, що погіршують умови, установлені законодавством. Системами оплати праці є тарифна та інші системи, які формують на оцінках складності виконуваних робіт і

кваліфікації працівників (ст. 96 КЗпП). Комунальні некомерційні підприємства можуть продовжувати використовувати вже звичну тарифну систему, яка містить тарифні сітки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, професійні стандарти (кваліфікаційні характеристики). Тарифна система – основа для формування та диференціації розмірів зарплати. Формують тарифну сітку (схему посадових окладів) на основі тарифної ставки працівника першого розряду та міжкваліфікаційних (міжпосадових) співвідношень розмірів тарифних ставок (посадових окладів).

Якщо колективний договір на підприємстві, в установі, організації не укладено, власник або уповноважений ним орган зобов'язаний погодити ці питання з виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником), що представляє інтереси більшості працівників, а в разі його відсутності – з іншим уповноваженим на представництво трудовим колективом органом.

Конкретні розміри тарифних ставок (окладів) і відрядних розцінок робітникам, посадових окладів службовцям, а також надбавок, доплат, премій і винагород встановлюються власником або уповноваженим ним органом. Основні норми щодо оплати праці конкретного працівника зазначають у трудовому договорі чи контракті. Надбавки та доплати виплачують залежно від навантаження працівників. Найбільша частина зарплати повинна бути прив'язана до результатів індивідуальної праці, а додаткові виплати та надбавки необхідно надавати за кінцеві результати діяльності працівника медичного закладу.

Отже, комунальні некомерційні підприємства мають повне право самостійно визначатись із системою оплати праці працівників у межах наявних коштів і з урахуванням державних гарантій оплати праці.

Відповідно до ч. 1-2 ст. 8 Закону України «Про оплату праці» держава здійснює регулювання оплати праці працівників підприємств усіх форм власності шляхом установлення розміру мінімальної заробітної плати та інших державних норм і гарантій, установлення умов і розмірів оплати праці керівників підприємств, що базуються на державній, комунальній власності, працівників підприємств, установ та організацій, що фінансуються чи дотуються з бюджету, а також шляхом оподаткування доходів працівників. Умови розміру оплати праці працівників установ та організацій, що фінансуються з бюджету, визначаються Кабінетом Міністрів України. Тобто на комунальне некомерційне підприємство зазначені вимоги не поширюються.

Відповідно до ст. 98 Кодексу законів про працю України, оплата праці працівників установ і організацій, **що фінансуються з бюджету, здійснюється на підставі законів та інших нормативно-правових актів України**, генеральної, галузевих, регіональних угод, колективних договорів, у межах бюджетних асигнувань та позабюджетних доходів.

Відповідно до ст. 8 Закону України «Про оплату праці» умови і розміри оплати праці працівників установ та організацій, що фінансуються з бюджету, визначаються Кабінетом Міністрів України.

Умови оплати праці названих працівників урегульовані постановою Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 р. № 1298 «Про оплату праці»

працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери».

У цьому і полягає головна відмінність від госпрозрахункових підприємств: умови оплати праці працівників-бюджетників строго регламентовані документами Кабміну, для закладів охорони здоров'я такими документами є *Постанова № 1298* та розроблені на її виконання Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, затверджені спільним Наказом Мінпраці та МОЗ від 05.10.2005 р. № 308/519.

Ці Умови застосовують під час обчислення заробітної плати:

– працівників сфери охорони здоров'я та соціального захисту населення України незалежно від підпорядкування;

– працівників будинків відпочинку, пансіонатів, туристських баз, оздоровчих таборів, центрів, будинків творчості та профілакторіїв;

– працівників, які допущені в установленому порядку до медичної та фармацевтичної діяльності відповідно до порядку, установленому МОЗ України;

– професіоналів та фахівців, що прирівняні за оплатою праці до медичних та фармацевтичних працівників (психологи, біологи, зоологи, ентомологи тощо).

Розмір посадового окладу конкретного працівника визначають шляхом множення розміру посадового окладу працівника першого тарифного розряду на відповідний тарифний коефіцієнт, зазначений у Єдиній тарифній сітці (ЄТС). Розмір мінімальної тарифної

ставки (посадового окладу) працівника з 1-м тарифним розрядом не може бути нижчим від прожиткового мінімуму, встановленого на 1 січня календарного року для працездатної особи. Такі вимоги містять ст. 6 Закону про оплату праці та ст. 96 КЗпП.

Розмір посадового окладу вже визначений на законодавчому рівні. Розміри посадових окладів (тарифних ставок) визначаються за тарифними розрядами Єдиної тарифної сітки, які встановлюються професіоналам, фахівцям залежно від наявної кваліфікаційної категорії, робітникам – кваліфікаційного розряду в межах діапазону, визначеного для цих посад (професій) Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників і відображаються у тарифікаційному списку.

Оплату праці працівників здійснюють за фактично відпрацьований час, виходячи з посадового окладу (тарифної ставки), або залежно від виконання норм виробітку і відрядних розцінок з урахуванням підвищень, доплат та надбавок, передбачених діючим законодавством. Заробітна плата працівника граничними розмірами не обмежується.

Відповідно до ст. 31 Закону про оплату праці заробітна плата медичних працівників у разі, якщо ті відпрацювали повну місячну норму робочого часу, не може бути нижчою від розміру мінімальної заробітної плати. Тому зарплата працівника з 1-го до 11-го тарифного розряду (з усіма доплатами, надбавками, заохочувальними виплатами) не може бути нижчою від мінімальної. У протилежному разі роботодавець зобов'язаний нарахувати доплату до цієї суми. З огляду на те, що до цієї категорії належать як кваліфіковані, так і некваліфіковані працівники, очільники медичних закладів

повинні підійти до нарахування доплат диференційовано, враховуючи: складність виконуваної роботи, відповідальність працівника умови його роботи, результат виконаної роботи, кваліфікацію працівника (п. 2 Постанови № 1037). Проводячи диференціацію доплат до заробітної плати медпрацівникам, керівник може встановлювати їх розмір у межах фонду заробітної плати.

Під час обчислення розміру заробітної плати працівника для забезпечення її мінімального розміру не враховуються доплати за роботу в несприятливих умовах праці та підвищеного ризику для здоров'я, за роботу в нічний та надурочний час, роз'їзний характер робіт, премії до святкових і ювілейних дат (ст. 31 Закону України «Про оплату праці»).

Тобто під час обчислення розміру заробітної плати працівника для забезпечення її мінімального розміру враховуються такі передбачені Умовами оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, затвердженими спільним Наказом Міністерства соціальної політики України та МОЗ України від 05.10.2005 р. № 308/519, та іншими нормативними актами надбавки, доплати і підвищення посадових окладів, як обов'язкові, так і необов'язкові:

Підвищення посадових окладів:

- за наявність кваліфікаційної категорії;
- за оперативне втручання;
- за диплом із відзнакою;
- за керування санітарним транспортом;
- у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці;
- інші підвищення посадових окладів (тарифних ставок), передбачені п. 2.4 Умов № 308/519.

Доплати:

- за науковий ступінь;
- за ненормований робочий день для водіїв легкових та санітарних автомобілів, автомобілів швидкої медичної допомоги;
- шеф-кухарю, який не звільнений від основної роботи;
- за суміщення професій (посад), виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника та розширення зони обслуговування або збільшення обсягу виконуваних робіт.

Надбавки:

- за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я (Постанова КМУ від 29.12.2009 р. № 1418);
- за особливий характер праці (Постанова КМУ від 27.03.2013 р. № 199);
- за особливі умови праці (Постанова КМУ від 27.03.2013 р. № 199);
- за тривалість безперервної роботи;
- за почесні звання;
- за знання та використання в роботі іноземної мови;
- за спецконтингент;
- за професійну майстерність;
- за класність водіям тощо.

У разі проведення подвійної оплати праці за роботу у святкові дні ці виплати також враховуються до розміру мінімальної заробітної плати.

До переліку доплат за роботу в несприятливих умовах праці та підвищеного ризику для здоров'я, які встановлюються понад мінімальну заробітну плату,

відносяться доплати працівникам, які використовують у роботі дезінфікувальні засоби, що передбачено пунктом 3.4.7 Умов № 308/519, і доплати робітникам закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, зайнятим на роботах зі шкідливими і важкими умовами праці відповідно до пункту 3.4.5 цих Умов.

Посадові оклади керівників закладів охорони здоров'я, з урахуванням підвищення за кваліфікаційну категорію, не можуть бути нижчими від посадових окладів керівників структурних підрозділів – лікарів (провізорів) відповідної або нижчої кваліфікації, з урахуванням підвищення за оперативне втручання. Цей порядок установлення посадових окладів не застосовується для керівників, які не мають кваліфікаційної категорії.

Конкретні розміри доплат, надбавок та інших виплат визначаються керівником закладу за рахунок і в межах фонду заробітної плати та відображаються в розрахункових відомостях на виплату заробітної плати. Визначення розміру заробітної плати проводять в усіх випадках окремо за основною посадою і під час роботи за сумісництвом.

Преміювання керівників закладів, установ та їх заступників, установлення їм надбавок та доплат до посадових окладів, надання матеріальної допомоги здійснюється за рішенням органу вищого рівня у межах наявних коштів на оплату праці.

Зміни розмірів посадових окладів, підвищень, доплат та надбавок, що визначають заробітну плату працівників, проводяться з моменту (дня): призначення на посаду фахівця відповідної кваліфікації; присвоєння кваліфікаційної категорії, розряду, почесного звання, наукового ступеня; зміни розміру окладу (тарифної ставки) працівника 1-го тарифного розряду.

Днем присвоєння (присудження) є: для почесних звань – дата Указу Президента України; для кваліфікаційної категорії – дата наказу відповідного органу (закладу, установи) про затвердження рішення атестаційної комісії; кваліфікаційного розряду – дата наказу по закладу, установі; наукового ступеня – дата винесення Вищою атестаційною комісією рішення про видачу диплома.

Установлення (зміна розміру) надбавки за тривалість безперервної роботи провадиться з місяця, що настає за місяцем, коли виникло таке право. Керівник закладу охорони здоров'я несе відповідальність за своєчасне та правильне визначення розміру заробітної плати працівників згідно з чинним законодавством. При встановленні факту неправильної оплати праці керівник закладу, установи зобов'язаний вжити заходів щодо негайного виправлення помилок та виплати працівникові належної йому суми за весь час неправильної оплати, а також визначити ступінь дисциплінарної та матеріальної відповідальності осіб, безпосередньо винних у цьому.

РОЗДІЛ 11

ПЕНСІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

На сьогодні питання пенсійного забезпечення регулюються такими нормативними актами:

- Закон України «Про пенсійне забезпечення» від 5 листопада 1991 року № 1788-ХІІ;
- Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 9 липня 2003 року № 1058-ІV.

Відповідно до ст. 2 Закону «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», структура системи пенсійного забезпечення складається з трьох рівнів:

1-й рівень: *солідарна система.* Вона працює за принципом перерозподілу коштів між поколіннями працівників та пенсіонерів. Іншими словами, пенсіонери отримують пенсію з частини доходу тих, хто ще працює;

2-й рівень: *накопичувальна система пенсійного страхування* базується на засадах накопичення коштів застрахованих осіб у Накопичувальному фонді або у відповідних недержавних пенсійних фондах – суб'єктах другого рівня системи пенсійного забезпечення та здійснення фінансування витрат на оплату договорів страхування довічних пенсій і одноразових виплат на умовах та в порядку, передбачених законом;

3-й рівень: *система недержавного пенсійного забезпечення* базується на засадах добровільної участі громадян, роботодавців та їх об'єднань у формуванні пенсійних накопичень із метою отримання громадянами пенсійних виплат на умовах та в порядку, передбачених законодавством про недержавне пенсійне забезпечення.

Перший та другий рівні системи пенсійного забезпечення в Україні становлять систему загальнообов'язкового державного пенсійного страхування. Другий та третій рівні системи пенсійного забезпечення в Україні становлять систему накопичувального пенсійного забезпечення. Для окремих категорій громадян законами України можуть встановлюватися умови, норми і порядок їх пенсійного забезпечення, відмінні від загальнообов'язкового державного пенсійного страхування і недержавного пенсійного забезпечення.

Перші два рівні мають обов'язковий характер, а третій рівень – добровільний. До того ж накопичувальна система пенсійного забезпечення згідно із законодавством почала функціонувати з 01.01.2019. Громадяни України можуть отримувати пенсійні виплати одночасно з різних рівнів системи пенсійного забезпечення.

Для медичних працівників законодавством передбачено два види трудових пенсій: за вислугу років та за віком.

Водночас, відповідно до ст. 6 Закону «Про пенсійне забезпечення» особам, які мають право на різні види державної пенсії, призначається одна пенсія за їх вибором. Як пенсію за вислугу років, так і пенсію за віком обчислюють із середньомісячного заробітку, який особа отримувала перед зверненням за пенсією. Середньомісячний заробіток для обчислення пенсії беруть за будь-які 60 календарних місяців роботи підряд упродовж усієї трудової діяльності незалежно від перерв у роботі (ст. 53 Закону № 1788-ХІІ).

Особливості призначення пенсії за вислугу років працівникам медичних закладів. Згідно зі статтею 51 Закону України «Про пенсійне забезпечення» № 1788

пенсії за вислугу років встановлюють окремим категоріям громадян, зайнятих на роботах, виконання яких призводить до втрати професійної працездатності або придатності до настання віку, що дає право на пенсію за віком.

Медичним працівникам за нормами Закону України від 09.07.2003 року № 1058 «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» за наявності трудового стажу, передбаченого Законом України від 05.11.1991 року № 1788 «Про пенсійне забезпечення» можуть призначатися пенсії за вислугу років. Відповідно до норм статті 7 Закону № 1788 пенсію за вислугу років працівникові призначають за умови, якщо він залишає роботу, яка дає право на цю пенсію. Ще однією умовою є наявність спеціального стажу відповідно до Переліку відповідних посад і закладів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 04.11.1993 року № 909 «Про перелік закладів і установ освіти, охорони здоров'я та соціального захисту і посад, робота на яких дає право на пенсію за вислугу років». Відповідно до зазначеного Переліку право на пенсію за вислугу років надано лікарям та середньому медичному персоналу (незалежно від найменування посад) таких закладів охорони здоров'я:

– лікувальні установи, лікувально-профілактичні заклади особливого типу, лікувально-трудова профілакторія, амбулаторно-поліклінічні заклади, заклади швидкої і невідкладної медичної допомоги, заклади переливання крові, охорони материнства і дитинства, санаторно-курортні заклади, установи з проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань Держсанепідслужби та територіальні органи Держсанепідслужби (щодо працівників, які не є державними службовцями), санітарно-епідеміологічні

заклади, діагностичні центри (лікарі та середній медичний персонал, незалежно від посад);

– аптеки, аптечні кіоски і магазини, контрольньо-аналітичні лабораторії (провізори, фармацевти (незалежно від посад), лаборанти);

– медико-соціальні експертні комісії, бюро судово-медичної експертизи (лікарі та середній медичний персонал).

Відповідно до примітки 3 вищезазначеного Переліку робота за спеціальністю в закладах, установах і на посадах до 1 січня 1992 року, яка давала право на пенсію за вислугу років відповідно до раніше діючого законодавства, зараховується до стажу для призначення пенсії за вислугу років. Незалежно від форми власності або відомчої належності закладів і установ робота за спеціальністю, яка передбачена Переліком, дає право на пенсію за вислугу років. Тому працівники закладів та установ приватної форми власності, якщо такі визначені Переліком, мають право на призначення пенсії за вислугу років. При призначенні даного виду пенсії допускається підсумовування стажу за періоди роботи працівників у закладах і установах освіти, охорони здоров'я та соціального захисту. Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо пенсійного забезпечення» від 2 березня 2015 року № 213 збільшено спеціальний стаж, необхідний для призначення пенсії за вислугу років медичним працівникам. При призначенні даного виду пенсії в період:

- з 1 квітня 2015 року до 31 березня 2016 року потрібно мати не менше ніж 25 років 6 місяців спеціального стажу;

- з 1 квітня 2016 року до 31 березня 2017 року – не менше ніж 26 років;

- з 1 квітня 2017 року до 31 березня 2018 року – не менше ніж 26 років 6 місяців;
- з 1 квітня 2018 року до 31 березня 2019 року – не менше ніж 27 років;
- з 1 квітня 2019 року до 31 березня 2020 року – не менше ніж 27 років 6 місяців;
- з 1 квітня 2020 року до 31 березня 2021 року – не менше ніж 28 років;
- з 1 квітня 2021 року до 31 березня 2022 року – не менше ніж 28 років 6 місяців;
- з 1 квітня 2022 року до 31 березня 2023 року – не менше ніж 29 років;
- з 1 квітня 2023 року до 31 березня 2024 року – не менше ніж 29 років 6 місяців;
- з 1 квітня 2024 року або після цієї дати – не менше ніж 30 років.

Спеціальний стаж обчислюють за даними трудової книжки. Якщо за записами трудової книжки не можна зробити достовірного висновку про страховий стаж, потрібно додатково подати уточнювальну довідку закладу або інші підтверджувальні документи (положення про заклад; структуру, штатні розписи, акредитаційний сертифікат тощо) до районного (міського) управління ПФУ. Пенсійне законодавство не передбачає зарахування до спеціального стажу часу навчання у вишах та періоду проходження військової служби.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до ст. 60 Закону України «Про пенсійне забезпечення» робота в лепрозорних і протичумних закладах охорони здоров'я, у закладах (відділеннях) з лікування осіб, заражених вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, в інших інфекційних закладах (відділеннях) охорони здоров'я, у патолого-анатомічних і реанімаційних відділеннях закладів охорони здоров'я, а також у психіатричних

закладах охорони здоров'я зараховується до стажу роботи у подвійному розмірі. Пільгове обчислення (в подвійному розмірі) страхового стажу застосовується лише до 1 січня 2004 року.

Згідно зі статтею 7 Закону України «Про пенсійне забезпечення» пенсії за вислугу років призначають після залишення роботи, яка дає право на цю пенсію. Отже, у період отримання цього виду пенсії працювати можна лише на посадах і в закладах, які не передбачені Переліком (Постанова № 909). У разі повернення пенсіонера на роботу на посаду, зазначену в Переліку, виплату пенсії припиняють на весь період роботи і поновлюють після звільнення з роботи.

Наприклад, лікар вийшов на пенсію за вислугу років і продовжив трудову діяльність у сфері страхування. Він пропрацював деякий час у страховій компанії і вирішив повернутися до медичної практики. ПФУ припинив виплачувати йому пенсію за вислугу років. Далі лікар пропрацював у сфері охорони здоров'я ще півтора року, а потім все ж таки залишив цю діяльність та оформив пенсію за вислугу років. У цьому разі ПФУ не враховує відпрацьований час після перерви, а відновлює раніше призначену пенсію.

Пенсію за віком призначають відповідно до Закону «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування». Так, у ст. 26 визначено умови призначення пенсії за віком: особи мають право на призначення пенсії за віком **після досягнення віку 60 років за наявності страхового стажу не менше ніж 15 років до 31 грудня 2017 року.**

Починаючи з 1 січня 2018 року право на призначення пенсії за віком після досягнення віку 60 років мають особи за наявності страхового стажу:

- з 1 січня 2018 року до 31 грудня 2018 року – не менше ніж 25 років;
- з 1 січня 2019 року до 31 грудня 2019 року – не менше ніж 26 років;
- з 1 січня 2020 року до 31 грудня 2020 року – не менше ніж 27 років;
- з 1 січня 2021 року до 31 грудня 2021 року – не менше ніж 28 років;
- з 1 січня 2022 року до 31 грудня 2022 року – не менше ніж 29 років;
- з 1 січня 2023 року до 31 грудня 2023 року – не менше ніж 30 років;
- з 1 січня 2024 року до 31 грудня 2024 року – не менше ніж 31 рік;
- з 1 січня 2025 року до 31 грудня 2025 року – не менше ніж 32 роки;
- з 1 січня 2026 року до 31 грудня 2026 року – не менше 33 роки;
- з 1 січня 2027 року до 31 грудня 2027 року – не менше ніж 34 роки;
- **починаючи з 1 січня 2028 року – не менше ніж 35 років.**

Пенсію за віком призначають незалежно від того, припинено роботу на час звернення за пенсією чи вона продовжується. Як було зазначено вище, після досягнення віку 60 років та за наявності страхового стажу особа має право на пенсію за віком. Заява про призначення пенсії за віком може бути подана застрахованою особою не раніше ніж за один місяць до досягнення пенсійного віку.

Досягнувши пенсійного віку, особа має три варіанти дій:

- оформити пенсію за віком і не працювати;
- оформити пенсію за віком і продовжити працювати;

- не оформлювати пенсію за віком, продовжуючи працювати.

Розглянемо два останні випадки.

Так, особам, які оформили пенсію за віком та продовжують працювати, проводять періодичний перерахунок пенсій кожні 24 місяці страхового стажу. Водночас перерви в роботі не впливають на право особи щодо перерахунку пенсії, адже останній здійснюється після 24 відпрацьованих місяців. Такий перерахунок проводять на підставі відповідної заяви до органів Пенсійного фонду. Без відповідної заяви проводиться перерахунок пенсії тим особам, які станом на 1 березня року, в якому здійснюється перерахунок, набули права на проведення перерахунку на найбільш вигідних умовах. Що мається на увазі під «найбільш вигідними умовами», залишається загадкою. Тому зверніться до працівників ПФУ з проханням роз'яснити це питання щодо вашого конкретного випадку.

Для осіб, які мають право на пенсію за віком, але вирішили працювати та одержувати пенсію з більш пізнього періоду, законодавством передбачене підвищення розміру пенсії:

- на 0,5 % – за кожний повний місяць страхового стажу, у разі відстрочення виходу на пенсію терміном до 60 місяців;

- на 0,75 % – за кожний повний місяць страхового стажу, у разі відстрочення виходу на пенсію терміном понад 60 місяців.

Таке підвищення починають обчислювати з місяця, наступного за місяцем досягнення пенсійного віку. Неповні місяці в разі підвищення розміру пенсії в даному випадку не врахують. Оскільки вихідні умови підвищення

розміру пенсії однакові, то для підвищення розміру пенсії на 0,75 % – достатньо пропрацювати 61 місяць (5 років і 1 місяць).

Згідно зі ст. 24 Закону № 1058-IV страховий стаж обчислюється територіальними органами Пенсійного фонду відповідно до вимог цього Закону за даними, що містяться в системі персоніфікованого обліку, а за періоди до впровадження системи персоніфікованого обліку – на підставі документів та в порядку, визначеному законодавством, що діяло до набрання чинності цим Законом. Щоб оформити пенсію слід звернутися з відповідною заявою та необхідними документами до територіального органу Пенсійного фонду. Також можна звернутися до фонду через представника. Повноваження останнього повинні бути засвідчені нотаріальною довіреністю. Звернення за призначенням пенсії може здійснюватися у будь-який час після виникнення права на пенсію.

Пенсії за віком призначають розміром 55 % від заробітку (ст. 64), але не нижче від мінімального розміру пенсії. За кожний повний рік роботи понад 25 років чоловікам і 20 років жінкам пенсія збільшується на 1 % від заробітку, але не менше ніж на 1 % від мінімального розміру пенсії.

Кожного року пенсійні виплати підлягають перерахунку у зв'язку зі збільшенням середнього розміру заробітної плати. Розмір, дата та порядок такого збільшення визначаються у межах бюджету Пенсійного фонду за рішенням Кабінету Міністрів України. Так, згідно зі ст. 42 Закону № 1058-IV для забезпечення індексації пенсії щороку проводять перерахунок раніше призначених пенсій шляхом збільшення показника

середньої заробітної плати (доходу) в Україні, з якої сплачено страхові внески, та який враховується для обчислення пенсії.

Отже, медпрацівники мають право на пенсію за вислугу років або за віком. ПФУ не виплачує дві пенсії одночасно. Тому працівник повинен вирішити, яку пенсію він буде отримувати. Якщо медпрацівник обере пенсію за вислугу років, він повинен остаточно залишити роботу, пов'язану з медичною діяльністю. Якщо ж він працюватиме й надалі в цій сфері, то матиме право на пенсію за віком.

Мінімальний розмір пенсії за віком згідно з ст. 28 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» від 09.07.2003 р. № 1058 встановлюється за наявності страхового стажу не менше у чоловіків – 35 років, у жінок – 30 років (для призначених до 01.10.2011 відповідно 25 і 20 років), на рівні прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

З 1 січня 2018 року для осіб, які досягли віку 65 років, мінімальний розмір пенсії за віком за наявності в чоловіків 35 років, а в жінок – 30 років страхового стажу встановлюється розміром 40 % від мінімальної заробітної плати, визначеної законом про Державний бюджет України на відповідний рік, але не менше ніж прожитковий мінімум для осіб, які втратили працездатність, визначеного законом. **Розмір пенсії не може перевищувати десяти прожиткових мінімумів, установлених для осіб, які втратили працездатність.**

Для виходу на пенсію у 2020 році після досягнення віку чоловіками 60 років та жінками 59 років (з 1 квітня 2020 року – 59 років 6 місяців) потрібно мати страховий

стаж не менше ніж 27 років, із кожним наступним роком страховий стаж, що дає право на призначення пенсії за віком, поступово зростатиме й у 2028 році необхідний страховий стаж становитиме 35 років.

Особам, які не мають достатнього для призначення повної пенсії стажу роботи, призначаються пенсії за віком за неповного стажу розміром, пропорційним наявному стажу, але не менше ніж соціальна пенсія.

РОЗДІЛ 12

МОРАЛЬ І ЕТИКА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Мораль конкретних соціальних, професійних груп людей вивчають відповідні галузі етики. Одним із видів професійної етики є етика медичних працівників.

Етика медичних працівників – галузь етичної науки, яка досліджує об’єктивні основи, сутність, специфіку, структуру й основні функції моралі працівників медичної сфери діяльності.

Мораль медичних працівників є одним з ефективних механізмів передбачення і вирішення суперечностей і конфліктів, які виникають у цій сфері діяльності. Специфіку її досліджує медична етика, якій належить особливо важлива роль у формуванні принципів, на яких ґрунтується моральний кодекс працівників системи охорони здоров’я.

Принципи моралі медичних працівників. Існують різні точки зору на систему та субординацію принципів моралі медичних працівників (їх називають принципами медичної етики, а іноді й принципами біоетики). Безперечно, визначальним принципом моралі медичних працівників є принцип гуманізму.

Гуманізм – принцип етики, що став і принципом моралі, основою якого є переконання в безмежних можливостях, здатності до вдосконалення людини, вимога свободи і захисту її гідності, визнання права людини на щастя, проголошення задоволення її потреб та інтересів кінцевою метою суспільства.

У моралі та етиці медичних працівників цей принцип має особливе значення, оскільки збереження здоров'я, життя людини є основою реалізації принципу гуманізму.

Похідними від принципу гуманізму є принципи «Не зашкодь», «Роби благо», принцип поваги автономії пацієнта, справедливості тощо.

Принцип «Не зашкодь» (лат. *primum non nocere*). Зобов'язує під час допомоги хворому не завдати йому шкоди. Для цього необхідні відповідні знання, компетентність, професіоналізм, моральні якості медичного працівника. Пацієнтові може бути завдано шкоди бездіяльністю, ненаданням допомоги, недбалістю, злим наміром, неправильними, необдуманими, некваліфікованими діями. Іноді хворому шкодять об'єктивно необхідні в конкретній ситуації дії.

Ненадання допомоги є не лише морально непорядним явищем. Нерідко воно кваліфікується як правопорушення, невиконання передбаченого законом або іншими правовими актами обов'язку. У такому разі проблема стає не стільки моральною, скільки юридичною. Якщо, наприклад, лікар під час чергування не виконує необхідних дій щодо пацієнта, то він відповідатиме і за невиконання своїх обов'язків, і за спричинені його бездіяльністю наслідки. Отже, у цьому разі звертатиметься увага на причини бездіяльності лікаря. Притягти його до відповідальності за бездіяльність не під час виконання службових обов'язків непросто, а іноді й зовсім неможливо.

До сфери юриспруденції належить також шкода, завдана внаслідок недбалості, несумлінності або навмисних дій. Водночас вона підлягає і моральному осуду. Недбалістю, недобросовісністю вважають

насамперед неналежне виконання лікарем зафіксованих правовим актом прямих обов'язків, наприклад невиконання передбачуваної у конкретній ситуації процедури.

Певну специфіку має шкода, завдана внаслідок недостатньої кваліфікації, некомпетентності, невміння лікаря якісно виконувати свої обов'язки. Поняття «кваліфікація лікаря» має науковий і моральний аспекти: той, хто, ставши лікарем, не здатний виконувати свої функції, гідний морального осуду. Ставлення до лікарів, очікування на результати їх старань є диференційованими. Безперечно, до лікаря високої кваліфікації ставлять вищі вимоги як до спеціаліста і в моральному сенсі.

Діяльність лікаря пов'язана з необхідністю завдання об'єктивно необхідної шкоди. Мало не кожне звертання пацієнта до лікаря передбачає ризик її завдання. З точки зору пацієнта, така шкода може мати кілька видів: візит до лікаря вимагає часу, нерідко грошей, певний приписаний лікарем режим обмежує свободу людини тощо. Інші види шкоди є наслідком інформації чи дезінформації про стан здоров'я пацієнта, передавання цієї інформації третім особам (порушення правила конфіденційності), а також процедур, які викликають біль, тощо. У цій ситуації шкода неминуча. Головне, щоб вона не перевищувала блага, яке отримує пацієнт у результаті медичного втручання, а також, щоб була мінімальною порівняно з усіма можливими варіантами.

Отже, принцип «Не зашкодь» полягає в тому, що шкода, якої завдає лікар пацієнтові, повинна бути лише об'єктивно неминучою і мінімальною.

Принцип «Роби благо». На відміну від принципу «Не зашкодь», який відіграє обмежувальну роль, цей принцип

вимагає певних позитивних дій, які ще називають благодіянням, добродійністю, філантропією (грец. *philanthropia* – людинолюбство), милосердям тощо. У колишньому Радянському Союзі такі дії кваліфікували як надумані й лицемірні, оскільки добродійність стосовно окремої людини відволікала від глобальної мети – ощасливлення людства шляхом побудови комунізму. До того ж вважалося, ніби жалість (а добродійність ґрунтується на почуттях жалості і співчуття) принижує гідність людини.

Отже, принцип «Роби благо» акцентує не просто на уникненні шкоди, а на активних діях, які б запобігали їй. До того ж мається на увазі будь-яка шкода, якій лікар здатний запобігти або яку він може нейтралізувати - біль, страждання, недієздатність, смерть пацієнта. Іноді цей принцип формулюють дещо інакше – «Роби (твори) добро». Аргументом на користь такого формулювання є те, що благо лише тоді стає моральним феноменом, коли людина, творячи його, керується моральними мотивами. Проте зміст морального кодексу медика виходить за межі моральних проблем. У ньому втілено елементи права, корпоративних, навіть утилітарних рекомендацій. Тому раціональніше формулювати його як принцип «Роби благо».

Тлумачення та обґрунтування цього принципу пов'язане з певними труднощами. У своїй крайній формі він може сприйматися в дусі граничного альтруїзму, що вимагає обов'язкової самопожертви, тому його варто розуміти більше як моральний ідеал, ніж моральний обов'язок. Додержання цього принципу заслуговує на схвалення (наприклад, лікар пропонує пацієнтові свою кров для переливання, нирку для пересадки), проте не

можна вважати аморальною відмову лікаря від такого кроку. Отже, обґрунтування принципу «Роби благо» зводиться до непростого питання про те, чи може, а якщо так, то в яких випадках, йтися про обов'язок робити благо.

Система охорони здоров'я повинна дбати не лише про уникнення шкоди, а й про забезпечення блага пацієнта, кожної людини і суспільства загалом. Благом, про яке зобов'язані дбати медики, є здоров'я пацієнтів. Відповідно завдання системи охорони здоров'я полягає в запобіганні втраті здоров'я, відновленні втраченого здоров'я пацієнта. Отже, нерідко доводиться лише призупиняти розвиток хвороби чи полегшувати біль і страждання тих, хто вмирає.

Традиція медичної практики ґрунтується на тому, що в кожному випадку саме лікар вирішує, що є благом для пацієнта. Такий підхід називають патерналістським, оскільки лікар діє наче батько, який не лише турбується про благо своєї дитини, а й визначає, в чому воно полягає. Медичний патерналізм передбачає, що лікар може покладатися лише на власне розуміння потреб пацієнта в лікуванні, інформуванні, консультуванні тощо. Принципи патерналізму дають можливість виправдовувати примусові заходи стосовно пацієнтів, їх обман, приховування від них інформації, якщо це робиться з точки зору лікаря для їх блага.

У цей час окреслився масовий відхід від принципів патерналізму. Це зумовлено підвищенням грамотності населення, усвідомленням того, що в плюралістичному суспільстві, де визнаються різні системи цінностей, цінності лікаря, його уявлення про благо пацієнта можуть і не збігатися з уявленнями пацієнта про власне благо.

Принцип поваги автономії пацієнта. Сформульований наприкінці ХХ ст., коли безумовну компетентність лікаря у визначенні блага пацієнта було взято під сумнів. Передумовою його було визнання того, що лише автономна особистість здатна робити вільний вибір. В іншому разі не доцільно вести мову про відповідальність і моральний феномен. Будь-яку дію людини можна вважати автономною лише за додержання таких умов:

- умисність, або інтенціональність (відповідність власному замислу, плану) дії. Отже, реактивну дію, яку людина здійснює не задумуючись, не вважають автономною;

- усвідомлення людиною того, що вона робить; відсутність зовнішнього впливу, який визначає хід і результати дії. Ці вимоги можуть реалізовуватися з різною мірою категоричності й вичерпності.

Якщо, наприклад, лікар пропонує пацієнтові хірургічну операцію, то, для того щоб зробити автономний вибір, пацієнт повинен знати сутність справи, а спеціальні медичні знання для цього не обов'язкові. Крім того, на його вибір можуть вплинути поради, міркування близьких, фахівців. Оскільки пацієнт сприймає такі поради як додаткову інформацію для ухвалення раціонального рішення, то його вибір буде автономним. Хворий може не погодитися з пропозицією лікаря. А якщо погоджується, то робить його рекомендацію власним рішенням. Цим задовольняється умова автономності вибору.

Принцип поваги автономії пацієнта передбачає, що зроблений ним вибір повинен визначати в певному розумінні дії лікаря. Цей принцип ґрунтується на визнанні самоцінності особистості. Згідно з деонтологічною етикою (розділом етики, який розглядає проблеми обов'язку і

належного) І. Канта повага автономії впливає із визнання кожної людини безумовною цінністю, здатною самотійно визначати свою долю. Той, хто розглядає людину лише як засіб досягнення своїх цілей безвідносно до її цілей (бажань, намірів, прагнень), обмежує її свободу і тим самим відмовляє їй в автономії. Щодо цього І. Кант висловив думку, яка є основою всіх міжнародних і національних етичних кодексів, декларацій, інших документів, що регулюють моральний і юридичний аспекти медичного втручання у фізичне й психічне життя людини: кожна особистість – самоціль, у жодному разі її не можна розглядати як засіб реалізації будь-яких завдань, навіть якщо це завдання загального блага. Це твердження виправдане історією. А жертвування благами та інтересами окремої людини на користь загального блага в тоталітарних державах породжувало численні біди не лише для окремих людей, а й для суспільства загалом. Особливо істотною є ця вимога щодо медичних експериментів на людині, оскільки ризик у такому експерименті поширюється на досліджуваного, а передбачуване благо стає надбанням усього людства. Очевидно, ризик піддослідного повинен бути співвимірним з очікуваним саме для нього благом, а участь в експерименті повинна бути його свідомим і вільним вибором.

У практиці охорони здоров'я принцип поваги автономії проголошує не лише недопустимість перешкод автономним діям пацієнта або піддослідного, а й сприяння реалізації його автономії, зокрема завдяки передаванню йому достовірної інформації. Цей принцип не поширюється на людей, нездатних діяти автономно: дітей, пацієнтів з психічними захворюваннями (визнаних судом

недієздатними), тих, хто перебуває в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, тощо. Їх доводиться захищати від шкоди, яку вони можуть завдати собі, тобто керуватися ще й принципом «Роби благо».

Принцип справедливості. Поняття «справедливість» багатозначне навіть у контексті медичної етики. У простих ситуаціях, коли медичний працівник більше уваги приділяє одному пацієнтові, а менше іншому, він чинить несправедливо. Складніше розібратися, наскільки справедливо він розподіляє ресурси – фінанси, спеціалістів, препарати тощо. За кількісного їх обмеження виникає проблема вибору критерію цього розподілу, доводиться орієнтуватися або на зрівняльну справедливість, або на розподільну. Розподіл ресурсів залежить не лише від медичних працівників, а й від держави. За ринкової економіки й майнової нерівності проблематично стверджувати про справедливість у вирішенні цих питань.

Правила взаємовідносин медичного працівника і пацієнта. Етичні принципи медичного працівника конкретизуються і доповнюються правилами, насамперед правилами правдивості, конфіденційності, інформованої згоди. Вони реалізуються у взаємодії «лікар – пацієнт», «медсестра – пацієнт», «соціальний працівник – пацієнт» тощо.

Правило правдивості. Бути правдивим означає повідомляти співрозмовнику те, що з точки зору мовця відповідає дійсності. Іноді це правило виражається у формі заборони говорити неправду, тобто те, що на думку того, хто говорить, є неправдою.

Згідно з правилом правдивості людина повинна казати правду лише тому, хто має право її знати. Наприклад, якщо

знайомий лікаря поцікавиться діагнозом його пацієнта, то в цьому разі правило правдивості не накладає на нього ніяких обов'язків. Побутує також думка, що правило правдивості передбачає право співрозмовника, який слухає, на отримання правдивого повідомлення. Мовляв, з моральної точки зору правдивим потрібно бути завжди. Тоді на запитання про діагноз пацієнта потрібно відповісти: «Я не маю права розголошувати медичну інформацію, що стосується моїх пацієнтів. Це лікарська таємниця». Однак у такому разі теж фігурує неправда, навмисне перекручення дійсності, тому що замість відповіді на чітко поставлене запитання пояснюють, чому не можна на нього відповідати.

Правдивість є необхідною умовою ефективного спілкування і соціальної взаємодії, оскільки забезпечує взаємну довіру партнерів. Неправда руйнує узгодженість, скоординованість взаємовідносин між людьми.

Правило правдивості визнають усі етики, проте існують різні думки щодо того, наскільки беззастережно потрібно його додержуватись. І. Кант, наприклад, вважав його абсолютним. Казати неправду, переконував він, не можна нікому, ніколи і за жодних обставин, навіть заради врятування життя друга. Згідно з точкою зору, яка панує в медицині, недоцільно говорити правду, якщо це може зашкодити пацієнтові – викликати негативні емоції, зіпсувати настрій, спричинити депресію тощо. Опоненти цього твердження вважають пацієнта рівноправним партнером у стосунках із медичним працівником.

Є й інші підстави для додержання правила правдивості. Наприклад, громадянин, який не має приватної власності, міг бути непоінформованим про неминучу смерть. Та якщо він має велику власність,

інформація про стан здоров'я спонукає його своєчасно заповісти її спадкоємцям. Ці обставини досить істотні в медичній етиці західних країн.

Не менш важлива і така деталь: пацієнт, який приховує правду про стан свого здоров'я, теж завдає шкоди своїм відносинам із медичним працівником. А те, що закон не зобов'язує пацієнтів говорити правду, не передбачає право лікаря одержувати правдиву інформацію, не знімає моральної відповідальності з пацієнта за довірчі відносини з медичним працівником.

Обов'язок, право, можливість і доцільність знати і говорити правду по-різному стосуються лікаря і пацієнта.

Право та обов'язок учасників спілкування «медичний працівник – пацієнт» – знати і говорити один одному правду. Для медика обов'язок бути правдивим ґрунтується на природі людини як соціальної істоти. Правдивість є необхідною передумовою гармонійних відносин між лікарем і пацієнтом. У відносинах із пацієнтом медичний працівник репрезентує у своїй особі як людство, суспільство, так і свою професійну групу, що накладає на нього відповідні обов'язки. Систематична неправдивість медичного працівника руйнує довіру не лише до нього, а й до медиків загалом. І, нарешті, лікар не зможе реалізувати себе, якщо пацієнти йому не довірятимуть. Багато лікарів вбачають у служінні своїй професії сенс життя, що теж змушує додержуватися правил правдивості.

Пацієнт повинен знати правду, щоб зберегти себе як автономну одиницю буття, здатну робити вибір і відповідати за свої вчинки. Не володіючи інформацією про умови свого існування, зокрема й про стан здоров'я, людина відмовляється від свободи, права вибору, свого «Я» і перекладає відповідальність за те, що з нею

відбувається, на інших, зокрема на лікаря. Тому прагнення знати правду про стан свого здоров'я повинен стати обов'язком для кожної людини, навіть важкохворої.

Вимога знати правду не може бути однаково обов'язковою для всіх хворих. До того ж деякі особи схильні до існування в умовах залежності від свідомості й волі інших людей. Хоч би яким було ставлення до цього, ніхто не може заборонити людині делегувати своє право вибору рідним чи близьким.

Обов'язок медичного працівника полягає в прагненні одержувати максимально правдиву інформацію. Зумовлений він професійним призначенням медика – лікувати хворих. Лише повна й достовірна інформація про умови виникнення і перебігу захворювання може гарантувати ефективне лікування. А найважливішою умовою реалізації цього обов'язку є забезпечення довіри пацієнта до лікаря і медичних працівників загалом.

Пацієнт зобов'язаний казати правду медичним працівникам для зміцнення довіри між ними. Цей обов'язок є і наслідком дії принципу «Не зашкодь». Так, хворий повинен повідомити лікаря про наявність інфекційного захворювання, небезпечного для інших. Правда, пацієнтів також збагачує досвід і знання лікаря.

Якщо пацієнт не повідомляє лікарів про самовільні зміни в рекомендованому способі приймання ліків чи неправдиво інформує про своє самопочуття, він бере на себе відповідальність за формування в лікаря хибного уявлення про ефективність лікарських заходів. А це може спричинити помилкові дії лікаря, негативні наслідки.

Право говорити і знати правду відрізняється від обов'язку говорити і знати правду перенесенням проблеми із «внутрішнього плану» ціннісних орієнтацій особистості

на «зовнішній план» соціальних взаємодій. Так, відповідаючи на запитання, чи може людина здійснювати конкретний вчинок, посилаються на відповідний закон чи іншу соціальну норму, які дозволяють чи забороняють його. Право лікаря повідомляти пацієнтові правдиву інформацію про стан його здоров'я обмежується хіба що вимогою передавати її в доступній формі, не завдавати хворому шкоди. Крім того, право лікаря знати правду щодо стану здоров'я хворого законом не регламентується, очевидно, тому що воно закріплене в традиціях лікарської практики та в адміністративних нормах сучасної медицини.

Складнішим є питання про право на доступ до медичної інформації студентів, які безпосередньо не беруть участі у лікуванні хворого. Згідно з традиціями й адміністративними порядками студенти мають право на участь в огляді хворих, виконувати під керівництвом фахівців діагностичні й лікувальні заходи, що передбачає доступ до відповідної інформації про стан хворого. Проте оскільки участь у навчанні студентів не належить до безпосередніх інтересів пацієнта, їх право на доступ до інформації та інші дії повинні бути обумовлені добровільною згодою хворого, а в деяких ситуаціях – згодою його рідних.

Право пацієнта повідомляти лікареві правду про стан свого здоров'я та обставини виникнення захворювання здається очевидним. Однак ця правда може стосуватися й інших людей. Наприклад, пацієнт, повідомляючи правду про обставини, що передували його венеричному захворюванню, може назвати свого статевого партнера. Визнання правомірності повідомлення цієї правди залежить від того, чому надається перевага в суспільстві:

суспільним інтересам чи інтересам особистості. Якщо домінує суспільний інтерес у мінімізації поширення інфекційних захворювань, то пацієнт не лише матиме право, а й буде зобов'язаний повідомити про свого партнера. А якщо в суспільстві вище цінується недоторканність приватного життя, то право правдивого інформування буде обмежене дозволом партнера на передавання інформації лікареві.

Доцільність висловлення і сприймання медичним працівником і пацієнтом істинної інформації. Існує думка, ніби лікар не може передати пацієнтові істинної інформації про стан його здоров'я, оскільки сам не володіє нею. Пояснюють це тим, що медичне знання є ймовірним. Висококваліфікований лікар більшість інформації черпає з глибин інтуїції. Передати словами її дуже важко. Цю точку зору критикують за безпідставне ототожнення правди з істиною, вважаючи, що медик повинен бути правдивим і передавати пацієнтові як достовірне, так і ймовірне. Правило правдивості вимагає від медичного працівника знати міру власного знання, адже він не володіє цілковитою істиною і не має права вдавати, що йому доступна абсолютна істина.

Пацієнт теж не володіє істиною про своє самопочуття, оскільки він не може бути кваліфікованим та об'єктивним щодо себе спостерігачем. Навіть лікар, захворівши, не довіряє власним суб'єктивним уявленням про стан свого здоров'я і консультується з колегами. Отже, пацієнт має право і повинен бути правдивим у стосунках із медпрацівниками, проте це ще не свідчить про істинність його скарг і оцінювання самопочуття.

Лікар повинен урахувати психологічні та вікові особливості своїх пацієнтів. Міра їх здатності сприймати

правду не може бути підставою для обману. Медичний працівник повинен бути правдивим і з хворою дитиною, і з психіатричним та онкологічним хворим. Хоча реалізувати принцип правдивості зовсім непросто, наприклад, сказати пацієнтові про невідворотність смерті.

Доцільність для медпрацівників і пацієнтів завжди знати і казати правду. Правдивість як моральна цінність є абсолютною, найвищою цінністю. Часто правдивість або приховування правди розглядають як засіб, інструмент для досягнення певної зовнішньої мети. Тому таку постановку питання називають інструментальною. Цілі можуть бути як психосоціальними, так і фізичними (клініко-фізіологічними). Наприклад, лікар може відмовитися сказати правду пацієнтові з онкологічним захворюванням, в якого хворе серце. У такому разі приховування правди є засобом для досягнення фізичної мети. А пацієнт може вимагати правди про стан свого здоров'я, маючи для цього певні підстави. За такої ситуації виявляється психосоціальна ціль, щодо якої правдивість є лише засобом. В обох випадках питання про доцільність виходить за межі морального підходу. Правдивість як засіб передбачає уміння нею користуватися. Адже слово може і зцілювати, і провокувати тяжкі психосоматичні (грец. *psyche* – душа і *soma* – тіло) розлади. Тому питання полягає не в дозволі чи забороні лікарям повідомляти правду пацієнтам, а в навчанні майбутніх медичних працівників застосовувати слова з найбільшою користю для своїх майбутніх пацієнтів.

Певні проблеми щодо додержання правила правдивості виникають при використанні в лікарській практиці та в біомедичних дослідженнях плацебо (лат. *placebo* – поправлюсь) – лікарської форми, що містить

нейтральні речовини і застосовується для вивчення ролі навіювання в лікувальному ефекті конкретних ліків або для контролю під час дослідження ефективності нових лікарських препаратів тощо. Достатніх підстав, щоб в ім'я чистоти моральних принципів і правил, зокрема правила правдивості, відмовитися від терапевтичної ефективності обману і заборонити використання плацебо, немає. Адже багато соматичних захворювань спричинені психічними чинниками, стосовно яких обман може мати психотерапевтичний ефект, позитивно діяти на причину хвороби. З моральної точки зору під час застосування плацебо краще не вдаватися до прямого обману, оскільки воно часто допомагає за аналогічних захворювань.

Правило конфіденційності. Це правило покликане уберегти лікаря і пацієнта від несанкціонованого ними вторгнення ззовні. Згідно з ним інформація про пацієнта, яку лікар одержує з його вуст чи внаслідок обстеження, не може передаватися третім особам без дозволу цього пацієнта. Зафіксоване це правило як лікарська таємниця в багатьох моральних кодексах, починаючи з клятви Гіппократа. Стосується воно не лише лікарів, а й усіх медпрацівників, які мають доступ до медичної інформації.

Предметом конфіденційності є дані про стан здоров'я пацієнта, діагноз захворювання, прогноз розвитку хвороби і всі відомості, які стали доступними лікареві внаслідок обстеження чи зі слів пацієнта. Законодавство окреслює вузьке коло ситуацій, в яких медпрацівник має право передати відому йому медичну інформацію третім особам: якщо пацієнт не здатний самостійно висловити свою волю, за наявності загрози поширення інфекційних захворювань, масових отруєнь тощо.

Як зазначає сучасний англійський ембріолог, фахівець з медичної етики Роберт Едвардс, існує сім основних факторів, які забезпечують істотне значення конфіденційності в багатьох сферах професійної діяльності, особливо в медицині:

1. Конфіденційність у стосунках між професіоналом і клієнтом (лікарем і пацієнтом) бажана, оскільки вона є підтвердженням такої фундаментальної цінності, як недоторканність приватного життя. У внутрішньому світі кожної людини певна сфера є закритою для інших. Цю сферу утворюють її думки, переживання, спогади, інформація про соматичні, психологічні чи соціальні особливості. Вона відкрита лише для дуже близьких людей, і то не цілком. У процесі спілкування якась частина інформації пацієнта може стати відомою лікареві, оскільки йому для ефективної діагностики і лікування інколи потрібна найінтимніша інформація про приватне життя пацієнта. Гарантія безумовного додержання лікарем вимог конфіденційності стимулює пацієнта до відвертості. І він не побоюватиметься, що недоторканність його приватного життя порушена.

2. Правило конфіденційності є умовою захисту соціального статусу пацієнта. Часто медичний діагноз чи інша медична інформація можуть стати тавром для людини, що значно обмежить можливості її соціального самоствердження. Йдеться про психічно хворих, людей з онкологічними та венеричними захворюваннями, генетичним пороком, синдромом набутого імунodefіциту (СНІДом), сексуальними проблемами тощо. Інформація про це провокує серед оточення негативну реакцію, наслідком якої є соціальна ізоляція хворого. Тому

порушення правила конфіденційності безпосередньо загрожує соціальному статусу пацієнта.

3. Правило конфіденційності захищає економічні інтереси пацієнта. Інформація про хворобу людини може різко обмежити її економічні, соціальні й політичні можливості, негативно вплинути на її підприємницьку діяльність, просування по службі тощо.

4. Конфіденційність необхідна для забезпечення відвертості у спілкуванні лікаря і пацієнта. Відкриваючись перед лікарем, пацієнт повинен бути впевненим, що це не матиме для нього небажаних наслідків. Упевненість пацієнтів у неухильному додержанні конфіденційності є запорукою їх відвертості як однієї з умов нормальної професійної діяльності медичних працівників. Для професіонала успіх має значення не лише з точки зору фінансової винагороди, а й щодо його особистісної самореалізації. Дбаючи про конфіденційність, медик реалізує не лише інтереси пацієнтів, а й свої.

5. Від здатності лікарів забезпечувати конфіденційність інформації про своїх пацієнтів залежить їх популярність, престиж. Володіючи правом вибору лікаря і медичного закладу, пацієнт надаватиме перевагу тим спеціалістам, які, крім належних професійних якостей, відповідатимуть високим моральним стандартам. Додержання конфіденційності відіграє при цьому істотну роль.

6. Ефективно реалізуючи вимогу конфіденційності, медичні працівники забезпечують довіру у відносинах із пацієнтами, яка за своєю сутністю є значно важливішою, ніж відвертість. Нерідко тяжкохвора людина цілком залежить від лікарів. Тому вона повинна довіряти їм, вірити, що вони завжди керуватимуться її інтересами.

7. Конфіденційність має істотне значення і для реалізації права пацієнта на автономію, ефективний контроль за подіями свого життя. Нерідко воно збігається із захистом недоторканності приватного життя, необхідністю гарантій соціального статусу й економічних інтересів пацієнта. Проте право на автономію має й загальніший характер. Справа у тому, що людина усвідомлює себе повноцінною, відповідальною особистістю лише тоді, коли здатна ефективно контролювати події, що відбуваються в її житті. У цьому – запорука її особистої свободи, мінімальної залежності від зовнішніх сил, що прагнуть маніпулювати її поведінкою. Розголошення медичної інформації робить людину щодо цього вразливою й залежною.

Додержання правил конфіденційності нерідко викликає труднощі. Крім ситуацій, пов'язаних із загрозою поширення інфекційних захворювань, масових отруєнь, уражень, вони виявляються і тоді, коли медична інформація про пацієнта стосується життєво важливих інтересів третіх осіб (родичів, співробітників); під час генетичного тестування індивіда; за наявності загрози здоров'ю, життю інших людей від замовчування лікарем інформації про пацієнта; коли в лікувальному закладі з пацієнтом працюють десятки медпрацівників; коли інформують родичів невиліковно хворого про стан його здоров'я, намагаючись приховати цю інформацію від нього.

Серйозні проблеми з додержанням правил конфіденційності в Україні пов'язані з традиціями, сформованими за радянських часів, коли держава прагнула максимально контролювати всі сфери суспільного життя.

Правило інформованої згоди. Про нього почали вести мову під час розслідування злочинів нацистських медиків у концтаборах. У Нюрнберзькому кодексі воно було сформульоване як норма добровільної згоди, після деяких уточнень назване правилом інформованої згоди. Згідно з ним будь-яке медичне втручання необхідно проводити обов'язково за добровільної згоди пацієнта чи досліджуваного на основі адекватного інформування про мету передбачуваного втручання, його тривалість, очікувані позитивні наслідки для пацієнта чи досліджуваного, можливі неприємні відчуття (нудота, блювання, біль тощо), ризик для життя, фізичного, соціального чи психологічного благополуччя. Слід також повідомити пацієнтові про наявність альтернативних методів лікування і їх порівняльну ефективність. Важливо ознайомити пацієнтів і досліджуваних з їх правами та засобами захисту (якщо виникне така необхідність) саме в цьому лікувальному чи науково-дослідному закладі.

Застосування в медичній практиці і біомедичних дослідженнях правила інформованої згоди повинне забезпечити:

- шанобливе ставлення до пацієнта, досліджуваного як до автономної особистості, що має право обирати і контролювати всі процедури, дії під час лікування чи наукового дослідження;
- мінімізацію можливої моральної чи матеріальної шкоди внаслідок несумлінного лікування або експерименту;
- створення умов для підвищення почуття відповідальності медпрацівників і дослідників за моральне і фізичне благополуччя пацієнтів і досліджуваних.

Правило інформованої згоди передбачає: компетентність пацієнта і добровільність ухвалення ним рішення; використання лікарем ефективних процедур інформування пацієнта; готовність пацієнта вступити в договірні відносини з медиками (авторизація плану дій), які (відносини), здійснюючись в усній чи письмовій формі, визначають взаємні правові і моральні обов'язки сторін, встановлюють форми і ступінь їх відповідальності.

Некомпетентними вважають недієздатних і неповнолітніх громадян. Рішення пацієнта є добровільним, якщо воно прийняте без будь-якого тиску, тобто примусу, авторитарного нав'язування думки, маніпулювання інформацією.

Істотне значення для одержання добровільної згоди пацієнта на медичне втручання має процедура передавання інформації. При визначенні її обсягу й змісту часто керуються особливими нормами – стандартами інформації. Згідно з лікарським професійним стандартом обсяг і зміст інформації визначається практикою у відповідному співтоваристві, тобто зі стандартом, що сформувався в медичній практиці. Це означає, що під час навчання студент-медик переймає не лише прийоми лікування, а й навички спілкування з пацієнтами.

Крім професійного, використовують і стандарт раціональної особистості, який зорієнтовує на «середньостатистичного громадянина». Отже, щоб ухвалити обґрунтоване рішення про згоду чи незгоду на медичне втручання, пацієнт повинен в потрібному обсязі одержати інформацію для «середньостатистичного громадянина». Оскільки «середньостатистичний громадянин» є ідеальною субстанцією, то лікар повинен за допомогою уяви і теоретичного мислення створювати

модель раціональної поведінки свого пацієнта з метою оптимального його інформування.

Суб'єктивний стандарт інформації передбачає, що в акті ухвалення раціонального рішення конкретний пацієнт прагне знати не лише те, що може бути корисним для «середньостатистичного пацієнта», а й те, що пов'язане зі специфікою його інтересів. Використовуючи суб'єктивний стандарт, лікар диференційовано обирає обсяг, зміст і форми передавання інформації пацієнтам.

Одержання інформацію про медичне втручання чи наукове дослідження, пацієнт або досліджуваний повинен ухвалити рішення щодо дій стосовно себе. Це є самостійним актом особистості, якому лише передують правдиве інформування. Тому лікар не повинен квапити пацієнта, а тим більше змушувати його ухвалювати рішення. Пацієнтові слід дати час на обдумування, консультування з близькими чи з іншими фахівцями.

Правило інформованої згоди має своєю метою узгодження оптимального для лікаря і пацієнта засобу медичного втручання. Завдяки додержання правил медпрацівник і пацієнт стають рівноправними партнерами в межах соціального інституту охорони здоров'я, що сприяє ефективному виконанню лікарем свого професійного обов'язку.

Надзвичайно складними є моральні, правові проблеми під час біомедичних дослідів на людях, оскільки вони супроводжуються особливим ризиком для здоров'я людини, її фізичного й психічного стану і навіть для життя. Важливість їх вирішення стала очевидною у світлі Нюрнберзького процесу над нацистськими вченими й лікарями-злочинцями, які проводили експерименти над в'язнями концтаборів. Про нелюдський характер цих

експериментів свідчить заздалегідь запланована смерть в'язнів. Розроблений тоді Нюрнберзький кодекс став першим міжнародним документом, який містив у собі етико-правові принципи проведення дослідів на людях. Він має не лише юридичну, а й моральну силу. Його положення передбачають необхідність добровільної згоди об'єкта експерименту; зведення до мінімуму можливого ризику, фізичних, психічних травм і ушкоджень; гарантії, що дослідження проводитимуться фахівцями; додержання права піддослідного на відмову від участі в дослідженні на будь-якому його етапі.

Тривалий час Нюрнберзький кодекс вважався ситуативним документом, покликаним до життя звірствами нацистських лікарів, повторення яких малоймовірно. Ці ілюзії були розвіяні, коли стало відомо про досліді на людях у колишньому СРСР (на в'язнях, військовослужбовцях) і в США (на розумово відсталих дітях, літніх кволих пацієнтах). Моральні й правові проблеми, породжені дослідженнями на людях, знайшли своє відображення в тексті Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964). У 1989 р. Генеральна Асамблея Всесвітньої медичної асоціації внесла в цю Декларацію деякі зміни. Попри те, що один з її розділів називається «Провідні вказівки для лікарів, які проводять медико-біологічні досліді на людях», ці положення втратили директивність, оскільки відобразилися в міжнародних нормативних документах, законодавстві багатьох держав, зокрема й України.

Декларація формулює загальні положення, якими необхідно керуватися під час проведення дослідів на людях; конкретні рекомендації щодо проведення клінічних (спрямованих на досягнення діагностичних і лікувальних

цілей в інтересах пацієнта) та неклінічних (проводяться з науковою метою, не мають прямого діагностичного чи лікувального значення для пацієнта) досліджень.

На відміну від Нюрнберзького кодексу Декларація визнає можливість одержання згоди на участь у дослідженні чи експерименті особи, визнаної недієздатною. Дає таку згоду її законний представник. Підставою для цього є міркування, згідно з яким відмова від участі в експерименті розглядається як обмеження права користуватися його позитивними результатами. Критерієм моральності досліджень на людях Декларація проголосила їх наукову обґрунтованість. Медико-біологічні дослідження на людях необхідно проводити відповідно до загальноприйнятих принципів, базуючи їх на результатах належно виконаних експериментів на тваринах і новітніх наукових даних.

Вимоги Декларації схематично можна звести до таких положень:

- дослідження на людях повинні проводити фахівці, які повністю відповідають за стан здоров'я досліджуваних;
- правомірними є лише ті дослідження, значущість мети яких розумно співвідноситься з ризиком для досліджуваного (його інтереси повинні превалювати над інтересами науки і суспільства);
- право досліджуваного на добровільну й свідому згоду, на інформацію щодо мети, методів, потенціальної користі, можливого ризику, передбачуваних неприємних відчуттів і наслідків, пов'язаних з дослідженням. Досліджуваний повинен бути поінформованим, що він має право відмовитися від участі в дослідженні як до його початку, так і під час його проведення.

У клінічних умовах лікар повинен мати право й можливість використовувати нові, експериментальні методи діагностики і лікування, якщо, за його оцінкою, вони дають надію на врятування життя, відновлення здоров'я чи полегшення страждань пацієнта. Поєднання лікування з дослідницькою діяльністю допустиме лише настільки, наскільки дослідження передбачають лікувальну чи діагностичну користь для пацієнта.

Обов'язок лікаря під час неклінічних досліджень полягає в захисті життя і здоров'я досліджуваних. Об'єктами цих досліджень можуть бути здорові добровольці, а також особи, які погодилися на дослідження, хоч їх захворювання не стосуються конкретного дослідження.

Наявність міжнародної нормативної бази не вичерпала всіх проблем. Час від часу виникають дискусії з приводу того, що необхідно розуміти під вільною інформованою згодою; навколо моральних аспектів досліджень на вразливих групах населення (дітях, людях похилого віку, вагітних жінках); ембріональних тканинах. Результати цих дискусій враховують різноманітні документи національних, міжнародних організацій.

Прийнята в листопаді 1996 р. Парламентською Асамблеєю Ради Європи Конвенція «Про права людини і біомедицину», на відміну від Нюрнберзького кодексу і Гельсінської декларації, які стосуються медико-біологічних досліджень й експериментів на людях, маючи здебільшого характер моральних вимог, зосереджена своїми положеннями на використанні результатів цих досліджень у медичній практиці. Вона є складовою міжнародного права і містить зобов'язання сторін, що її

підписали, вжити всіх необхідних заходів для вдосконалення свого національного законодавства.

Зміст Конвенції можна звести до таких положень:

- превалювання інтересів і блага окремої людини над інтересами суспільства й науки;

- проведення медичних втручань лише за згодою осіб, яких вони стосуються. Ця згода повинна бути добровільною та інформованою, виключати будь-які форми тиску з метою її одержання і ґрунтуватися на знанні цілей, завдань, наслідків і ризику, пов'язаних із даним втручанням. До того ж повинні бути захищені права й інтереси осіб, які не можуть чи нездатні дати згоду самостійно;

- додержання принципу недоторканності приватного життя, а також права людини знати (чи не знати) інформацію про стан свого здоров'я;

- заборона будь-якої форми дискримінації на основі інформації про генетичні характеристики людини. Тестування, що дає можливість одержувати інформацію про те, чи є людина носієм спадкового захворювання, чи має вона схильність до нього, необхідно проводити лише з терапевтичною метою. Лише з такою метою може бути розкрито інформацію про результати тестування. Забороняється втручання в геном (сукупність генів, що міститься в одинарному наборі хромосом) людини з метою зміни генома її нащадків; здійснення вибору статі майбутньої дитини за винятком необхідності уникнення серйозної хвороби, пов'язаної з її статтю;

- повага права вчених на проведення наукових досліджень. Проте під час досліджень не повинні порушуватися положення Конвенції та інших правових документів, спрямованих на захист прав, гідності й

інтересів людини. Забороняється створення ембріонів людини з дослідницькою метою;

- можливість вилучення органів, тканин у живого донора з метою їх трансплантації лише за його згодою і лише з терапевтичною метою. Тіло, органи людини не повинні бути джерелом фінансової вигоди.

У 1997 р. у зв'язку з повідомленнями про успішні клонування ссавців та обговоренням перспектив застосування цієї технології до людини Рада Європи прийняла Додатковий протокол до Конвенції, який містить заборону на будь-які втручання з метою створення людської істоти, генетично ідентичної іншій людській істоті (живій чи мертвій). Проте жодний документ не може стати на заваді здатності людини до неймовірних відкриттів, а також «злому генію», який, прагнучи досягти утилітарних цілей, становить загрозу існуванню людства.

Законодавство України дозволяє медико-біологічні експерименти на людях лише із суспільно-корисною метою за умови їх наукової обґрунтованості, переваги можливого успіху над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров'я або життя, гласності застосування експерименту, повної інформованості і добровільної згоди особи, яка підлягає експерименту, щодо вимог його застосування, а також за умови збереження в необхідних випадках лікарської таємниці. Забороняється проведення науково-дослідного експерименту на хворих, ув'язнених або військовополонених, а також терапевтичного експерименту на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв'язку з метою досліджу. Порядок таких експериментів регулюється відповідними нормативними актами.

Отже, етика медпрацівника досліджує важливі для людства проблеми. Деякі з них доленосні. Коло цих проблем невпинно розширюється, а їх актуальність зростає.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Базова література

1. Andre den Exter. Human Rights and Biomedicine. Antwerpen, Andre den Exter – Apeldorn, Portland, 2010.

2. Alghrani A. Bioethics, Medicine and the Criminal Law: The Chriminal Law and Bioethical Conflict: Walking the Tightrope / A. Alghrani, R. Bennett, S. Ost. – Cambridge : Cambridge University Press, 2012.

3. Права людини у сфері охорони здоров'я : практичний посібник / І. Берн, Т. Езер, Дж. Коен ; за наук. ред. І. Сенюти. – Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012.

4. Права человека в сфере охраны здоровья : практическое пособие / И. Берн, Дж. Коэн, Дж. Оверал, И. Сенюта ; под науч. ред. И. Сенюты. – Львов : Изд-во ЛОБФ «Медицина и право», 2012.

5. Human Rights in Patient Care: A Practitioner Guide / I. Byrne, T. Ezer, J. Cohen et al. ; under scientific editing of Senyuta I. – L'viv : LOBF Publishing House «Medicine and Law», 2012.

6. Health Law, Cases, Materials and Problems (abridged edition) / B. Furrow, Th. Creaney, S. Johnson et al. – Saint Paul, MN, USA : West Publishing Corp, 2013.

7. Huxtable R. Law, Etics and Compromise at the Limits of Life. To Treat or not to Treat? / R. Huxtable. – Abingdon, UK : Routledge, 2013.

8. Macintosh K. L. Human Cloning: Four Fallacies and Their Legal Consequences. – Cambridge : Cambridge University Press, 2012.

9. Кашинцева О. Ю. Медичне право. Наріжні проблеми медичного права : підручник / О. Ю. Кашинцева ; за ред. С. Г. Стеценка. – Київ : Атака, 2010.

10. Кашинцева О. Ю. Проблеми права біоетики : курс лекцій / О. Ю. Кашинцева ; КУП НАНУ. – Київ, 2012.

11. Лашкул З. В. Інформована згода: поняття, мета та значення у процесі реалізації прав та обов'язків медичних працівників і пацієнтів / З. В. Лашкул, Ю. Ю. Сізінцова, Я. Ю. Фершал. – Запоріжжя : ТОВ «Видавничий будинок «Кераміст»», 2013.

12. Майданик Р. А. Медичне право в системі права України : навчально-практичний посібник / Р. А. Майданик. – Київ : Алерта, 2013.

13. Майданик Р. А. Права людини у сфері охорони здоров'я : практикум / Р. А. Майданик. – Київ : Алерта, 2013.

14. Медичне законодавство: правова регламентація лікарської діяльності : підручник / Т. С. Грузєва, М. В. Банчук, В. Ф. Москаленко та ін. – Київ : ВСВ «Медицина», 2011. – Кн. 2.

15. Медичне право України: законодавче забезпечення царини охорони здоров'я (генезис, міжнародні стандарти, тенденції розвитку й удосконалення) : матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з медичного права (IV Міжнародної науково-практичної конференції з медичного права) (19–21 травня 2011 р., м. Одеса) / упоряд.: І. Я. Сенюта, Х. Я. Терешко. – Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2011.

16. Медичне право України : практикум / уклад.: І. Я. Сенюта, І. О. Богомазова, О. Ю. Кашинцева та ін. ; заг. ред. І. Я. Сенюта. – Львів : Світ, 2014.

17. Медичне право України : навчальний посібник / укладач О. С. Котуха. – Львів : Видавництво Львівська комерційна академія, 2014.

18. Охорона здоров'я і права людини : ресурсний посібник / ред.: Дж. Коен, Т. Езер, П. МакАдамс, М. Мілоф ; пер. з англ. Н. Шевчук; наук ред. укр. версії І. Сенюта. – 5-те вид., допов. – Львів : Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2011.

19. Охорона здоров'я в Україні: організація та законодавче забезпечення / І. А. Голованова, В. П. Лисак, В. М. Пашков та ін. ; за заг. ред. В. П. Лисак та ін. – Київ : МОРІОН, 2014.

20. Права людини в галузі охорони здоров'я. – Харків : Права людини, 2011.

21. Samantha Holliday. Reproductive Ethics and the Law: A Comparative Approach. – Oxford: Routledge-Cavendish, 2013.

22. Steiner Jr. J. E. Problems In Health Care. – Burlington, MA, USA : Jones & Bartlet Learning LLC, 2013.

23. Study Guide on Medical Law / com. by S. D. Riabenko, B. V. Mykhailichenko. – Kyiv : VSV «Medicine», 2014.

24. Charles Foster. Medical Law: A Very Short Introduction. – Oxford : Oxford University Press, 2013.

25. Стеценко В. Ю. Медичне право України (реформування охорони здоров'я в умовах страхової медицини) : монографія / В. Ю. Стеценко, Г. М. Такарев. – Київ : Атіка, 2012.

Допоміжна література

1. Акопов В. И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья : учебно-практическое пособие для практикующих юристов и врачей / В. И. Акопов. – Ростов н/Д : Феникс, 2012.

2. Ахметишин Р. Л. Кримінальний кодекс для лікаря / Р. Л. Ахметишин. – Донецьк : Видавець Заславський А. Ю., 2010.

3. Воробьева Л. В. Медицинское право : краткий курс лекций / Л. В. Воробьева. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2014.

4. Куц В. М. Кримінальна відповідальність за незаконне проведення дослідів над людиною : монографія / В. М. Куц, С. В. Гізімчук, В. О. Єгорова. – Харків : Юрайт, 2012.

5. Фармацевтичне право : навч. посіб. / В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов, В. В. Шаповалов (мол.) та ін. ; за заг. ред. В. О. Шаповалової. – Харків, 2011.

6. Флоря В. Ответственность за врачебные преступления. Расследование и экспертиза / В. Флоря. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2013.

7. Чеботарьова Г. В. Кримінально-правова охорона правопорядку у сфері медичної діяльності : монографія / Г. В. Чеботарьова. – Київ : КНТ, 2011.

8. The World health report 2000: health systems: improving performance [Electronic resource]. – Geneva : World Health Organization 2000. – 206 p. – Access mode : http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.

Інформаційні ресурси

1. Алма-Атинська Декларація. ВООЗ, від 06.09.1978 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>.

2. Декларація про медичну допомогу, орієнтовану на пацієнта / Міжнародний альянс організацій пацієнтів, від 24.02.2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.patientsorganizations.org>.

3. Декларація про політику в галузі дотримання прав пацієнта в Європі / Європейська консультативна нарада ВООЗ з прав пацієнта, 1994 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf.

4. Джакартська декларація про провідну роль зміцнення здоров'я у ХХІ столітті / ВООЗ, 21–25 липня 1997 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html>.

5. Європейська соціальна хартія / Рада Європи, від 03.05.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_062.

6. Європейська хартія прав пацієнтів, листопад 2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/29-european-charter-of-patients-rights.html>.

7. Захист осіб з психічними захворюваннями та покращення психіатричної допомоги : Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 46/119 / Генеральна Асамблея ООН. 17 грудня 1991 р. [Електронний ресурс]. –

Режим доступу : <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>.

8. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод / Рада Європи, від 04.11.1950 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_004.

9. Конвенція про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини : Конвенція про права людини та біомедицину / Рада Європи, від 04.04.1997 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_334.

10. Конвенція про права інвалідів. ООН, від 13.12.2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

11. Лісабонська декларація про права пацієнта / Всесвітня медична асоціація. Асамблея ВМА, вересень-жовтень 1981р., переглянута у 2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.med-gravo.ru/Ethics/LisbonDecl.htm>.

12. Люблянська хартія з реформування охорони здоров'я / ВООЗ, від 18.06.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf.

13. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права / ООН, від 16.12.1966 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_043.

14. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права / ООН, від 16.12.1966 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_042.

15. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права / ООН, від 16.12.1966 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042.

16. Міжнародні керівні принципи етики для біомедичних досліджень на людині / Рада міжнародних організацій медичних наук, 2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.fhi.org/training/fr/retc/pdf_files/cioms.pdf.

17. Хартія про право на охорону здоров'я / Міжнародний союз юристів. Генеральна асамблея МСЮ, від 31.08.2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uianet.org/documents/qquia/resolutions/Sante4Gb.pdf>.

18. General comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). CESCR, від 11.08.2000 р. [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>.

Основні нормативно-правові акти України

1. Конституція України від 28.06.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

2. Господарський кодекс України від 16.01.2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/436-15/print1389889414323304>.

3. Кодекс адміністративного судочинства від 06.07.2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2747-15>.

4. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/322-08>.

5. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>.

6. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.

7. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>.

8. Сімейний кодекс України від 10.01.2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2947-14>.

9. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.

10. Цивільний процесуальний кодекс України від 18.03.2004 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15>.

11. Етичний кодекс лікаря України, прийнятий Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та Х З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) від 27 вересня 2009 р.

12. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

13. Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини : Закон України від

23.02.2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3477-15>.

14. Про донорство крові та її компонентів : Закон України від 23.06.1995 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/239/95-вр>.

15. Про доступ до публічної інформації : Закон України від 13.01.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2939-17>.

16. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.

17. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4004-12/print1382877439537761>.

18. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>.

19. Про захист персональних даних : Закон України від 01.06.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>.

20. Про захист прав споживачів : Закон України від 12.05.1991 р. (ред. від 01.12.2005 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1023-12/print1394382702105452>.

21. Про звернення громадян : Закон України від 02.10.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/393/96%D0%B2%D1%8>.

22. Про інформацію : Закон України від 02.10.1992 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2657-12>.

23. Про ліцензування певних видів господарської діяльності : Закон України від 01.06.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1775-14>.

24. Про судову експертизу : Закон України від 25.02.1994 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4038-12>.

25. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині : Закон України від 16.07.1999 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1007-14>.

26. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів : Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 932 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249582611> 27.

27. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1075 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/prozatverdzhennya-metodiki-rozrahunku-varnosti-poslugi-z-medichnogo-obslugovuvannya>.

28. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.

29. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори

про медичне обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-vimog-do-nadavacha-poslug-zmedichnogo-obslugovuvannya-naselennya-z-yakim-golovnimi-rozporядnikami-byudzhetnikoshtiv-ukladayutsya-dogovori-pro-medichne-obslugovuvannya-naselennya>.

30. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/prozatverdzhennya-poryadku-realiz>.

31. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689>.

32. Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.08.2017 р. № 582-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250226636>.

33. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 р. № 821-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250432586>.

34. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/pras/249618799>.

35. Про деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF>.

36. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya>.

37. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 503 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--503-prozatverdzhennja-porjadku-viboru-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu-ta-formideklaracii-pro-vibir-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu>.

38. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-prozatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>.

Нормативно-правове забезпечення трудових відносин медичних працівників

1. Конституція України від 28.06.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

2. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/322-08>.

3. Проект Трудового кодексу України № 1658, розроблений народними депутатами України В. Гройсманом, Л. Денісовою, М. Папієвим [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=53221.

4. Про зайнятість населення : Закон України від 05.07.2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5067-17>.

5. Про відпустки : Закон України від 15.11.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/504/96-%D0%B2%D1%80>.

6. Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів) : Закон України від 03.03.1998 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/137/98-вр>.

7. Про охорону праці : Закон України від 14.10.1992 із змінами (нова редакція від 21.11.2002). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12>.

8. Про професійні спілки, їх права та гарантії діяльності : Закон України від 15.09.1999 р. [Електронний

ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1045-14>.

9. Про роботу за сумісництвом працівників державних підприємств, установ, організацій : Постанова Кабінету Міністрів України від 03.04.1993 № 245 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/245-93-%D0%BF>.

10. Положення про умови роботи за сумісництвом працівників державних підприємств, установ, організацій : Наказ Міністерства праці України, Міністерства юстиції України, Міністерства фінансів України від 28.06.1993 № 43 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0076-93>.

11. Положення про порядок укладання контрактів при прийнятті (найманні) на роботу працівників : Постанова Кабінету Міністрів України від 19.03.1994 № 170. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/170-94-%D0%BF>.

12. Порядок застосування переліку виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня : Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 23.03.2001 № 122 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0304-01>.

Навчальне видання

Кисельова Олена Іванівна

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ
ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРАЦІ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Навчальний посібник

Художнє оформлення обкладинки О. І. Кисельової
Редактор Н. З. Клочко
Комп'ютерне верстання О. І. Кисельової

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 17,67. Обл.-вид. арк. 16,80. Тираж 300 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.