

О некоторых вопросах регулирования труда медицинских и фармацевтических работников в отдельных государствах ОЭСР¹

Аннотация. В настоящей статье приводятся результаты исследования правовой основы деятельности медицинских и фармацевтических работников в некоторых государствах, входящих в состав Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР).

Автором приводятся общие признаки и особенности моделей регулирования труда в сфере здравоохранения, проводится анализ законодательства и правоприменения. Так, выделяются европейская (континентальная) и англо-американская модели, которые отличаются направленностью регламентации медицинских профессий. Если первая отличается социальной направленностью регулирования труда и публично-правовым регулированием вопросов дисциплинарной ответственности через квазигосударственные органы контроля и надзора, то вторая предусматривает больше автономии сторонам трудовых отношений в установлении условий труда и частноправовое регулирование вопросов дисциплинарной ответственности через саморегулируемые профессиональные организации. Вторая модель в большей степени отличается «гибкостью», позволяющей более свободно выстраивать трудовые отношения с медицинским и фармацевтическим персоналом, способствуя развитию рынка медицинских услуг и эффективности системы здравоохранения.

В статье обосновывается необходимость рецепции отдельных институтов и норм трудового и медицинского права рассматриваемых государств в законодательстве Республики Казахстан. В частности, необходим самостоятельный закон, регламентирующий правовой статус медицинских и фармацевтических работников по аналогии с зарубежными законами о регулировании медицинских профессий, с целью дифференциации норм, устанавливающих особенности применения мер дисциплинарной ответственности, соблюдения профессиональной этики и стандартов качества.

Ключевые слова: труд, медицинский работник, фармацевтический работник, ОЭСР, медицинские профессии, дисциплинарная ответственность, профессиональные организации.

DOI: <https://doi.org/10.32523/2616-6844-2021-137-4-98-109>

Введение

Роль и значение человеческого капитала в системе здравоохранения в настоящее время

не вызывает сомнения. Уже второй год миру демонстрируется первостепенная важность труда медицинских и фармацевтических работников в противодействии пандемии

¹ Настоящее исследование профинансировано Комитетом науки Министерства образования и науки Республики Казахстан (грант № AP08857075)

коронавирусной инфекции. Вместе с тем существенным фактором устойчивости систем здравоохранения новой мировой угрозе является подготовленность и квалификация кадрового состава медицинских профессий, уровень их организации и условия труда. Во многом это определяется особенностями регулирования деятельности медицинского персонала в отдельных государствах.

По данным ОЭСР, в странах ОЭСР в системах здравоохранения и социальной защиты занято больше работников, чем когда-либо в истории. В 2017 г. примерно каждая десятая рабочая место было занято в сфере здравоохранения или социальной помощи. В Нидерландах более 15% всех рабочих мест связаны со здравоохранением и социальной работой. С 2000 по 2017 г. доля работников здравоохранения и социальной работы в количестве обслуживающего персонала оставалась стабильным или увеличивалась во всех странах, за исключением Словакии. В некоторых странах, особенно Японии, Ирландии и Люксембурге, доля работников здравоохранения и социальных работников значительно увеличилась. В частности, в странах ОЭСР с 2000 г. до 2017 г. занятость в здравоохранении и социальной сфере увеличилась в среднем на 42% (при среднем росте на 38%), опережая даже рост в сфере услуг и тенденции в общей занятости, в то время как занятость в сельском хозяйстве и промышленности резко упали за тот же период [1, с.170].

В этой связи обоснована необходимость в проведении сравнительно-правового исследования правовой основы деятельности медицинских и фармацевтических работников и в целом современных систем организации работы здравоохранения в наиболее конкурентоспособных государствах ОЭСР.

Методы исследования и материалы

При подготовке настоящей статьи применялись методы анализа и синтеза, индукции и дедукции, методы аналогии, правового моделирования, формально-юридический и сравнительно-правовой методы.

Материалами исследования являются акты законодательства и правоприменительная практика зарубежных государств, регулирующих деятельность медицинских и фармацевтических работников, а также международные рейтинги, оценивающие уровень развития государств в целом и систем здравоохранения в частности.

Для определения перечня государств и сравнительно-правового анализа были изучены результаты международных рейтингов, оценивающих эффективность систем здравоохранения и продолжительности жизни.

Универсальным инструментом оценки уровня развития государств является Глобальный индекс конкурентоспособности (The Global Competitiveness Index), администрируемый Всемирным экономическим форумом (World Economic Forum) с 2004 года. Данный рейтинг содержит наиболее полный комплекс показателей конкурентоспособности по различным странам мира. Согласно рейтингу, в первую десятку наиболее конкурентоспособных стран входят государства, в равной степени представляющие две основные модели правового регулирования трудовых отношений: европейскую / континентальную модель (Германия, Дания, Нидерланды, Швейцария, Швеция) и англо-саксонскую модель (Великобритания, Гонконг, Сингапур, США, Япония) [2].

Другим авторитетным рейтингом является Индекс эффективности здравоохранения компании Bloomberg (Bloomberg Health-Efficiency Index), который ведется с 2013 года и отслеживает ожидаемую продолжительность жизни и медицинские расходы, чтобы определить, какие системы здравоохранения дают наилучшие результаты [3]. Согласно результатам Индекса 2020 года, лидерами являются Сингапур, Гонконг, Испания, Италия, Южная Корея, Израиль, Япония, Австралия, Тайвань, ОАЭ, Норвегия, Швейцария, Ирландия, Греция, Новая Зеландия, Канада.

Третий рейтинг, CEOWORLD magazine Health Care Index, ранжирует 89 стран по факторам, влияющим на общее состояние здоровья. Индекс здравоохранения CEOWORLD

- это статистический анализ общего качества системы здравоохранения, включая инфраструктуру здравоохранения; компетенции специалистов здравоохранения (врачи, медперсонал и другие медицинские работники); стоимость (долл. США в год на душу населения); наличие качественных лекарств и готовность государства [4]. Согласно результатам данного Индекса 2021 года, странами с наилучшими системами здравоохранения являются Южная Корея, Тайвань, Дания, Австрия, Япония, Австралия, Франция, Испания, Бельгия, Великобритания, Нидерланды.

Таким образом, для сравнительно-правового анализа были отобраны 8 стран, соответствующих критериям конкурентоспособности государства и эффективности систем здравоохранения, а именно: Великобритания, Германия, Израиль, Канада, Швейцария, Нидерланды, Норвегия и Япония.

Обсуждение

Организация работы и регулирование труда медицинских и фармацевтических работников имеют свои особенности в различных государствах.

Великобритания. Национальная служба здравоохранения (NHS) в Великобритании - комплексная служба общественного здравоохранения под государственным управлением, учрежденная Законом о национальной службе здравоохранения 1946 года (National Health Service Act of 1946) и последующим законодательством. NHS практически охвачено все население, и медицинские услуги бесплатны, за исключением некоторых незначительных сборов. В Великобритании за регулирование 32 медицинских и фармацевтических профессий, охватывающих около 1,44 миллиона специалистов, отвечают девять регулирующих органов (профессиональное регулирование) [5]:

1. Генеральный совет хиропрактики (General Chiropractic Council); 2. Генеральный стоматологический совет (General Dental Council); 3. Генеральный медицинский совет (General Medical Council); 4. Генеральный оп-

тический совет (General Optical Council); 5. Генеральный остеопатический совет (General Osteopathic Council); 6. Генеральный фармацевтический совет (General Pharmaceutical Council); 7. Совет медицинских и социальных работников (Health and Care Professions Council); 8. Совет медсестер и акушерок (Nursing and Midwifery Council); 9. Фармацевтическое общество Северной Ирландии (Pharmaceutical Society of Northern Ireland).

Каждый регулирующий орган выполняет одни и те же всеобъемлющие функции, а именно: (1) установление стандартов поведения, компетентности и образования, которым должны соответствовать медицинские и фармацевтические работники; (2) устранение опасений пациентов, общественности и других лиц о медицинских и фармацевтических работниках, которые не могут работать из-за плохого состояния здоровья, ненадлежащего поведения или плохой работы; а также (3) ведение реестров медицинских и фармацевтических работников, пригодных к практике, и установление требований для периодической перерегистрации (и в некоторых случаях переекспертизы) для каждой профессии [6].

Надзор за работой девяти регулирующих органов осуществляет Управление профессиональных стандартов (Professional Standards Authority, PSA). Управление отвечает за надзор и тщательную проверку работы регулирующих органов, делится передовой практикой и знаниями с регулирующими органами и консультирует четыре департамента здравоохранения правительства Великобритании по вопросам, касающимся регулирования медицинских и фармацевтических профессий [5].

PSA отвечает за надзор за функционированием профессионального регулирования, но не отвечает за работу отдельных регулирующих органов и не имеет юридических полномочий расследовать жалобы на регуляторов. Управление может вмешиваться, обжалуя решения профессиональных регулирующих органов о пригодности к практике медицинских и фармацевтических работников и имеет право проводить реформы. Профессиональные регулирующие органы ведут реестр всех

квалифицированных специалистов, в том числе общие реестры, а также реестры по конкретным специальностям. Реестры являются общедоступными, чтобы представители общественности могли проверить, зарегистрирован ли медицинский работник и есть ли у него какие-либо санкции в отношении его регистрации. Особенность профессионального регулирования заключается в том, что это установленная законом система, но независимая от правительства. Регулирующие органы не получают финансирования от правительства, финансируются за счет сборов, уплачиваемых зарегистрировавшимися за присоединение и сохранение в реестре медицинскими и фармацевтическими работниками [7].

Наряду с профессиональным регулированием в Великобритании действует государственное регулирование, представленное Генеральным Медицинским Советом (General Medical Council, GMC), учрежденным на основании Закона о медицине 1858 года (Medical Act 1983). Деятельность GMC охватывает 5 основных сфер: 1) ведение медицинского регистра Великобритании: проверка личности и квалификации каждого врача, прежде чем он сможет зарегистрироваться; 2) установление стандартов для врачей; 3) контроль за медицинским образованием и обучением: установление стандартов для высшего и послевузовского медицинского образования, а также мониторинг условий обучения; 4) поддержка и улучшение стандартов посредством повторной валидации; 5) исследование и принятие мер по поводу опасений по поводу врачей: когда возникает серьезная обеспокоенность по поводу поведения врача или того, как он выполняет свою работу, когда врач ставит под угрозу безопасность пациентов или доверие общества к врачам; в некоторых случаях дело передается в Трибунал для практикующих врачей (MPTS) [8].

Основопологающими законодательными актами в данной сфере правоотношений является Закон о здравоохранении и социальном обеспечении 2012 года (Health and Social Care Act 2012) и Закон о медицине 1983 года (Medical Act 1983).

Труд медицинских и фармацевтических работников регулируется общими актами трудового законодательства:

- Закон о занятости 2002 г. Положения о разрешении споров 2004 г. (Employment Act 2002 Dispute Resolution Regulations 2004);

- Распоряжение о дисциплинарных процедурах 2005 г. (Directions on Disciplinary Procedures 2005);

- Распоряжение об ограничении практики и исключение работы 2003 г. (Restriction of Practice and Exclusion from Work Directions 2003);

- Положение о равенстве в сфере занятости (религии или убеждений) 2003 года (Employment Equality (Religion or Belief) Regulations 2003);

- Положение о равенстве в сфере занятости (сексуальной ориентации) 2003 года (Employment Equality (Sexual Orientation) Regulations 2003);

- Постановление 2001 года о трибуналах по трудовым спорам (Устав и правила процедуры) (Employment Tribunals (Constitution and Rules of Procedure) Regulations 2001);

- Закон о защите данных 1998 г. (Data Protection Act 1998);

- Положение о рабочем времени 1998 г. (Working Time Regulations 1998);

- Закон о правах в сфере занятости 1996 года (Employment Rights Act 1996);

- Закон о дискриминации по инвалидности 1995 года (Disability Discrimination Act 1995);

- Закон о профсоюзах и трудовых отношениях (объединенный) 1992 года (Trade Union and Labour Relations (Consolidation) Act 1992);

- Закон о расовых отношениях 1976 г. (Race Relations Act 1976);

- Закон 1975 года о дискриминации по признаку пола (Sex Discrimination Act 1975).

Специальное законодательство установлено в вопросах дисциплинарной ответственности медицинского персонала. В декабре 2003 года Министерство здравоохранения ввело новую регуляторную основу для дисциплинарной ответственности врачей и стоматологов. Полное название - «Поддержание высоких профессиональных стандартов в современной

системе здравоохранения; рамки для первоначального решения проблем, связанных с врачами и стоматологами в NHS» (Maintaining High Professional Standards in the Modern NHS; a framework for the initial handling of concerns about doctors and dentists in the NHS). Структура была разработана на национальном уровне Министерством здравоохранения совместно с работодателями NHS при поддержке Британской медицинской ассоциации (BMA) и Британской стоматологической ассоциации (BDA). Он заменяет дисциплинарные процедуры, содержащиеся в циркуляре HC (90) 9, а также специальные профессиональные группы («the three wise men»), предусмотренные в HC (82)13. Он также отменяет право на подачу апелляции государственному секретарю, к которой прибегали некоторые практикующие врачи.

К примеру, если врача направляют в Генеральный медицинский совет (GMC) для принятия дисциплинарных мер, и он решает расследовать дело, Служба трибунала для практикующих врачей (MPTS) назначает слушание, чтобы определить, нарушена ли его пригодность к практике и необходимы ли санкции. После получения жалобы на врача и проведения расследования GMC решает, следует ли направить врача на слушание в суд практикующих врачей с MPTS - функцией вынесения решения для врачей Великобритании [9]. Если суд установит, что пригодность к занятиям не нарушена, он не может наложить санкции. Однако он может выдавать предупреждение. Если суд обнаружит, что способность заниматься практикой нарушена, он может предпринять четыре варианта действий: 1) не предпринимать никаких действий (это случается очень редко и подразумевает, что обязательства, согласованные между врачом и GMC, являются подходящей альтернативой санкциям); 2) наложит условия для регистрации на срок до трех лет (во многих случаях цель условий - помочь исправить любые недостатки в вашей практике, защищая при этом общество. Условия могут включать требования о работе под присмотром. Их можно продлевать еще на три года каждый раз, ког-

да они пересматриваются); 3) приостановить регистрацию на срок до 12 месяцев (приостановление действия считается уместным за серьезный проступок, но такое, которое не является несовместимым с продолжением регистрации (для которого удаление более вероятно, приостановление может быть уместным, например, в случае признания вины и если суд убежден, что такое поведение или инцидент вряд ли повторится); 4) исключить из реестра (эта санкция будет наложена, если это единственное средство защиты населения, и не может применяться в случаях, касающихся исключительно состояния здоровья или знания английского языка, исключение может считаться целесообразным, даже если врач не представляет риска для безопасности пациента, но это считается необходимым для поддержания общественного доверия к профессии).

Германия. Немецкая система здравоохранения отличается разделением полномочий по принятию решений между федеральным правительством и правительствами земель, а также саморегулируемыми организациями плательщиков и поставщиков.

Администрирование системой здравоохранения Германии осуществляется Объединенным федеральным комитетом (G-BA), который представляет собой публичное юридическое лицо, в состав которого входят четыре ведущие зонтичные организации самоуправляемой системы здравоохранения: Национальные ассоциации врачей и стоматологов обязательного медицинского страхования, Федерация больниц Германии и Центральная федеральная ассоциация фондов медицинского страхования. Помимо этих четырех основных организаций, представители пациентов также участвуют во всех сессиях; они имеют право ставить темы в повестку дня, но не голосовать.

G-BA была создана 1 января 2004 года в результате принятия Закона о модернизации здравоохранения и взяла на себя полномочия своих предшественников: бывших федеральных комитетов врачей, стоматологов и поставщиков обязательного медицинского страхова-

ния, комитета больниц и координационный комитет. Правовой основой для работы G-BA является Социальный кодекс Германии, Книга пятая (SGB V), в которой законодатели определили полномочия и обязанности G-BA, назначение его членов, участие пациентов, включение третьих лиц, а также общие рамки структур и процедур G-BA. В своих подзаконных актах и правилах процедуры, которые подлежат одобрению Федеральным министерством здравоохранения (BMG), G-BA определяет детали этих законодательных положений. Федеральный объединенный комитет находится под надзором Федерального министерства здравоохранения. Резолюции и директивы, принятые G-BA, проверяются Федеральным министерством здравоохранения в соответствии с требованиями, изложенными в SGB V, а затем публикуются в Федеральной газете, если нет возражений [10].

G-BA выполняет свои обязанности в основном путем принятия директив: не являющиеся законодательными требованиями, имеющие обязательную юридическую силу для всех заинтересованных сторон и лиц, застрахованных в рамках обязательного медицинского страхования [11].

В целом взаимоотношения между медицинскими работниками и учреждением здравоохранения (госпиталем) регулируются как в рамках трудового права, так и права гражданской службы. В зависимости от того, кто является собственником госпиталя (муниципалитет, религиозная организация или частная компания) и контрактных обязательств, медицинский работник осуществляет свою деятельность или как работник, или как должностное лицо. Медицинский работник госпиталя, работающий в государственной организации, может быть назначен в качестве гражданского служащего, в зависимости от положений национального или земельного законодательства. Но в большинстве случаев отношения основаны на частноправовом договоре, который во многом основан на законе о госпиталях и законе о больничных вознаграждениях (Krankenhausentgeltgesetz). Кроме того, эти договоры могут быть предметом

регулирующих коллективных и тарифных соглашений [12].

Израиль. Большинство врачей Израиля работают в государственных организациях и соответственно их отношения регулируются национальными законодательными актами в сфере публичного права, а не нормами контрактного права [13].

Основными законодательными актами является Постановление о врачах (Physicians Ordinance 1976) и Закон о правах пациентов (1996 Law on Patients' Rights), который определяет порядок лицензирования медицинских работников и контроля за их деятельностью. К подзаконным актам относятся Regulations for Physicians и Pharmacists Regulations.

В 2008 году был принят специальный закон о разрешении для медицинских профессий (Act for Resolution of Health Profession), устанавливающий механизм и условия для получения лицензии и разрешений для осуществления медицинской деятельности. Закон устанавливает перечень дисциплинарных проступков, процедур и систему мер принуждения.

Законом о правах пациентов Министерство здравоохранения было уполномочено на создание комитетов по этике, которые впоследствии были учреждены при государственных госпиталях. Комитеты по этике состоят из 5 членов: председателем должен быть судья районного суда, 1 психолог или социальный работник, 1 представитель общественности или министерства по делам религий.

Israel Medical Association (IMA) – это независимая профессиональная организация, которая объединяет 90% медицинского персонала, работающего в медицинских фондах, госпиталях, государственных институтах и частных клиниках. IMA выполняет функции в сферах труда, науки и этики, ответственна за контроль над условиями труда, выполнение правил медицинской этики, установление профессиональных норм, гарантирующих качество медицинских услуг в Израиле, одобрение клинических инструкций и установление базовых требований для аккредитации медицинских организаций.

В рамках Ассоциации работают 3 комитета: 1) Профессиональный комитет (по трудовым отношениям), The Professional (Labour Relations) Committee осуществляет функции в сфере отношений между работодателями и медицинским персоналом; 2) Комитет по науке отвечает за установление профессиональных медицинских норм и высокий уровень медицины в Израиле; 3) Комитет по этике является ответственным за установление и применение этических правил, применяемых ко всем врачам. Существует Центральный комитет (17 членов) и местные комитеты по этике, которые рассматривают жалобы на медицинских работников. Комитеты по этике могут применять следующие дисциплинарные санкции: замечание, строгое замечание, выговор, строгий выговор, временное или постоянное исключение из членства в Ассоциации, а также могут налагать штрафы и обнародовать свои решения.

Канада. Система здравоохранения Канады основана на законе 1984 года (Canada Health Act). Большинство вопросов здравоохранения регулируются провинциями согласно их конституционной юрисдикции на основании закона о Британской Северной Америке 1867 года (British North America Act). В свою очередь провинции делегировали на основании законов регуляторные функции различным агентам, таким как профессиональные организации и государственные агентства [14].

В каждой провинции имеются консолидированные законы, регулирующие медицинские профессии (Health Professions Act), а также созданы квазигосударственные органы, призванные контролировать деятельность медицинских профессий (наименования отличаются в зависимости от провинции: Медицинский совет, Колледж врачей, Медицинское управление и т.д.). Данные органы учреждают и администрируют стандарты профессионального лицензирования и Кодексы профессионального поведения, а также механизмы рассмотрения жалоб против врачей, также они уполномочены применять дисциплинарные меры в отношении представителей медицинских профессий, выполняя тем самым квазисудебные функции.

К примеру, в провинции Онтарио действует Regulated Health Professions Code 1991, а в провинции Манитоба – Regulated Health Professions Act 2009, которые, в частности, устанавливают перечни оснований для привлечения медицинских работников к дисциплинарной ответственности.

Швейцария. Деятельность медицинской профессии регулируется законом о медицинских профессиях (Medical Professions Law 2006) [15].

Медицинская деятельность контролируется многочисленными органами, в особенности кантональными органами по лицензированию и контролю, функционирующими при департаментах здравоохранения. Данные органы уполномочены на применение дисциплинарных взысканий к медицинским работникам.

В отличие от Германии и Бельгии профессиональные организации в Швейцарии регулируются не публичным, а частным правом, т.е. они не выполняют государственные функции, за исключением сферы медицинского образования. Кодексы поведения таких профессиональных организаций носят частно-правовой характер. Таким образом, существуют две параллельные системы дисциплинарного регулирования: государственная для лиц, занимающихся частной практикой, и частно-правовая (профессиональными организациями) в отношении работников, находящихся в трудовых отношениях с работодателями (госпиталями).

Дисциплинарные меры государственного характера: предупреждение, выговор, штрафы до 20 000 швейцарских франков, временное приостановление на профессиональную деятельность и полный запрет на профессиональную деятельность. Данные дисциплинарные взыскания регистрируются в Национальном реестре медицинских профессий, но не доступны для общественности.

Нидерланды. Деятельность медицинской профессии регулируется законом об индивидуальных медицинских профессиях 1997 года (Individual Health Care Professions Act), устанавливающим порядок лицензирования

и обязанности медицинского персонала. Компетенция по дисциплинарному производству в отношении врачей установлена за 5 региональными дисциплинарными коллегиями, апелляционным органом которых выступает Центральная дисциплинарная коллегия. Каждая дисциплинарная коллегия состоит из двух юристов, один из которых выступает в роли председателя, и трех врачей. Дисциплинарные коллегии могут налагать следующие дисциплинарные санкции: предупреждение, выговор, штраф до 4500 евро, безусловное приостановление регистрации на срок до 1 года, условное приостановление регистрации на срок до 2 лет, частичная дисквалификация из практики и исключение из реестра. Возбуждение дисциплинарного производства осуществляется по жалобе заинтересованного лица или медицинского инспектората. Обычно сама процедура может длиться от 1 до 2 лет, начиная с момента подачи жалобы и заканчивая вынесением решения [16].

Норвегия. Деятельность медицинской профессии регулируется законом об услугах в области здравоохранения (Health and Care Services Act) и законе о надзоре в сфере здравоохранения (Health Supervision Act), устанавливающим порядок лицензирования и порядок контроля за деятельностью медицинского персонала. Компетенция по дисциплинарному производству в отношении врачей установлена за Норвежской Коллегией по надзору в сфере здравоохранения при Министерстве по регулированию услуг в сфере здравоохранения (Norwegian Board of Health Supervision) [17].

Япония. Система здравоохранения Японии основана на законе о здравоохранении 1948 года (Medical Care Act) и законом региональной системе общественного здравоохранения (Regional Public Health Act), учреждающей общественные центры здоровья. Деятельность медицинской профессии регулируется законом о докторях (Doctors Act), устанавливающим порядок лицензирования и обязанности докторов, законом о медсестрах и акушерках (Act on Nurses and Midwives) и другими законами, регламентирующими деятельность остального медицинского персонала [18].

Медицинская деятельность контролируется Министерством здравоохранения, труда и благосостояния, которое осуществляет функции по лицензированию и применению дисциплинарных взысканий на медицинских работников.

Результаты

Анализ зарубежного опыта позволил выделить две модели регулирования труда медицинских и фармацевтических работников.

Европейская (континентальная) модель отличается социальной направленностью регулирования труда и публично-правовым регулированием вопросов дисциплинарной ответственности через квазигосударственные органы контроля и надзора. В то время как англо-американская модель существенно отличается от европейской, в первую очередь, смещением акцента с социальных факторов на приоритет свободы экономического развития, предусматривая больше автономии сторонам трудовых отношений в установлении условий труда и частноправовое регулирование вопросов дисциплинарной ответственности через саморегулируемые профессиональные организации. Данная модель отличается «гибкостью», позволяющей более свободно выстраивать трудовые отношения, способствуя развитию системы здравоохранения.

Вместе с тем необходимо учитывать, что, например, в Швейцарии по сравнению с другими европейскими странами действующее правовое регулирование медицинского персонала является более либеральным, функционируя на государственном уровне.

Касательно оплаты труда, следует отметить, что она не регулируется на государственном уровне (за исключением государственных организаций здравоохранения), а в условиях конкурентного рынка труда и здравоохранения в частном секторе устанавливается автономно по соглашению между работодателями и работниками.

Поэтому условно обе модели можно обозначить как системы регулируемой конкурен-

ции, основанной на балансе саморегулирования и государственного регулирования.

Так, следствием этого, к примеру, странах ОЭСР оплата труда врачей (как врачей общей практики и специалистов) существенно выше, чем средняя заработная плата. В большинстве стран врачи общей практики зарабатывают в 2-4 раза больше по сравнению с другими работниками, специалисты зарабатывают больше, чем врачи общей практики. В Австралии, Бельгии и Люксембурге самозанятые специалисты зарабатывают примерно в 2 раза больше, чем самозанятые врачи общей практики. В Германии разница между специалистами и терапевтами намного меньше, всего на 20% [19, с.176].

В целом в рассмотренных государствах особенности регулирования труда медицинских и фармацевтических работников проявляются в особых правилах допуска к профессиональной деятельности и привлечения к дисциплинарной ответственности. Остальные вопросы регулируются в рамках трудового законодательства, которое является общим для всех остальных работников.

В этой связи можно сделать вывод о том, что выбор модели правового регулирования трудовых отношений с участием медицинского и фармацевтического персонала (европейской или англо-американской) не оказывает существенного влияния на конкурентоспособность системы здравоохранения и страны в целом. Выбор модели может повлиять на отдельные индикаторы оценки в рамках международных рейтингов, однако социально-экономическое положение страны обусловлено комплексом

факторов, в числе которых не только законодательство, но и уровень развития образования и науки, объем финансирования сферы здравоохранения и применяемые системы медицинского страхования.

В Казахстане необходимо разработать и принять самостоятельный закон, регламентирующий правовой статус медицинских и фармацевтических работников по аналогии с зарубежными законами о регулировании медицинских профессий, с целью дифференциации норм, устанавливающих особенности применения мер дисциплинарной ответственности, соблюдения профессиональной этики и стандартов качества.

Выводы

В заключение важно указать, что при восприятии зарубежного опыта Казахстану необходимо учитывать не только законодательные нормы, но и особенности систем здравоохранения, правоприменительной практики, социально-экономическое положение страны и культуру трудовых отношений. Далеко не все институты и нормы могут быть реципированы казахстанским законодательством в настоящее время. Вместе с тем процесс сближения казахстанского правового регулирования трудовых отношений с участием медицинского и фармацевтического персонала с передовым опытом стран ОЭСР – вопрос времени, обусловленный потребностью населения и стратегическими целями вхождения в тридцатку наиболее конкурентоспособных государств мира.

Список литературы

1. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. P.170
2. The Global Competitiveness Report 2019. World Economic Forum. [Электронный ресурс] - URL: <https://www.weforum.org/reports/how-to-end-a-decade-of-lost-productivity-growth> (дата обращения 18.09.2021)
3. Bloomberg Health-Efficiency Index [Электронный ресурс] - URL: <https://www.bloomberg.com/toaster/v1/charts/79fb96617b604712b356d11b070dd449> (дата обращения 18.09.2021)
4. Revealed countries with the best health care systems [Электронный ресурс] - URL: <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/> (дата обращения 18.09.2021)

5. Regulation of health care professionals regulation of social care professionals in England. April 2014. Cm 8839 SG/2014/26
6. Professional Standards Authority. What the regulators do. [Электронный ресурс] <https://www.professionalstandards.org.uk/what-we-do/our-work-with-regulators/about-regulators> (Accessed 18.09.2021)
5. Regulation of health care professionals regulation of social care professionals in England. April 2014. Cm 8839 SG/2014/26
7. Professional regulation in health and social care. By Lewis Pickett. BRIEFING PAPER. Number CBP8094, 29 September 2017.
8. General medical council official website [Электронный ресурс] <https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why> (дата обращения 18.09.2021)
9. Disciplinary procedures for doctors [Электронный ресурс] <https://www.reganpeggs.com/disciplinary-procedures-for-doctors/> (дата обращения 23.09.2021)
10. The Federal Joint Committee: Who we are and what we do [Электронный ресурс] <https://www.g-ba.de/english/structure/> (дата обращения 23.09.2021)
11. Responsibilities and methods [Электронный ресурс] <https://www.g-ba.de/english/responsibilities-methods/> (дата обращения 25.09.2021)
12. Prutting Y. Germany. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2018.
13. Mohammed S. Wattad. Israel. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2018.
14. T. Lemmens, J. Bergman, K. Mahadevia Ghimire, M. Shahid. Canada. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2020.
15. A. Buchler, T. Gachter. Switzerland. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2016.
16. H. Nys. Netherlands. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2018.
17. T. Harald Sovig. Norway. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2019.
18. K. Kai, Y. Sato, Y. Nagamizu. Japan. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2020.
19. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. P.176

Хасенов М.Х.

М.С. Нарикбаев атындағы КАЗГЮУ университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

ЭЫДҰ-ның жекелеген мемлекеттеріндегі медицина және фармацевтика қызметкерлерінің еңбегін реттеудің кейбір мәселелері туралы

Аңдатпа. Мақалада Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымының (бұдан әрі – ЭЫДҰ) құрамына кіретін кейбір мемлекеттердегі медицина және фармацевтика қызметкерлерінің еңбек қызметінің құқықтық негізін зерттеу нәтижелері келтіріледі.

Автор денсаулық сақтау саласындағы еңбекті реттеу модельдерінің жалпы белгілері мен ерекшеліктерін келтіреді, заңнама мен құқық қолдануға талдау жүргізеді. Сонымен, реттеу бағытында ерекшеленетін еуропалық (континенталды) және англо-американдық модель ерекшеленеді. Егер біріншісі еңбекті реттеудің әлеуметтік бағыттылығымен және квазимемлекеттік бақылау және қадағалау органдары арқылы тәртіптік жауапкершілік мәселелерін жария-құқықтық реттеумен ерекшеленсе, екіншісі еңбек жағдайларын орнатуда еңбек қатынастарының тараптарына көбірек автономия беруді және өзін-өзі реттейтін кәсіби ұйымдар арқылы тәртіптік жауапкершілік мәселелерін жеке-құқықтық реттеуді көздейді. Екінші модель медициналық және фармацевтикалық персоналмен еңбек қатынастарын еркін құруға мүмкіндік беретін, медициналық қызметтер нарығын дамытуға және денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігіне ықпал ететін «икемділікпен» ерекшеленеді.

Мақалада қаралатын мемлекеттердің жекелеген институттары мен еңбек және медициналық құқық нормаларын Қазақстан Республикасының заңнамасында қабылдау қажеттігі негізделеді. Атап айтқанда, тәртіптік жауапкершілік шараларын қолдану ерекшеліктерін белгілейтін нормаларды саралау, кәсіби этика мен сапа стандарттарын сақтау мақсатында медициналық және фармацевтикалық қызметкерлердің құқықтық мәртебесін медициналық кәсіптерді реттеу туралы шетелдік заңдарға ұқсас реттейтін дербес заң қажет.

Түйін сөздер: еңбек, медицина қызметкері, фармацевтика қызметкері, ЭЫДҰ, медициналық мамандықтар, тәртіптік жауапкершілік, кәсіптік ұйымдар.

M.K. Khassenov

M.S. Narikbayev KAZGUU University, Nur-Sultan, Republic of Kazakhstan

Some issues of labor regulation of medical and pharmaceutical workers in selected OECD countries

Abstract. The article presents the results of a study of the legal basis for the labor activity of medical and pharmaceutical workers in some states that are members of the Organization for Economic Cooperation and Development (hereinafter - OECD).

The author provides general features and specifics of labor regulation models in the healthcare sector. The article analyzes legislation and law enforcement. Thus, the European (continental) and Anglo-American models stand out, which differ in the direction of regulation. The first model is distinguished by the social orientation of labor regulation and public law regulation of disciplinary liability issues through quasi-state bodies of control and supervision. Whereas the second model provides for more autonomy to the parties to labor relations in establishing working conditions and private law regulation of disciplinary liability issues through self-regulatory professional organizations. The second model is more flexible, allowing more freedom to build labor relations with medical and pharmaceutical personnel, contributing to the development of the market for medical services and the efficiency of the health care system.

The article substantiates the need for the reception of individual institutions and norms of labor and medical law of the states in question in the legislation of the Republic of Kazakhstan. In particular, there is a need for an independent law regulating the legal status of medical and pharmaceutical workers by analogy with foreign laws on the regulation of medical professions, in order to differentiate the norms that establish the specifics of the application of disciplinary measures, compliance with professional ethics and quality standards.

Keywords: labor, medical worker, pharmaceutical worker, OECD, medical professions, disciplinary liability, professional organizations.

References

1. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. P.170
2. The Global Competitiveness Report 2019. World Economic Forum. [Electronic resource] - URL: <https://www.weforum.org/reports/how-to-end-a-decade-of-lost-productivity-growth> (Accessed 18.09.2021)
3. Bloomberg Health-Efficiency Index [Electronic resource] - URL: <https://www.bloomberg.com/toaster/v1/charts/79fb96617b604712b356d11b070dd449> (Accessed 18.09.2021)
4. Revealed countries with the best health care systems [Electronic resource] - URL: <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/> (Accessed 18.09.2021)
5. Regulation of health care professionals regulation of social care professionals in England. April 2014. Cm 8839 SG/2014/26
6. Professional Standards Authority. What the regulators do. [Electronic resource] <https://www.professionalstandards.org.uk/what-we-do/our-work-with-regulators/about-regulators> (Accessed 18.09.2021)
5. Regulation of health care professionals regulation of social care professionals in England. April 2014. Cm 8839 SG/2014/26

7. Professional regulation in health and social care. By Lewis Pickett. BRIEFING PAPER. Number CBP8094, 29 September 2017.
8. General medical council official website [Electronic resource] <https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why> (Accessed 18.09.2021)
9. Disciplinary procedures for doctors [Electronic resource] <https://www.reganpeggs.com/disciplinary-procedures-for-doctors/> (Accessed 23.09.2021)
10. The Federal Joint Committee: Who we are and what we do [Electronic resource] <https://www.g-ba.de/english/structure/> (Accessed 23.09.2021)
11. Responsibilities and methods [Electronic resource] <https://www.g-ba.de/english/responsibilities-methods/> (Accessed 25.09.2021)
12. Prutting Y. Germany. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2018.
13. Mohammed S. Wattad. Israel. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2018.
14. T. Lemmens, J. Bergman, K. Mahadevia Ghimire, M. Shahid. Canada. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2020.
15. A. Buchler, T. Gachter. Switzerland. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2016.
16. H. Nys. Netherlands. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2018.
17. T. Harald Sovig. Norway. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2019.
18. K. Kai, Y. Sato, Y. Nagamizu. Japan. In International Encyclopaedia of Laws: Medical Law, edited by Herman Nys. Alphen am den Rijn, NL: Kluwer Law International, 2020.
19. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. P.176

Сведения об авторе:

Хасенов М.Х. – Ph.D, ассистент профессора Университета КАЗГЮУ им.М.С. Нарикбаева, Кургальджинское шоссе, 8, Нур-Султан, Казахстан.

Khasenov M.K. – Ph.D., Associate Professor, M.S. Narikbayev KAZGUU University, 8 Korgalzhyn highway, Nur-Sultan, Kazakhstan.