

9. Постанова Раднаркому УСРР і ЦК КП(б)У «Про занесення на «чорну дошку» сіл, які злісно саботують хлібозаготівлі» від 06.12.1932 // Колективізація і голод на Україні 1929–1933: Збірник документів і матеріалів К., 1993. – С. 563.
10. Постанова Політбюро ЦК ВКП(б) «Про антирадянські елементи» від 02.07.1937 // Хрестоматія з Історії держави і права України: Навч. посіб. / Упоряд.: А.С. Чайковський, О.Л. Копиленко, В.М. Кривоніс, В.В. Свистунов, Г.І. Трофанчук. – К.: Юрінком Інтер, 2003. – С. 479.
11. Оперативний Наказ народного комісара внутрішніх справ СРСР «Про операції по репресуванню колишніх куркулів, кримінальних злочинців, та інших антирадянських елементів» від 30.07.1937 // Хрестоматія з Історії держави і права України: Навч. посіб. / Упоряд.: А.С. Чайковський, О.Л. Копиленко, В.М. Кривоніс, В.В. Свистунов, Г.І. Трофанчук. – К.: Юрінком Інтер, 2003. – С. 479.
12. Постанова РНК УСРР і ЦК КП(б)У «Про хід хлібозаготівель по областях УСРР» від 23.01. 1946 // Голод в Україні 1946–1947. Документи і матеріали. – Київ – Нью-Йорк, 1996. – С. 17–18.
13. Постанова ЦК КП(б)У і Ради Міністрів УСРР «Про заходи по виконанню директиви Й. В. Сталіна щодо посилення хлібозаготівель» від 15.09.1947 // Голод в Україні 1946–1947. Документи і матеріали. – Київ – Нью-Йорк, 1996. – С. 285–287.
14. Указ Президії Верховної Ради СРСР «Про виселення у віддалені райони осіб, які злісно ухиляються від трудової діяльності у сільському господарстві і ведуть антигромадський паразитичний спосіб життя» від 02.06.1948 // Реабілітація репресованих: законодавство та судова практика / За ред. В.Т. Маляренка. – К., 1997. – С. 82–83.
15. Основы земельного законодательства Союза ССР и союзных республик // ВВС СССР. – 1968. – № 51. – С. 485.
16. Положение «О государственном контроле за использованием земель», утв. Постановлением СМ СССР 14.05.1970 // СП СССР. – 1970. -№ 9. – С. 71.

Костюченко О.Є., ХІБС УБС НБУ

ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ РОБОЧОГО ЧАСУ ОКРЕМИХ КАТЕГОРІЙ ПРАЦІВНИКІВ

В статті проводиться правовий аналіз проблем в регулюванні робочого часу лікарів. Розглянуті нормативно-правові акти, які закріплюють положення щодо регулювання робочого часу лікарів. Основне уваження приділено правилам внутрішнього трудового розпорядку в установах охорони здоров'я. Правила розглядаються, як основний локальний нормативно-правовий акт, що регулює робочий час лікарів.

In the article the legal analysis of problems in adjusting of working hours of doctors is conducted. Normative and legal acts are considered which fasten positions in relation to adjusting of working hours of doctor. The main attention is given to the rules of internal labour order in establishments of public health. The rules are considered as basic local normative and legal act regulating the working hours of doctor.

Останнім часом набуває актуальності питання правового регулювання робочого часу та часу відпочинку, зокрема у частині реалізації принципу «єдності та диференціації». Означена проблема була пред-

метом дослідження значного кола науковців, серед них: Барабаш Г.О., Гінцбург Л.Я., Дементьев Е.М., Левіант Ф.М., Островський Л.Я., Пашков О.С., Прокопович С.Н., Процевський О.І., Таль Л.С. та багато інших провідних науковців. Однак, у цій загальній проблемі, окремої уваги заслуговують питання захисту прав та законних інтересів працівників які мають скорочений робочий час, до яких, зокрема належать лікарі. Нами пропонується розглянути цю проблему саме на прикладі такої категорії працівників як лікарі.

Об'єктом дослідження виступають відносини, які відображають специфіку правового регулювання скороченого робочого часу лікарів. Предметом дослідження є законодавство, яке відображає специфіку праці лікарів. Науково-теоретичним підґрунтям роботи стали праці: Панасюка О.Т., Процевського В.О., Рогового М.А., Щукіна О.С., Костюка В., які пов'язані з дослідження проблеми регулювання робочого часу лікарів. Метою статті є узагальнення основних положень щодо локального регулювання робочого часу лікарів та обґрунтування рекомендацій і пропозицій спрямованих на вдосконалення законодавства та локальних актів, зокрема, що регулюють це питання. Для досягнення поставленої мети у роботі дається характеристика робочого часу лікарів залежно від умов праці.

Так, чинне законодавство про робочий час лікарів не враховує специфічні умови праці лікарів, що призводить на практиці до порушення прав працівників. Вирішальним чинником у регулюванні робочого часу лікарів мали б стати Галузеві правила трудового розпорядку, які, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України 18 грудня 2000 р. № 204-о. Внутрішній розпорядок, пише О.Т. Панасюк – це не тільки приватна зацікавленість роботодавця, а й об'єкт державного інтересу та впливу, що є причиною існування відповідних норм трудового права [1, с. 103]. Проте згадані правила не вирішують ключових питань регулювання робочого часу лікарів, зокрема:

1. Відповідно до п. 17 Правил, час переодягання перед початком та після закінчення робочого дня (зміни) не входить до робочого часу. Однак у певних випадках такий час належить до підготовчо-завершальних робіт: наприклад, відповідно до вказівки МОЗ України № 165 від 28 травня 1996 р. «Про доведення переліку наказів МОЗ СРСР, які застосовуються в Україні», Правила виконання медичним та обслуговуючим персоналом санітарно-протиепідемічного режиму та вимог безпечності праці у інфекційних лікарнях та відділеннях передбачають певну процедуру такого переодягання та обробки [2]. До лікувально-профілактичних установ належать дільничні лікарні, районні стаціонари, інфекційні, туберкульозні лікарні, пологові будинки і т.д. Кожний із зазначених закладів (структурних підрозділів) відрізняється видом медичної допомоги, яка в ньому надається. Наприклад, у лікарнях, де є хірургічне відділення, лікарю-хірургу доводиться витратити більше часу на переодягання перед початком і після закінчення робочого дня, ніж лікарю-терапевту цієї ж лікарні чи спеціалісту, який працює в приймальному відділенні, у зв'язку з тим, що характер праці в хірургічному відділенні обумовлює набір предметів спецодягу, а також підготовку до операції (обробка рук, наприклад). Лікарі, які безпосередньо надають медичну допомогу хворим туберкульозної, інфекційної лікарні, вживають усіх необхідних

заходів обережності, які полягають не лише в заміні спецодягу, але й в обробці рук спеціальним розчином і т. ін. Неоднозначно вирішується питання відносно лікарів пологових будинків. Так, лікарі акушер-гінекологи пологового відділення, враховуючи їхні трудові обов'язки, часу на переодягання витрачають більше, ніж лікарі цієї ж спеціальності, які обслуговують інші відділення закладу. Звідси час, необхідний для переодягання перед початком та після закінчення робочого дня, обумовлюється характером роботи в закладі охорони здоров'я (структурному підрозділі), а також залежить від кола трудових обов'язків спеціаліста.

У зв'язку з цим п. 17 Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку слід змінити, закріпивши в ньому, що підготовчо-завершальні роботи є робочим часом, тривалість якого встановлюється адміністрацією за погодженням із профспілковим комітетом залежно від характеру роботи в конкретному закладі (підрозділі), а також від кола трудових обов'язків спеціаліста. Або, взагалі, нарешті необхідно розробити довідник з нормування праці в закладах охорони здоров'я, який би відображав характер роботи в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я, лікарнях та їх підрозділах.

2. Чергування вдома також є робочим часом лікарів. Проте згадування про такі чергування є лише в наказі МОЗ, який регулює умови оплати праці лікарів [3], що не можна визнати правильним. Більше того, порядок залучення до таких чергувань наводиться в листі МОЗ України від 10 червня 2005 р., в якому зазначено, що графік таких чергувань повинен складатися з урахуванням потреби працівника у відпочинку [4]. Такий стан речей взагалі є неприпустимим, адже лист будь-якого міністерства взагалі не є нормативним актом.

3. Разом із тим специфіка лікарської діяльності характеризується таким явищем, як відсторонення від роботи з метою забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Такі заходи у трудових відносинах в медичній галузі виникають частіше, ніж на виробництвах та підприємствах загальних напрямків діяльності. Таке відсторонення є неускладненим, якщо спричинене невинними діями працівника, у разі ж коли причиною такого запобіжного заходу є дії або бездіяльність працівника, то відповідно постає запитання: яким часом вважати таке відсторонення – робочим чи часом відпочинку?

Законом визначено, що працівники, які без поважних причин не пройшли у встановлений строк обов'язковий медичний огляд у повному обсязі, від роботи відсторонюються без надання допомоги із соціального страхування та можуть бути притягнуті до дисциплінарної відповідальності. Усунення від роботи або іншої діяльності здійснюється власником підприємства або уповноваженим ним органом (посадовою особою) шляхом видання наказу (дачі усного розпорядження з наступним виданням наказу) та вжиття заходів з контролю за його виконанням [5]. Для визначення робочого часу такі правила прийнятні, за умови, що таке відсторонення до робочого часу не буде зараховуватися. При цьому, у трудовій діяльності лікарів негативні наслідки атестації на визначення знань та практичних навиків з підтвердження звання «лікар-спеціаліст» є підставою для відсторонення від роботи. Так, при відмові у підтвердженні кваліфікації лікаря такі особи не можуть займатися лікарською діяльністю без попере-

днього проходження стажування [6]. Правова проблематика цього факту-події у трудовій діяльності лікаря полягає в тому, що законодавством такі негативні наслідки атестації не вважаються відстороненням від роботи, а період проходження стажування характеризується сукупністю як трудових, так і освітніх прав та обов'язків лікаря. Разом із тим відсутнє законодавче регулювання зміни трудового договору з лікарем за таких негативних обставин. З метою вдосконалення законодавства в цьому питанні пропонуємо у випадку відмови в підтвердженні кваліфікації «лікар-спеціаліст» з наступним направленням лікаря на стажування визнавати таку зміну умов трудового договору одним із видів відсторонення лікарів від самостійної роботи. На підставі документів, виданих атестаційною комісією, оформлювати наказ про таке відсторонення на строк, який дорівнює строку стажування. У разі відмови працівника від зміни трудового договору за таких обставин, адміністрація закладу охорони здоров'я має звільнити лікаря з роботи на підставі п. 2 ст. 40 КЗпП України.

Аналізуючи врегулювання питання відсторонення від роботи в проекті Трудового кодексу, В.О. Процевський вказує на той факт, що законодавцеві не вдалося уникнути проблем у регулюванні цього явища. Зокрема, слушна критика стосується випадків, коли відсторонення конче необхідне, а в переліку, наведеному у проекті, їх немає. Крім того, автор зазначає, що необхідно визначитися з поняттям «відсторонення від роботи» і наводить приклад такою дефініції: відсторонення працівника від роботи є усунення його від виконання трудових обов'язків на визначений винятковими обставинами строк з метою запобігання можливим шкідливим наслідкам, без оплати часу, на який він відсторонений від роботи. Автор привертає увагу до питання права на таке відсторонення, яке обумовлене винятковими і, найчастіше, терміновими обставинами, за яких чекати рішення власника немає сенсу – за цей час можуть настати наслідки, що негативно вплинуть на хід виробництва чи життя людей [7, с. 25–27]. Врахувавши пропозиції В.О. Процевського при затвердженні Трудового кодексу, законодавець тим самим вирішить певне коло проблемних питань, що стосуються такого явища в медицині, як відсторонення від роботи лікарів, як з причин винної поведінки працівника, так і у інших випадках застосування такого заходу.

Із вищевикладеного випливає, що, удосконалюючи законодавство про робочий час лікарів, у ньому необхідно закріпити, що робочим часом є: час, необхідний для переодягання як до початку, так і після закінчення робочого дня (зміни); час чергувань вдома.

4. Окрім зазначення проблем, які існують у регулюванні робочого часу лікаря, необхідно детально визначитися, що саме включає в себе поняття «основний робочий час».

Встановлення видів роботи, що входять до основного робочого часу лікаря, а також норм такої роботи має визначальний характер для розробки норм робочого часу (навантаження) лікаря для конкретної спеціальності залежно від місця роботи та типу закладу. Разом з тим встановлення нормативів на виконання того чи іншого виду роботи буде вирішальним елементом при визначенні якості наданої медичної допомоги чи проведеної медичної маніпуляції та встановлення відповідності належного виконання трудових обов'язків лікарем.

У 1971 р. М.А. Роговий проаналізував накопичений з 1926 р. матеріал стосовно класифікації затрат робочого часу медичних працівників. На жаль, до сьогодення дня законодавчо так і не вирішено питання такої класифікації. На думку автора, основна діяльність лікаря залежить перш за все від його посади, але незважаючи на особливості праці, час цієї діяльності може бути розподілений на дві групи: виробничий та невиробничий. До виробничого часу він відносить: основну діяльність, допоміжну діяльність, роботу з документацією, службові розмови, господарську діяльність, іншу діяльність; до невиробничого часу – особистий необхідний час та незавантажений час. Основна діяльність лікарів визначається ним як робота, що виконується у присутності хворого, тобто це час прямого контакту з пацієнтом, як-от: збір анамнезу, огляд хворого, консилиум за участю хворого, операції. Роботу з документацією М.А. Роговий визначає як великий творчий процес у діяльності лікаря. Тому неправильним є розгляд такої роботи лише як часу, витраченого на заповнення документації: ця робота характеризується вивченням історії хвороби, інших медичних документів, обмірковуванням подальших записів, а також заповненням медичних форм, різноманітних заявок, підклейкою документації. Службові розмови об'єднують витрати робочого часу на ранкові конференції, розпорядження медичному персоналу, консилиуми без участі хворого, бесіди з відвідувачами [8, с. 5–23]. Такі розмови цілком відображають обов'язок, який випускники медичних закладів освіти беруть на себе, промовляючи «Клятву лікаря»: «... у разі необхідності звертатися за допомогою до колег і самому ніколи їм у цьому не відмовляти ...» [9].

Стосовно юридичного значення медичної документації слід зауважити, що історія хвороби є найважливішим документом, який дозволяє судити про правильність діагностики і проведеного лікування. Поряд із медичним правове її значення полягає в тому, що вона може бути використана як доказ у кримінальній справі, може розглядатися у цивільному процесі в частині встановлення втрати працездатності, а також використовуватися при проведенні судово-медичної експертизи [10, с. 42]. На нашу думку, період часу, протягом якого працівник має займатися заповненням медичної документації, повинен встановлюватися з урахуванням специфіки праці лікарів різних спеціальностей, відділень та типів закладів.

У літературі вже робилися неодноразові спроби розподілу робочого часу лікарів. Так, російські науковці-медики структуру робочого часу лікарів бачать такою: робота з хворими, робота з документацією, бесіди з родичами пацієнта, перерви. У своєму дослідженні Г.І. Назаренко та Е.І. Полубенцева наводять такий розподіл робочого часу лікарів залежно від профілю роботи: лікарі хірургічного профілю витрачають близько 50 % робочого часу на хворих; близько 35 % – на документацію; близько 15 % – на конференції. При цьому конкретна тривалість залежить від профілю відділення. У відділеннях терапевтичного профілю – неврологічному, терапевтичному, пульмонологічному, кардіологічному та інших – від 34 % до 50 % робочого часу витрачається на обхід, від 26 % до 47 % – на ведення документації, від 2 % до 13 % – на консультації. Цікаво, що робочий час відділень реанімації – хірургічного, терапевтичного, анестезіології – поділяється на два види – робота з хво-

рими та заповнення документації, які відповідно займають від 45 % до 80 %, і від 12 % до 35 % робочого часу. Розподіл робочого часу лікарів діагностичних підрозділів дещо інший, тут робота поділяється на дослідження, обговорення, ведення документації та вивчення літератури [11, с. 152–157].

При дослідженні правових аспектів нормування праці медичних працівників О.С. Щукін дійшов висновку, «що подальший розвиток нормування праці медичних працівників повинен здійснюватися через створення державної системи стандартизації медичної допомоги... професійний медичний стандарт є комплексною нормою праці і включає елементи норм часу, виробітку, навантаження, обслуговування і чисельності» [12, с. 13]. Погоджуючись із цією думкою, можна доповнити, що, окрім наведеного, слід враховувати той факт, що робочий час лікарів відрізняється і за критеріями інтенсивності і за складністю виконуваної роботи залежно від рівня закладу охорони здоров'я (І, ІІ, ІІІ).

Щодо інтенсивності та темпів роботи вітчизняних лікарів, то оцінити їх не видається можливим, оскільки в Україні подібні дослідження не проводяться. Отже, звернемося до зарубіжних даних. Так, В. Костюк, аналізуючи умови праці за законодавством Європейського Союзу, зазначає: «В аналітичній роботі Європейського Союзу широко розглядаються і вивчаються такі умови праці: тривалість робочого часу (скорочена, стандартна, подовжена); організація праці (інтенсивність, темп, автономна робота); безпека і здоров'я на роботі (фізичні ризики, психологічні ризики)... Темп роботи варіюється залежно від галузі господарювання... так, для 90 % працівників охорони здоров'я швидкість роботи визначається прямими вказівками інших людей» [13, с. 13–14]. Наведені цифри вражають, і саме тому визначенню інтенсивності та темпам роботи лікарів слід приділити належну увагу, а отримані результати необхідно покласти в основу норм виробітку та тривалості робочого часу.

Рівень закладу охорони здоров'я відіграє значну роль у складності виконуваної роботи. Як правило, в усіх типах закладів проводяться оперативні втручання, тож розглянемо, чи можна їх порівняти. По-перше, операції поділяються на лікувальні та діагностичні, за терміновістю – на екстрені, термінові та планові. Лікувальні операції бувають радикальні, з метою вилікування, і паліативні, з метою полегшення страждань хворого. Діагностичні операції застосовуються для уточнення або встановлення діагнозу після попереднього використання всіх інших діагностичних методів. Крім того, операції можуть бути одномоментними, двомоментними, багатомоментними, тобто існує розподіл операції на етапи. Проте будь-яка операція – це завжди серйозне втручання, яке може нести певну загрозу для хворого, ймовірність розвитку тяжкого прояву, який необхідно передбачити заздалегідь і забезпечити профілактику або своєчасну ліквідацію [14, с. 212–213]. По-друге, порожнинні операції проводить не один лікар, а, залежно від типу втручання, операційна бригада, до складу якої входять щонайменше такі лікарі: оперуючий лікар, лікар-асистент, лікар-анестезіолог. Кожний із них виконує свою трудову функцію, відчуючи при цьому різне психоемоційне навантаження. Таким чином, цілком очевидно є різниця між операціями, а відповідно – і різниця в напруженості та складності в роботі лікарів.

Вищенаведене дає підстави стверджувати, що робочий час лікарів різноманітний як за його розподілом, так і за умовами праці. І тому розробка та запровадження нормативів праці дасть можливість: визначитися з тривалістю робочого часу лікарів залежно від лікарської посади, спеціальності; вирахувати навантаження на працюючого з огляду на специфіку роботи та наявність шкідливих умов праці, психоемоційне навантаження та допустимі норми навантаження; деталізувати розподіл робочого часу з метою виведення його як однієї з категорій якості медичної допомоги (послуги). У процесі застосування таких норм слід передбачити межі оперативної самостійності закладів охорони здоров'я на місцях із залученням профспілкових організацій. Зазначені норми мають враховувати:

1. Співвідношення часу, що зараховується в робочий час залежно від його використання для виконання трудової функції (приклад: виїзд лікаря додому до хворого або вихід з урахуванням відстані, яку необхідно подолати, наявності транспортного засобу, пори року та погодних умов).
2. Допустиме навантаження залежно від фізичного та психоемоційного напруження, шкідливості умов праці та соціальних потреб людини.
3. Вид закладу охорони здоров'я визначає певною мірою інтенсивність праці як у денний, так і у нічний час (пологовий будинок, інфекційна лікарня, обласна лікарня швидкої допомоги, відділення паліативної допомоги типу «хоспіс», поліклінічний заклад).
4. Розмежування складності виконуваної роботи, враховуючи рівень закладу (I, II, III).

Література:

1. Панасюк О. Про «внутрішній трудовий розпорядок» як категорію трудового права / О. Панасюк // *Право України*. – 2005. – № 4. – С. 100–104.
2. Об утверждении Инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений): Приказ Минздрава СССР № 916 от 04.08.1983 г. [Електронний ресурс]: Комп'ютерна правова система ЛІГА: ЗАКОН. – Систем. вимоги: Windows 95/98/2000/NT/XP; 64 МБ ОЗУ, i386-процесор і вище. – Заголовок з загального законодавства.
3. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту: Наказ МОЗ України № 308/519 від 05.10.2005 р. // *Офіц. вісн. України*. 2005. – № 42. – Ст. 2675.
4. Про тривалість часу чергування медперсоналу у себе вдома: Лист МОЗ України № 10.03.68/1106 від 10.06.2005 р. // *Баланс-бюджет*. – 2005. – № 13. – 12 лип.
5. Про затвердження інструкції про порядок внесення подання про відсторонення осіб від роботи або іншої діяльності: Наказ МОЗ № 66 від 14.04.1995 р. [Електронний ресурс]: Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws>.
6. Про подальше удосконалення атестації лікарів: Наказ МОЗ України № 359 від 19.12.1998 р. // *Офіц. вісн. України*. – 1998. – № 3. – Ст. 127.
7. Процевський В. Відсторонення від роботи: вирішення питання у проекті Кодексу про працю / В. Процевський // *Право України*. – 1996. – № 8. – С. 25–27.
8. Роговий М.А. Опыт изучения труда медицинских работников / Роговий М.А. – М.: Медицина, 1971. – 108 с.
9. Про Клятву лікаря: Указ Президента України № 349 від 15.06.1992 р. // *Голос України*. – 1992. – № 114. – 19 черв.

10. Ясинський В.І. Правові основи діяльності медичних і фармацевтичних працівників / В.І. Ясинський, А.А. Бабанін, І.Ф. Соколов – Сімферополь: 2001. – 364 с.
11. Назаренко Г.І. Управление качеством медицинской помощи / Г.І. Назаренко, Е.І. Полубенцева. – М.: Медицина, 2000. – 368 с.
12. Щукін О.С. Правовий статус медичних працівників за трудовим законодавством України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.05 «Трудове право; право соціального забезпечення» / О.С. Щукін. – Одеса, 2005. – 20 с.
13. Костюк В. Умови праці за законодавством Європейського Союзу / В. Костюк // Довідник кадровика. – 2007. – № 4 (58). – С. 10–15.
14. Стручков В.І. Общая хирургия / Стручков В.І. – [4-е изд., испр. и доп.] – М.: Медицина, 1978. – 544 с.

Котова Л.В., СНУ ім. В. Даля

ОСОБЛИВОСТІ ГАРАНТІЙ ОХОРОНИ ТРУДОВИХ ПРАВ ПРАЦІВНИКА У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Исследована специфика содержания основных гарантий трудовых прав работников в современных социально-экономических условиях. Проведен анализ различных классификаций гарантий трудовых прав работника.

The specific of the employees main labour rights content in the contemporary socially-economical conditions has been researched. The analysis of various labour rights classifications of guarantees was conducted.

Конституція України, заклавши основу процесу формування якісного нового національного трудового законодавства, передбачивши основні соціально-економічні права людини, водночас не закріпила всієї цілісної системи гарантій реалізації й охорони, а також захисту цих прав. А саме ступінь гарантування прав і свобод людини, у тому числі соціально-економічних прав працівників, впливає на рівень розвиненості українського суспільства.

Аналіз сучасної юридичної літератури показує, що існують різні точки зору щодо того, чи є гарантії елементом трудово-правового статусу працівника. Так, наприклад, Л.А. Сироватська пов'язує трудово-правовий статус тільки з трудовою праводієздатністю і основними правами й обов'язками працівника [1, с. 66–67]. О.М. Ярошенко також не включає до змісту правового статусу працівника юридичні гарантії. На його думку, з формально-юридичної точки зору юридичні гарантії нічим не відрізняються від тих суб'єктивних прав суб'єкта трудового права, реалізацію яких вони мають забезпечувати [2, с. 91]. Водночас, такі вчені, як Я.Р. Тіхонова, Г.І. Чанишева, Н.Б. Болотіна, О.В. Смирнов визначають юридичні гарантії як самостійний елемент правового статусу працівника [3, с. 13–14], [4], [5]. При визначенні елементів правового статусу працівника ми поділяємо позицію прихильників багатоелементного підходу з включенням до змісту цього статусу юридичних гарантій як самостійного елементу його структури.

Метою цієї статті є обґрунтування необхідності розширення правових гарантій охорони прав працівника як суб'єкта трудового права та вне-