



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

# ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

ФЕВРАЛЬ 2025 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ  
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

# **ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»**

## **ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ**

**Февраль 2025 года. Выпуск №2 (54)**

**Ежемесячная подборка тематических статей и комментариев специалистов по  
правовым, организационным и экономическим вопросам.**

### **Оглавление**

|                                                                                                                            |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. Судебно-медицинская экспертиза по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи:<br/>методика проведения .....</b> | <b>2</b> |
| <b>2. Минздрав предложил проект новой «кириллической» номенклатуры медицинских услуг .....</b>                             | <b>8</b> |
| <b>3. Особенности труда медицинских работников .....</b>                                                                   | <b>9</b> |

**Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»**

# **1. Судебно-медицинская экспертиза по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи: методика проведения**

## **Методические рекомендации "Методика проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела" (утв. Минздравом РФ, 2024 г.)**

Минздравом РФ утверждены методические рекомендации по методике проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела в том числе по материалам процессуальной проверки, уголовного, гражданского, административного дела, дела об административном правонарушении.

Большая часть МР посвящена проведению СМЭ по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи:

## **2. Проведение экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи**

### **2.1. Общие положения проведения экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи**

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено ст. 41 Конституции Российской Федерации, а также в ст.ст. 18 и 19 323-ФЗ.

Ст. 4 и ст. 11 323-ФЗ регламентируют основные принципы охраны здоровья, а также недопустимость отказа гражданину в оказании медицинской помощи.

В соответствии со ст. 37 323-ФЗ медицинская помощь за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с ч. 3, 4, 6-9 и 11 ст. 37 323-ФЗ, осуществляется поэтапно в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, но не позднее 1 января 2025 года.

Ненадлежащим оказанием медицинской помощи называют действия (бездействие) медицинских работников, не отвечающие установленным положениям медицинской науки и практики, принятым правовым нормам, медицинским правилам.

Недостаток оказания медицинской помощи - это оказание медицинской помощи не в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи, порядками

оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, а также общепризнанными положениями медицинской науки, отраженными в соответствующей специальной медицинской литературе.

Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи - любой итог оказания медицинской помощи, который является нежелательным.

Таким образом, неблагоприятный исход оказания медицинской помощи может быть итогом как правильной оказанной медицинской помощи, так и следствием допущенных недостатков.

Экспертиза по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертиза по делам о качестве медицинской помощи):

- проводится в соответствии с общими положениями, изложенными в Методических рекомендациях по проведению судебно-медицинской экспертизы по материалам дела;
- является судебно-медицинской экспертизой, выполняемой с целью ответов на вопросы, касающиеся оценки правильности, полноты и своевременности оказания медицинской помощи;
- не является экспертизой качества медицинской помощи, так как экспертиза качества медицинской помощи имеет другие цели и задачи и является отдельным видом медицинской экспертизы, которая проводится сертифицированными экспертами качества в рамках осуществления финансирования медицинской деятельности (основание - ст. 58, 62, 64 323-ФЗ).

## **2.2. Общие особенности проведения экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи**

Сложность проведения экспертиз по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи обусловлена наличием следующих факторов:

- ретроспективным характером оценки состояния здоровья человека в сочетании с необходимостью проспективного анализа оказанной медицинской помощи для целей максимально объективной ее оценки;
- трудностью оценки индивидуальной реакции организма человека на оказываемую медицинскую помощь, ее своевременность, полноту и эффективность;
- необходимостью решения вопросов по материалам дела при отсутствии возможности провести полноценное обследование живого лица или трупа;
- наличием большого количества медицинских школ, по-разному подходящих к диагностике или лечению тех или иных заболеваний и травм.

При проведении экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи ответы на вопросы, касающиеся оказанной медицинской помощи, формулируются с обязательной ссылкой на следующие документы, при наличии таковых:

- действующие в момент оказания медицинской помощи нормативные правовые акты (в том числе, порядки ее оказания, правила проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положения об организации оказания медицинской помощи по ее видам, порядки организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядки проведения медицинских экспертиз,

диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований);

- клинические рекомендации;

- иные нормативные правовые акты, необходимые для ответов на поставленные вопросы, входящие в компетенцию комиссии экспертов.

Перечень других экспертов, привлекаемых к проведению экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи определяет эксперт-организатор, а также руководитель СЭО на основании ходатайства эксперта-организатора в зависимости от специальности, вопросы по которой послужили поводом для назначения экспертизы, представленных материалов (основание - п. 7 приложения N 29 к Порядку проведения судебно-медицинской экспертизы), в соответствии с выявленными обстоятельствами, которые имеют значение для дела, но по поводу которых не были поставлены вопросы, а также орган или лицо, назначившее экспертизу.

Другие эксперты, привлекаемые к проведению экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, должны:

- иметь образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденную аккредитацию специалиста или сертификат специалиста;

- соответствовать квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием, а также требованиям соответствующего профессионального стандарта и обладать специальными знаниями, необходимыми для дачи заключения эксперта (основание - п. 8 приложения N 29 к Порядку проведения судебно-медицинской экспертизы).

При определении степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, эксперт руководствуется Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 N 522, Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.04.2008 N 194н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13.08.2008, регистрационный N 12118), и Порядком проведения судебно-медицинской экспертизы, которые читаются буквально, с учетом окончаний, логических связей, объема и содержания используемых понятий.

Под вредом, причиненным здоровью человека, понимают нарушение анатомической целостности и (или) физиологической функции органов или систем организма человека в результате воздействия физических, химических, биологических, психических факторов внешней среды.

При оценке степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, при выполнении судебно-медицинской экспертизы по делу по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи, экспертная комиссия отвечает на следующие основные вопросы:

- о своевременности и правильности диагностики имевшихся у пациента повреждений и заболеваний;

- о своевременности, полноте, правильности и эффективности применявшихся лечебно-диагностических мероприятий;

- о правильности выполнения медицинских вмешательств или манипуляций (обоснованность, своевременность, правильность техники выполнения);
- о наличии или отсутствии недостатков оказания медицинской помощи;
- о наличии или отсутствии прямой причинно-следственной связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом.

Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи расценивается как вред, причиненный здоровью человека, только при наличии прямой причинно-следственной связи с недостатком оказания медицинской помощи.

Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи следует квалифицировать в соответствии с Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Осложнение медицинского вмешательства или манипуляции оценивается как вред, причиненный здоровью человека, только при выявлении недостатка оказания медицинской помощи, то есть нарушения технологии, методики, тактики, техники или условий проведения медицинского вмешательства или манипуляции, находящегося в прямой причинно-следственной связи с этим осложнением.

Ухудшение состояния здоровья человека, вызванное поздними сроками обращения за оказанием медицинской помощи, не рассматривается как причинение вреда здоровью.

При отсутствии прямой причинно-следственной связи недостатка оказания медицинской помощи с наступившим неблагоприятным исходом степень тяжести вреда, причиненного здоровью, не устанавливается.

При проведении экспертизы установление наличия или отсутствия прямой причинно-следственной связи между допущенными недостатками оказания медицинской помощи и наступлением у пациента неблагоприятного исхода для комиссии экспертов является целесообразным, даже при отсутствии такого вопроса в постановлении (определении) о назначении экспертизы.

Наличие или отсутствие прямой причинно-следственной связи, между допущенными недостатками оказания медицинской помощи и наступлением у пациента неблагоприятного исхода устанавливается комиссией экспертов в соответствии с общепринятыми в медицине представлениями об этиологии, патогенезе, клинической картине и лечении в отношении конкретной нозологической единицы заболевания, травмы, состояния у данного конкретного пациента.

В случаях, когда причинно-следственная связь не может быть установлена по имеющимся объективным медицинским данным, в заключении эксперта указываются причины, по которым она не может быть установлена.

### **2.3. Рекомендации по решению ряда вопросов при выполнении экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи**

При выполнении экспертизы по факту ненадлежащего оказания медицинской помощи необходимым является решение следующих вопросов:

- установление сущности неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи;

- правильность оказания медицинской помощи, то есть наличие или отсутствие недостатков оказания медицинской помощи;
- наличие или отсутствие прямой причинно-следственной связи между выявленными недостатками оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом;
- степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека допущенными недостатками оказания медицинской помощи.

### **2.3.1. Ответ на вопрос о правильности оказания медицинской помощи.**

При ответе на вопрос о наличии или отсутствии недостатков оказания медицинской помощи целесообразно придерживаться медицинских знаний о диагностике и лечении той или иной патологии, которые содержатся в следующих источниках:

- положениях об организации оказания медицинской помощи;
- порядках оказания медицинской помощи;
- клинических рекомендациях;
- специальной медицинской литературе, содержащей общепризнанные положения медицинской науки.

Основными методами анализа оказанной медицинской помощи, являются проспективный и ретроспективный.

Проспективный анализ - экспертный подход, при котором комиссия, абстрагируясь от знания последствий, шаг за шагом проходит с лечащими врачами все этапы лечебно-диагностического процесса от момента первого обращения пациента за медицинской помощью до ее исхода. После каждого этапа (осмотра, обследования, анализа и т.д.) эксперты должны решить, правильно и обоснованно ли в данный момент действовал медицинский персонал, что, по мнению экспертов, следовало сделать в данной клинической ситуации и почему, и какие имелись альтернативы примененному обследованию и лечению.

Метод ретроспективного анализа - экспертный подход, при котором комиссия оценивает действия (бездействия) медицинского персонала, исходя из сути уже известного им исхода. Данный метод может ложиться в основу выводов только в том случае, когда характер исхода позволяет исключить возможность той клинической картины, которая отражена в медицинских документах, что делает их недостоверными для проспективного анализа.

### **2.3.2. Ответ на вопрос о наличии причинно-следственной связи между выявленными недостатками оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом.**

Входит в компетенцию комиссии экспертов, так как основан прежде всего на медицинских знаниях, а также предусмотрен ст. 58 323-ФЗ.

При ответе целесообразно исходить из следующих положений:

- комиссия экспертов при выполнении экспертизы должна устанавливать наличие прямой причинно-следственной связи;



- при наличии вопросов, касающихся установления причинно-следственной связи между выявленными недостатками оказания медицинской помощи на различных этапах и при различных медицинских вмешательствах и манипуляциях и неблагоприятным исходом, возможно объединять такие вопросы и давать один ответ, при этом такое объединение не противоречит действующему законодательству;

- целесообразно высказываться о наличии или отсутствии прямой причинно-следственной связи, или высказаться, что комиссия экспертов не смогла установить ни ее наличие, ни отсутствие по тем или иным причинам.

### **2.3.3. Ответ на вопрос о степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека допущенными недостатками оказания медицинской помощи.**

Данный вопрос является завершающим, так как ответ на него невозможен при отсутствии ответов на любой из вышеуказанных вопросов, так как требуется решить ряд последовательных вопросов:

- определить сущность неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи;
- оценить оказанную медицинскую помощь и выявить недостатки оказания медицинской помощи;
- определить возможность наступления благоприятного исхода, то есть ненаступления неблагоприятного исхода, при условии правильно оказанной медицинской помощи;
- установить наличие или отсутствие прямой причинно-следственной связи между выявленными недостатками оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом;
- оценить степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, допущенными недостатками оказания медицинской помощи.

Таким образом, степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, допущенными недостатками оказания медицинской помощи устанавливается только при наличии прямой причинно-следственной связи между выявленными недостатками оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом.

При этом степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, может быть установлена как при допущении недостатков, касающихся непроведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, так и при развитии осложнений медицинских вмешательств и манипуляций.

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека при развитии осложнений медицинских вмешательств и манипуляций, устанавливается только при выявлении нарушения технологии, методики, тактики, техники или условий проведения их выполнения (то есть, выявления собственно недостатка оказания медицинской помощи), и установлении прямой причинно-следственной связи с наступившим неблагоприятным исходом.

### **2.3.4. Ответы на некоторые другие вопросы.**

Следует воздерживаться от ответов на вопросы, касающиеся оценки действия (бездействия) конкретных медицинских работников, в том числе, с установлением их ответственности, вины, что является выходом за рамки компетенции комиссии экспертов.



Также следует отказаться от ответов на вопросы, касающиеся оценки проведенных по делу судебно-медицинских экспертиз.

При наличии вопроса, касающегося оценки безопасности медицинской помощи следует исходить из того, что не следует ставить знак равенства между понятием "недостаток оказания медицинской помощи" и "безопасность оказания медицинской помощи". То есть, при наличии недостатков оказания медицинской помощи, при формулировании ответов на соответствующие вопросы, не следует их из-за этого характеризовать, как не отвечающие требованиям безопасности.

Таким образом, при наличии вопросов в постановлениях (определениях) о назначении судебно-медицинских экспертиз, касающихся оценки оказанной медицинской помощи и предоставленной медицинской услуги, как соответствующей или не соответствующей требованиям безопасности, следует указать, что в действующем законодательстве отсутствует указание на необходимость медицинской помощи и медицинской услуги быть безопасными.

## **2. Минздрав предложил проект новой «кириллической» номенклатуры медицинских услуг**

### **Проект Приказа Минздрава РФ (подготовлен 14.02.2025)**

Минздрав РФ представил проект новой номенклатуры медицинских услуг, разработанной взамен действующей (от 2017 г.). Она отличается от проекта новой Номенклатуры.

Новая номенклатура (Минздрав намерен ввести ее в действие с 01.03.2025) позволит присваивать медицинской услуге более точный и информативный код: предполагается, что код медицинской услуги будет содержать, минимум, 13 символов (сейчас код услуги кодируется записью из 8-11 или 8-12 знаков), при этом будет предусмотрена возможность дополнительного расширения кода услуги до 33 знаков, усложнится алгоритм кодирования услуги. Сейчас он предполагает 5 шагов: 1. указание раздела ("А" или "В", то есть услуга, имеющая самостоятельное законченное значение, и комплекс услуг, имеющий самостоятельное законченное значение), 2. указание типа услуги, 3. указание класса услуги, 4. указание вида услуги, 5. указание подвида услуги.

В новой Номенклатуре Минздрав предлагает кодировать услугу с помощью 6 ступеней кодирования:

- 1. указание раздела, в котором сгруппированы медицинские услуги (например, оперативные вмешательства, лабораторные исследования, лечебно-диагностические приемы и т. п.), при этом разделы 01 - 11 включают услуги, представляющие собой виды медвмешательств, имеющих самостоятельное законченное значение, разделы 12 и 13 - это медуслуги, представляющие собой комплекс медвмешательств, раздел 14 - судебно-медицинская / судебно-психиатрическая экспертиза;

- 2. указание объекта данной услуги - в разделах 01, 02, 05 - 11 Номенклатуры - "Орган, его структуры, функции организма", в разделах 03, 04 Номенклатуры - "Образец биологического материала", в разделах 12 - 14 - должность соответствующего специалиста (проект Номенклатуры содержит специальные таблицы с кодами, примечательно, что для кодирования используются буквы кириллицы, например, объект классификации - спинномозговые нервы кодируются АБГ, умственные функции - АТЯ, желчь - Б02, врач-косметолог - АЦЦ1);

- 3. указание типа действия (метода исследования или воздействия / группы лабораторных исследований и т.п.), совершаемого при выполнении медвмешательства. Типы также выбираются из специальной таблицы, и для каждого раздела предусмотрены свои типы действия), к типам действия
- 4. указание порядкового номера (кода) услуги,
- 5. указание уточняющего признака, например: способ выполнения медвмешательства, подвид лучевой терапии, метод выполнения исследования, профиль койки, с кодовым обозначением (от 001 до 999) в соответствии с таблицами.
- 6. указание дополнительного кода расширения (при необходимости, например дополнительно используемое оборудование/метод/технология и/или область топографической анатомии и/или организационную особенность оказания медицинской помощи).

Для кодирования комбинированных хирургических вмешательств предполагается использовать два и более кодов медуслуг для одного случая при практическом применении Номенклатуры.

### 3. Особенности труда медицинских работников

**Важно!** Трудовые договоры с медицинскими работниками могут заключаться как на неопределенный срок, так и на срок, определенный сторонами трудового договора.

Срочный трудовой договор может быть заключен не более чем на 5 лет.

**Важно!** Для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю.

В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Постановлением Правительства РФ от 14.02.2003 N 101.

Медицинским работникам медицинских организаций с их согласия может устанавливаться дежурство на дому.

Дежурство на дому - пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу (для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме).

При учете времени, фактически отработанного медицинским работником медицинской организации, время дежурства на дому учитывается в размере 0,5 часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому.

**Важно!** Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период.

В случае вызова на работу медицинского работника, осуществляющего дежурство на дому, время, затраченное на оказание медицинской помощи, и время следования медицинского

работника от дома до места работы (места оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме) и обратно учитывается в размере часа рабочего времени за каждый час оказания медицинской помощи и следования медицинского работника от дома до места работы и обратно.

При этом время дежурства на дому в учетном периоде корректируется таким образом, чтобы общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не превышала норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период. Медицинские работники вправе осуществлять работу по совместительству - выполнение другой регулярной оплачиваемой работы на условиях трудового договора в свободное от основной работы время по месту их основной работы или в других организациях, в том числе по аналогичной должности, специальности, профессии, и в случаях, когда установлена сокращенная продолжительность рабочего времени (за исключением работ, в отношении которых нормативными правовыми актами Российской Федерации установлены санитарно-гигиенические ограничения).

**Важно!** Продолжительность работы по совместительству медицинских работников в течение месяца устанавливается по соглашению между работником и работодателем, и по каждому трудовому договору она не может превышать:

- для медицинских и фармацевтических работников, у которых половина месячной нормы рабочего времени по основной работе составляет менее 16 часов в неделю, - 16 часов работы в неделю;
- для врачей и среднего медицинского персонала городов, районов и иных муниципальных образований, где имеется их недостаток, - месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели;
- для младшего медицинского и фармацевтического персонала - месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели;
- для иных медицинских и фармацевтических работников - половины месячной нормы рабочего времени, исчисленной из установленной продолжительности рабочей недели.

Для медицинских работников не считаются совместительством и не требуют заключения (оформления) трудового договора следующие виды работ:

- а) научная и иная творческая деятельность без занятия штатной должности;
- б) проведение медицинской экспертизы с разовой оплатой;
- в) осуществление консультирования высококвалифицированными специалистами в учреждениях и иных организациях в объеме не более 300 часов в год;
- г) осуществление работниками, не состоящими в штате учреждения (организации), руководства аспирантами и докторантами, а также заведование кафедрой, руководство факультетом образовательного учреждения с дополнительной оплатой по соглашению между работником и работодателем;
- д) работа без занятия штатной должности в том же учреждении и иной организации, в том числе дежурство медицинских работников сверх месячной нормы рабочего времени по графику и др.;

Выполнение работ, указанных в подпунктах "б"- "д" допускается в основное рабочее время с согласия работодателя.

**Важно!** Продолжительность работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинским работникам,

проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, составляет не более 8 часов в день и 39 часов в неделю.

Медицинские работники имеют право на ежегодный основной оплачиваемый отпуск продолжительностью 28 календарных дней.

**Важно!** Отдельным категориям медицинских работников может быть предоставлен ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск.

Дополнительный отпуск предоставляется в соответствии со следующими нормативными актами:

- Постановлением Правительства РФ от 06.06.2013 N 482 "О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников" (продолжительностью 14, 21, 28 или 35 календарных дней в зависимости от должности),

- Постановлением Правительства РФ от 20.12.2021 N 2365 "О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, предоставляемого отдельным категориям медицинских работников" (продолжительностью 3 календарных дня за непрерывный стаж работы свыше 3 лет);

- Постановлением Правительства РФ от 03.04.1996 N 391 "О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей" (продолжительностью 14 календарных дней);

- ст. 22 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (продолжительностью 14, 21, 28, 30 или 35 календарных дней в зависимости от должности);

- ст. 15 Федерального закона от 18.06.2001 N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (продолжительностью 14 или 21 календарный день в зависимости от должности);

- ст. 22 Федерального закона от 30.03.1995 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (продолжительностью 14 календарных дней).

**Важно!** Минимальная продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, предоставляемого работникам, условия труда на рабочих местах которых по результатам специальной оценки отнесены к опасным или вредным условиям труда 2-й, 3-й или 4-й степени либо опасным условиям труда, составляет семь календарных дней.

Трудовые договоры с медицинскими работниками могут быть расторгнуты по общим основаниям, предусмотренным ТК РФ.