

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Под общ. ред. Н. Н. Карякина

Учебник

*Рекомендовано Координационным советом
по области «Здравоохранение и медицинские науки»
в качестве учебника*

Том 2



ИЗДАТЕЛЬСТВО
ПРИВОЛЖСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Нижний Новгород

2023

УДК 614.2(075)
ББК 51.1я73
О641

Авторский коллектив:

Абросимова Е. Б., Алебашина Л. А., Гажва С. И., Дошанникова О. А., Ибрагимова Ю. Ш.,
Карякин Н. Н., Качко А. В., Китаева Ю. И., Ковалишена О. В., Коптева Л. Н., Кочкурова Е. А.,
Незнахина М. С., Переслегина И. А., Поздеева Т. В., Халак М. Е., Шкаредная О. В.

Рецензенты:

Кобякова О. С. — д-р мед. наук, профессор, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;
Конради А. О. — д-р мед. наук, профессор, академик РАН, заместитель генерального
директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России,
заведующий НИО артериальной гипертензии, заведующий кафедрой организации управления
и экономики здравоохранения Института медицинского образования Центра Алмазова;

Богомолова Е. С. — д-р мед. наук, профессор, проректор по учебной работе
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Благодарности:

И. Ю. Арефьеву, А. С. Благоднравовой, Г. Ю. Велединской, С. В. Вожикю, М. Н. Иванову,
И. Н. Новоточиновой, И. А. Пудовой, Т. Е. Романовой, Г. Ю. Семиной, С. И. Савелову,
А. В. Смирновой, Е. Я. Соловьевой

Организация здравоохранения и общественное здоровье : учебник в 2 т.

0641 Т. 2 / под общ. ред. Н. Н. Карякина. — Нижний Новгород : Издательство Приволжского исследовательского медицинского университета, 2023. — 276 с.

ISBN 978-5-7032-1490-9

ISBN 978-5-7032-1492-3

В учебнике представлен широкий круг вопросов, касающихся организации деятельности и управления медицинской организацией. Изложенный материал представляет собой аналитический синтез теории управления, нормативных актов и практического опыта, что предполагает наличие у читателя базовой подготовки по общественному здоровью и организации здравоохранения.

Изложены основы управления здравоохранением на государственном уровне и на уровне отдельной медицинской организации. Читателю предлагается ознакомиться с основами проектного управления в здравоохранении. Показано значение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, а также эпидемиологической безопасности медицинской деятельности. Особое внимание уделено правовым аспектам и разрешительным процедурам в деятельности медицинской организации. Раскрыты ключевые аспекты финансирования медицинской помощи.

Рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся управления медицинским персоналом: допуск к медицинской деятельности, кадровая работа, охрана труда, а также психологические основы управления трудовыми ресурсами организации.

Предназначен для обучающихся в ординатуре по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье», а также врачам, интересующимся вопросами организации здравоохранения, в том числе претендующим на получение квалификационной категории.

УДК 614.2(075)
ББК 51.1я73

ISBN 978-5-7032-1490-9
ISBN 978-5-7032-1492-3

© Коллектив авторов, 2023
© ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ 4. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	9
Глава 1. Общие положения государственного контроля (надзора), муниципального контроля	11
Глава 2. Государственный контроль (надзор) качества и безопасности медицинской деятельности.....	20
1. Предмет, объекты и ключевые показатели государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности	20
2. Риск-ориентированный подход при осуществлении государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности	23
3. Контрольные (надзорные) мероприятия при проведении государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности	25
Глава 3. Государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) соблюдения санитарно-эпидемиологических требований.....	34
1. Предмет, объекты и ключевые показатели государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора).....	34
2. Риск-ориентированный подход при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора)	38
3. Контрольные (надзорные) мероприятия при проведении государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора)	45
РАЗДЕЛ 5. ЭКСПЕРТИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	51
Глава 1. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских учреждениях.....	53

Глава 2. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов	65
1. Основы медико-социальной экспертизы	65
2. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу	73
3. Порядок проведения медико-социальной экспертизы	76
4. Критерии установления инвалидности	81
5. Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	85

РАЗДЕЛ 6. ЭКОНОМИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

91

Глава 1. Экономическая деятельность медицинской организации

93

1. Общие вопросы	93
2. Взаимодействие с учредителем и фондом ОМС при осуществлении финансово-хозяйственной деятельности	101

3. Внутренний финансовый контроль и аудит	103
---	-----

4. Законодательство о закупках	106
--------------------------------------	-----

5. Особенности применения законодательства о закупках в медицинских организациях	116
--	-----

Глава 2. Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

121

Глава 3. Программа государственных гарантий

131

Глава 4. Организация платных медицинских услуг

148

РАЗДЕЛ 7. УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

161

Глава 1. Трудовые отношения в медицинской организации. Допуск к профессии

163

1. Допуск к профессиональной деятельности	163
---	-----

2. Кадровая работа в медицинской организации	174
--	-----

3. Охрана труда	200
-----------------------	-----

Глава 2. Психология управления персоналом

210

1. Управление кадрами	210
-----------------------------	-----

2. Управление мотивацией	214
--------------------------------	-----

3. Управление конфликтами	219
---------------------------------	-----

Глава 3. Организация работы среднего и младшего персонала в медицинской организации	229
1. Нормативно-правовое обеспечение профессиональной деятельности среднего и младшего медицинского персонала	230
2. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение профессиональной деятельности среднего и младшего медицинского персонала	233
ЛИТЕРАТУРА.....	238

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- EFQM — The European Foundation for Quality Management
JCI — Joint Commission International
TQM — Total Quality Management (метод непрерывного повышения качества)
- АХЧ — административно-хозяйственная часть
ВБИ — внутрибольничная инфекция
ВК — врачебная комиссия
ВКК — внутренний контроль качества
ВМП — высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ГИС — государственная информационная система
ГП — государственная программа
ДМС — добровольное медицинское страхование
ЕГИСЗ — единая государственная информационная система здравоохранения
ЕИС — единая информационная система
ЖНВЛП — жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты
ИДС — информированное добровольное согласие
ИПМР — индивидуальная программа медицинской реабилитации
ИСМП — инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
ИТП — индивидуальный тепловой пункт
КБМД — качество и безопасность медицинской деятельности
КДО — консультативно-диагностическое отделение
КОСГУ — классификация операций сектора государственного управления
КПГ — клинико-профильная группа
КСГ — клинико-статистическая группа
ЛП — лекарственный препарат
ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение
МВД — Министерство внутренних дел Российской Федерации
МИ — медицинские изделия
МИС — медицинская информационная система
МКФ — международная классификация функционирования
МНН — международное непатентованное наименование

МО — медицинская организация
МП — медицинская помощь
МРОТ — минимальный размер оплаты труда
МСЭ — медико-социальная экспертиза
МСЭК — медицинская социальная экспертная комиссия
МФЦ — многофункциональный центр
МЧС — Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий
НИР — научно-исследовательская работа
НМЦК — начальная (максимальная) цена контракта
НС — наркотические средства
ОКИ — острые кишечные инфекции
ОКПД — Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности
ОМС — обязательное медицинское страхование
ООИ — особо опасные инфекции
ОПО — опасный производственный объект
ПВ — психотропные вещества
ПГТ — программа государственных гарантий
ПИТ — последствия интенсивной терапии
ПК — персональный компьютер
ПКГ — профессиональные квалификационные группы
ПМСМ — первичная медико-санитарная помощь
ПО — программное обеспечение
ПОК — первичный онкологический кабинет
ПСО — первичное сосудистое отделение
ПФХД — план финансово-хозяйственной деятельности
РСЦ — региональный сосудистый центр
СИЗ — средства индивидуальной защиты
СМИ — средства массовой информации
СМК — система менеджмента качества
СМП — специализированная медицинская помощь
СНГ — Содружество независимых государств
СОП — стандартные операционные процедуры
СППВР — система поддержки принятия врачебных решений
СУОТ — система управления охраной труда
ТК РФ — Трудовой кодекс Российской Федерации

ТПГГ — территориальная программа государственных гарантий

ТПОМС — территориальная программа обязательного медицинского страхования

ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования

УК РФ — Уголовный кодекс Российской Федерации

УФАС — Управление Федеральной антимонопольной службы

ФАП — фельдшерско-акушерский пункт

ФАС — Федеральная антимонопольная служба

ФМБА — Федеральное медико-биологическое агентство

ФП — фельдшерский пункт

ФРМР — федеральный регистр медицинских работников

ФСА — Федеральная служба по аккредитации

ФСБ — Федеральная служба безопасности

ФСС — Фонд социального страхования

ФСТЭК — Федеральная служба по техническому и экспортному контролю

ФФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания

ЦАОП — центр амбулаторной онкологической помощи

ЦОД — центр обработки данных

ЦСО — централизованное стерилизационное отделение

ЧП — чрезвычайное происшествие

ШРМ — шкала реабилитационной маршрутизации

ЭВН — экспертиза временной нетрудоспособности

ЭИБ — электронная история болезни

ЭЦП — электронно-цифровая подпись

РАЗДЕЛ 4.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ГЛАВА 1.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА), МУНИЦИПАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ

Деятельность медицинских организаций имеет ключевое значение для сохранения здоровья населения, профилактики возникновения и распространения инфекционных и неинфекционных болезней, снижения заболеваемости и смертности населения. В то же время оказание медицинской помощи в медицинской организации является сложным процессом и сопровождается рисками возникновения нежелательных событий. В этой связи различные аспекты деятельности медицинских организаций подлежат государственному контролю (надзору), осуществляемому различными органами исполнительной власти, уполномоченными обеспечивать государственный контроль (надзор) в различных сферах деятельности поднадзорных учреждений (Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», Федеральный закон от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»). Выделяют:

- федеральный государственный контроль (надзор);
- региональный государственный контроль (надзор);
- муниципальный контроль.

Под государственным контролем (надзором), муниципальным контролем в Российской Федерации понимается деятельность контрольных (надзорных) органов, направленная на предупреждение, выявление и пресечение нарушений обязательных требований, осуществляемая в пределах полномочий указанных органов посредством профилактики нарушений обязательных требований, оценки соблюдения гражда-

нами и организациями обязательных требований, выявления их нарушений, принятия предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению выявленных нарушений обязательных требований, устранению их последствий и (или) восстановлению правового положения, существовавшего до возникновения таких нарушений.

Государственный контроль (надзор), муниципальный контроль должны быть направлены на достижение общественно значимых результатов, связанных с минимизацией риска при-

Государственный контроль (надзор), муниципальный контроль должны быть направлены на достижение общественно значимых результатов, связанных с минимизацией риска причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям, вызванного нарушениями обязательных требований.

чинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям, вызванного нарушениями обязательных требований.

Контрольно-надзорная деятельность включает:

1) проведение плановых контрольных (надзорных) мероприятий в отношении юридических лиц или индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию (лицензиатов);

2) проведение внеплановых контрольных (надзорных) мероприятий в отношении

лицензиатов в порядке и случаях, предусмотренных Федеральным законом № 248-ФЗ;

3) проведение профилактических мероприятий в отношении лицензиатов.

Надзор за исполнением Федерального закона № 248-ФЗ осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации и подчиненными ему прокурорами.

Имеются реестры государственного контроля (надзора).

Содержание государственного контроля (надзора) определяется соответствующим положением.

В Российской Федерации реализуется единая государственная политика в сфере государственного контроля (надзора), муниципального контроля, в том числе в области обеспечения прав граждан и организаций.

Общие принципы государственного контроля (надзора), муниципального контроля:

1) *законность и обоснованность*: деятельность ведется в соответствии с законодательством Российской Федерации, действия и решения контрольного (надзорного) органа и его должностных лиц должны быть законными и обоснованными, находиться в пределах своей компетенции, являться объективными и подтверждаться фактическими данными и документами, содержащими достоверную информацию;

2) *стимулирование добросовестного соблюдения обязательных требований*: приоритетным является проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение риска причинения вреда (ущерба); должны быть обеспечены стимулы к добросовестному соблюдению обязательных требований и минимизация потенциальной выгоды от нарушений обязательных требований;

3) *соразмерность вмешательства в деятельность контролируемых лиц*: выбираемые профилактические мероприятия, контрольные (надзорные) мероприятия, применяемые меры по пресечению и (или) устранению нарушений обязательных требований должны быть соразмерными характеру нарушений обязательных требований, вреду (ущербу), который причинен или может быть причинен, должны ограничиваться только теми действиями, которые необходимы для соблюдения обязательных требований. Не допускается причинение неправомерного вреда (ущерба) контролируемым лицам, их представителям, либо имуществу, либо их деловой репутации;

4) *охрана прав и законных интересов, уважение достоинства личности, деловой репутации контролируемых лиц*: контрольный (надзорный) орган обязан признавать, соблюдать и защищать права и свободы контролируемых и иных лиц; контролируемому лицу, его представителю должны быть разъяснены их права, обязанности и ответственность и обеспечена возможность осуществления этих прав; запрещается принятие решений и совершение действий (бездействия), унижающих достоинство личности либо умаляющих деловую репутацию организации, индивидуального предпринимателя. Решения контрольного (надзорного) органа, действия (бездействие) должностных лиц контрольного (надзорного) органа могут быть обжалованы

контролируемым лицом, его представителем в установленном порядке;

5) *недопустимость злоупотребления правом*: не допускает-ся использование контрольными (надзорными) органами и их должностными лицами полномочий в целях воспрепятствования законной деятельности контролируемых лиц, необоснованного увеличения сроков осуществления проверки; не допускается использование контролируемыми лицами прав и гарантий в целях воспрепятствования осуществлению государственного контроля (надзора), муниципального контроля. Не допускается злоупотребление гражданами и организациями правом на обращение в контрольные (надзорные) органы в целях направления обращений, содержащих заведомо недостоверную информацию о соблюдении контролируемыми лицами обязательных требований;

6) *соблюдение охраняемой законом тайны*: информация, составляющая коммерческую, служебную или иную охраняемую законом тайну и полученная должностными лицами контрольного (надзорного) органа при осуществлении государственного контроля (надзора), муниципального контроля, не подлежит разглашению, за исключением случаев, установленных федеральными законами. За разглашение информации, составляющей коммерческую, служебную или иную охраняемую законом тайну, должностные лица контрольного (надзорного) органа несут ответственность, предусмотренную федеральными законами, а вред (ущерб) подлежит возмещению.

Если иное не установлено федеральными законами, то сведения о нарушениях обязательных требований не относятся к охраняемой законом тайне. Контрольный (надзорный) орган не представляет по запросам третьих лиц информацию, ставшую известной в ходе проведения контрольных (надзорных) мероприятий, акты контрольных (надзорных) мероприятий, а также выданные по их итогам предписания, если в ходе контрольных (надзорных) мероприятий не было выявлено нарушений обязательных требований или если не затронуты права обратившегося в контрольный (надзорный) орган лица.

Выделяют предмет и объекты государственного контроля (надзора), муниципального контроля.

Предметом контроля являются:

- 1) соблюдение контролируруемыми лицами обязательных требований, установленных нормативными правовыми актами;
- 2) соблюдение (реализация) требований, содержащихся в разрешительных документах;
- 3) соблюдение требований документов, исполнение которых является необходимым в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 4) исполнение решений, принимаемых по результатам контрольных (надзорных) мероприятий.

Объектами контроля являются:

- 1) деятельность, действия (бездействие) граждан и организаций, в рамках которых должны соблюдаться обязательные требования;
- 2) результаты деятельности граждан и организаций, в том числе продукция (товары), работы и услуги, к которым предъявляются обязательные требования;
- 3) здания, помещения, сооружения, линейные объекты, территории, включая водные, земельные и лесные участки; оборудование, устройства, предметы, материалы, транспортные средства; компоненты природной среды, природные и природно-антропогенные объекты; другие объекты, которыми граждане и организации владеют и (или) пользуются; компоненты природной среды, природные и природно-антропогенные объекты, не находящиеся во владении и (или) пользовании граждан или организаций, к которым предъявляются обязательные требования (далее — производственные объекты).

Объекты контроля подлежат учету контрольными (надзорными) органами.

Создан ряд реестров, которые являются информационным обеспечением государственного контроля (надзора) и муниципального контроля.

1. Единый реестр видов контроля — федерального государственного контроля (надзора), регионального государственного контроля (надзора), муниципального контроля. Правила формирования и ведения единого реестра видов контроля утверждаются Правительством Российской Федерации. Оператором этого реестра является федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке

государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области государственного контроля (надзора) и муниципального контроля.

2. Единый реестр контрольных (надзорных) мероприятий, включающий:

- учет проводимых контрольными (надзорными) органами профилактических мероприятий, контрольных (надзорных) мероприятий, принятых мер по пресечению выявленных нарушений обязательных требований, устранению их последствий и (или) по восстановлению правового положения, существовавшего до таких нарушений;

- учет решений и действий должностных лиц контрольных (надзорных) органов, решений контрольных (надзорных) органов, принятых при проведении мероприятий, а также принятых мер по итогам рассмотрения жалоб контролируемых лиц;

- обеспечение взаимодействия контрольных (надзорных) органов и органов прокуратуры в рамках планирования и согласования проведения контрольных (надзорных) мероприятий;

- учет информации о жалобах контролируемых лиц.

Правила формирования и ведения единого реестра контрольных (надзорных) мероприятий утверждаются Правительством Российской Федерации.

Оператором данного реестра выступает Генеральная прокуратура Российской Федерации. Единый реестр контрольных (надзорных) мероприятий является федеральной государственной информационной системой.

Проведение контрольных (надзорных) мероприятий, информация о которых на момент начала их проведения в едином реестре контрольных (надзорных) мероприятий отсутствует, не допускается.

Информация, которая не внесена в единый реестр контрольных (надзорных) мероприятий и в отношении которой предусмотрена обязательность такого внесения, не может использоваться в целях принятия решений при осуществлении государственного контроля (надзора), муниципального контроля, за исключением случаев неработоспособности единого реестра контрольных (надзорных) мероприятий, зафиксированных оператором реестра.

3. Подсистема досудебного обжалования, являющаяся подсистемой государственной информационной системы.

4. Реестр заключений о соответствии, содержащий данные о подтверждении соблюдения обязательных требований.

5. Информационные системы контрольных (надзорных) органов, которые включают учет объектов контроля и связанных с ними контролируемых лиц; учет сведений о соблюдении (несоблюдении) контролируемыми лицами обязательных требований; взаимодействие контрольных (надзорных) органов с контролируемыми лицами, органами прокуратуры, иными гражданами и организациями, государственными органами, органами местного самоуправления и другое информационное сопровождение вопросов организации и осуществления государственного контроля (надзора), муниципального контроля.

С 2018 г. в Российской Федерации применяется риск-ориентированный подход при организации государственного контроля (надзора), введен Федеральным законом от 13.07.2015 № 246-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон “О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля”».

Под риском понимается событие, которое может произойти в будущем с определенной вероятностью и нанести определенный ущерб. Риск может быть результатом как действия, так и бездействия.

Риск-ориентированный подход контрольной и надзорной деятельности представляет собой методологию, обеспечивающую целевое воздействие надзорных функций на объекты контроля,

Риск-ориентированный подход контрольной и надзорной деятельности представляет собой методологию, обеспечивающую целевое воздействие надзорных функций на объекты контроля, основанную на анализе состояния технических устройств, риска их аварий и инцидентов в соответствии со значимостью последствий таких аварий и инцидентов для безопасности и здоровья населения.

основанную на анализе состояния технических устройств, риска их аварий и инцидентов в соответствии со значимостью последствий таких аварий и инцидентов для безопасности и здоровья населения.

Так, среди различных видов федерального государственного контроля (надзора), касающихся медицинской организации, риск-ориентированный подход применяется при следующих:

- федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляемый Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральным медико-биологическим агентством;
- государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
- федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств;
- государственный контроль за обращением медицинских изделий;
- контроль за соблюдением законодательства Российской Федерации и иных нормативных правовых актов о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, осуществляемый Федеральной антимонопольной службой;
- государственный контроль за обеспечением безопасности

донорской крови и ее компонентов.

План проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей в рамках федерального государственного контроля (надзора), включая медицинские организации, составляется ежегодно и представлен на сайте федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль.

Имеется также перечень видов регионального государственного контроля (надзора), осуществляющих риск-ориентированный подход.

План проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей в рамках федерального государственного контроля (надзора), включая медицинские организации, составляется ежегодно и представлен на сайте феде-

ральных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль. В плане указывается цель проведения проверки, основание проведения проверки (дата окончания последней проверки, дата начала осуществления юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем деятельности в соответствии с представленным уведомлением о начале деятельности или иные основания в соответствии с федеральным законом — указывается ссылка на положения федерального закона, устанавливающего основания проведения плановой проверки), дата начала проведения проверки (указывается календарный месяц начала проведения проверки), срок проведения плановой проверки (рабочие дни), форма проведения проверки (документарная, выездная, документарная и выездная), наименование органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля, с которым проверка проводится совместно, информация о постановлении о назначении административного наказания или решении о приостановлении и (или) об аннулировании лицензии, дате их вступления в законную силу и дате окончания проведения проверки, по результатам которой они приняты.

ГЛАВА 2.
**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ (НАДЗОР)
КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**1. ПРЕДМЕТ, ОБЪЕКТЫ И КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА) КАЧЕСТВА
И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Порядок организации и осуществления федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности регулируется соответствующим Положением, утвержденным постановлением Правительства РФ от 29.06.2021 № 1048, а также Федеральным законом № 248-ФЗ.

Что именно подлежит государственному контролю (надзору) — предмет контроля?

Предметом государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности являются:

1. Соблюдение медицинскими организациями (в том числе медицинскими работниками), фармацевтическими организациями (в том числе фармацевтическими работниками), государственными внебюджетными фондами, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими фармацевтическую деятельность, обязательных требований в сфере охраны здоровья, требований к объектам, используемым при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе:

- прав граждан в сфере охраны здоровья;
- порядка оказания медицинской помощи; положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи; правил проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных видов диагно-

стических исследований; порядка проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- порядка и условий предоставления платных медицинских услуг, за исключением обязательных требований, отнесенных к предмету федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей;

- ограничений, налагаемых на медицинских работников, руководителей медицинских организаций, фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- требований к предоставлению социальной услуги (пункт 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»);

- требований к обеспечению доступности для инвалидов объектов инфраструктуры и предоставляемых услуг в сфере охраны здоровья;

- соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.

2. Соблюдение лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.

Кто осуществляет государственный контроль (надзор) качества и безопасности медицинской деятельности?

Государственный контроль (надзор) осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

Должностными лицами, уполномоченными на осуществление государственного контроля (надзора), являются:

- а) руководитель (заместитель руководителя) Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения);

- б) должностные лица Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения), в должностные

обязанности которых в соответствии с должностным регламентом входит осуществление полномочий по осуществлению такого вида контроля (надзора), в том числе проведение профилактических мероприятий и контрольных (надзорных) мероприятий (далее — инспекторы).

Инспекторы, уполномоченные на проведение конкретного профилактического мероприятия или контрольного (надзорного) мероприятия, определяются решением контрольного (надзорного) органа о проведении профилактического мероприятия или контрольного (надзорного) мероприятия.

Должностными лицами, уполномоченными на принятие решений о проведении контрольных (надзорных) мероприятий, являются:

а) руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения);

б) заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения).

Должностные лица, осуществляющие государственный контроль (надзор) при проведении контрольного (надзорного) мероприятия в пределах своих полномочий и объеме проводимых контрольных (надзорных) действий, пользуются правами, установленными частью 2 статьи 29 Федерального закона № 248-ФЗ.

Что является объектом государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности?

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет государственный контроль (надзор):

а) за деятельностью медицинских организаций (в том числе медицинских работников), фармацевтических организаций (в том числе фармацевтических работников), государственных внебюджетных фондов, индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих фармацевтическую деятельность;

б) за результатами деятельности медицинских организаций (в том числе медицинских работников), фармацевтических организаций (в том числе фармацевтических работников), государственных внебюджетных фондов, индивидуальных пред-

принимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих фармацевтическую деятельность, в том числе деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, к которым предъявляются обязательные требования;

в) за объектами, используемыми при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья, включая здания, помещения, сооружения и оборудование, к которым предъявляются обязательные требования.

Ключевым показателем государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности является количество умерших с установленным по результатам проведенного патологоанатомического вскрытия расхождением диагноза на 10 000 случаев патологоанатомических вскрытий за отчетный год.

Значение ключевого показателя рассчитывается на основании статистических данных годовой формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», утверждаемой Федеральной службой государственной статистики.

Целевое значение ключевого показателя за 2022 г. определены 570, за 2023 г. — 550, за 2024 г. — 530, за 2025 г. — 510.

2. РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА) КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности относится к видам федерального государственного контроля (надзора), реализующим риск-ориентированный подход.

Росздравнадзор в целях управления рисками причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям при осуществлении государственного контроля (надзора) относит объекты

контроля к одной из следующих категорий риска причинения вреда (ущерба):

- 1) чрезвычайно высокий риск;
- 2) высокий риск;
- 3) значительный риск;
- 4) средний риск;
- 5) умеренный риск;
- 6) низкий риск.

Отнесение объектов контроля к определенной категории риска осуществляется на основании критериев отнесения деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, к определенной категории риска.

Отнесение объектов контроля к определенной категории риска (на основании показателя риска К) осуществляется (табл. 32):

– в соответствии с критериями тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований;

– с учетом критериев возможного несоблюдения обязательных требований.

Таблица 32

Показатели риска К для объектов государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности

№ п/п	Категория риска причинения вреда (ущерба)	Показатель риска К
1.	Чрезвычайно высокий риск	Свыше 453 900
2.	Высокий риск	280 901–453 900
3.	Значительный риск	172 301–280 900
4.	Средний риск	89 101–172 300
5.	Умеренный риск	21 300–89 100
6.	Низкий риск	Менее 21 300

Значения показателя риска К варьируют в зависимости от вида, условий и профиля медицинской помощи. Так, при работах (услугах), составляющих медицинскую деятельность, организуемых и выполняемых при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, при

оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, наибольший показатель риска К (5293) при оказании медицинской помощи по следующим профилям: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, детской хирургии, нейрохирургии, неонатологии, онкологии, реаниматологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, хирургии, хирургии (комбустиологии), челюстно-лицевой хирургии. Наименьший показатель риска К (529) при оказании медицинской помощи по следующим профилям: медицинской оптике, медицинской статистике.

Отнесение объектов контроля к определенной категории риска осуществляется с учетом информации, содержащейся в едином реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности.

Индикаторами риска нарушения обязательных требований при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, согласно приказу Минздрава России от 27.10.2021 № 1018н, являются:

- 1) рост больничной летальности от инфаркта миокарда более чем на 2% за год;
- 2) рост больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения более чем на 2% за год;
- 3) снижение выявленных на ранних стадиях (I–II стадии) злокачественных новообразований на 3% за год.

3. КОНТРОЛЬНЫЕ (НАДЗОРНЫЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА) КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

При осуществлении государственного контроля (надзора) проводятся следующие виды контрольных (надзорных) мероприятий (табл. 33):

- 1) документарная проверка;
- 2) выездная проверка;

- 3) контрольная закупка;
- 4) инспекционный визит.

Таблица 33

Категории риска причинения вреда (ущерба) и виды проведения плановых контрольных (надзорных) мероприятий в отношении объектов государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности

№ п/п	Категория риска	Виды проведения контрольных (надзорных) мероприятий	Частота проведения
1.	Чрезвычайно высокий риск	Инспекционный визит Выездная проверка Контрольная закупка Документарная проверка	Один раз в календарном году
2.	Высокий риск		Один раз в 2 года
3.	Значительный риск		Один раз в 3 года
4.	Средний риск		Один раз в 5 лет
5.	Умеренный риск		Один раз в 6 лет
6.	Низкий риск	Не проводятся	—

Плановые контрольные (надзорные) мероприятия проводятся на основании плана проведения плановых контрольных (надзорных) мероприятий на очередной календарный год, согласованного с органами прокуратуры.

В случае проведения контрольной закупки, выездной проверки или инспекционного визита могут использоваться фотосъемка, аудио- и видеозапись для фиксации инспектором и лицами, привлекаемыми к совершению контрольных (надзорных) действий, доказательств нарушений обязательных требований. Фотосъемка, аудио- и видеозапись осуществляются с использованием служебного оборудования, о чем делается запись в документах, оформляемых по результатам контрольного (надзорного) мероприятия. Фиксация нарушений обязательных требований при помощи фотосъемки производится не менее чем двумя снимками каждого из выявленных нарушений обязательных требований. Необходимо уведомление в начале и конце записи о дате, месте, времени начала и окончания осуществления записи. В ходе записи подробно

фиксируются и указываются место и характер выявленного нарушения обязательных требований.

Документарная проверка. В ходе документарной проверки рассматриваются документы контролируемых лиц, имеющиеся в распоряжении контрольного (надзорного) органа, результаты предыдущих контрольных (надзорных) мероприятий, материалы рассмотрения дел об административных правонарушениях и иные документы о результатах осуществленного в отношении этих контролируемых лиц государственного контроля (надзора).

Во время документарной проверки могут совершаться следующие контрольные (надзорные) действия:

- а) получение объяснений в письменной форме;
- б) истребование документов;
- в) экспертиза.

Документарная проверка, предметом которой являются сведения, составляющие государственную тайну, проводится в соответствии с положениями Закона РФ от 21.07.1993 № 5485-1 «О государственной тайне».

При проведении документарной проверки контрольный (надзорный) орган не вправе требовать у контролируемого лица сведения и документы, не относящиеся к предмету документарной проверки, а также сведения и документы, которые могут быть получены этим органом от иных органов.

Срок проведения документарной проверки устанавливается в пределах *10 рабочих дней*.

Внеплановая документарная проверка проводится без согласования с органами прокуратуры.

Выездная проверка проводится по месту нахождения (осуществления деятельности) контролируемого лица (его филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений) либо объекта контроля.

О проведении выездной проверки контролируемое лицо уведомляется путем направления копии решения о проведении выездной проверки *не позднее чем за 24 часа до ее начала* в порядке, предусмотренном статьей 21 Федерального закона № 248-ФЗ.

В ходе выездной проверки могут совершаться следующие контрольные (надзорные) действия:

- а) осмотр;
- б) опрос;

- в) получение письменных объяснений;
- г) истребование документов;
- д) экспертиза.

Срок проведения выездной проверки *не может превышать 10 рабочих дней.*

Контрольная закупка может проводиться с использованием почтовой связи, сетей электросвязи, в том числе сети Интернет, а также сетей связи для трансляции телеканалов и (или) радиоканалов (дистанционная контрольная закупка).

В ходе контрольной закупки может совершаться контрольное (надзорное) действие — осмотр.

Контрольная закупка (за исключением дистанционной контрольной закупки) должна проводиться *в присутствии 2 свидетелей либо с применением видеозаписи.* В случае необходимости в целях фиксации процесса контрольной закупки при ее проведении применяются фотосъемка, аудио- и видеозапись.

Контрольная закупка проводится без предварительного уведомления контролируемого лица.

Контрольная закупка выполняется в целях проверки соблюдения медицинской организацией порядка и условий предоставления платных медицинских услуг.

Инспекционный визит проводится по месту нахождения (осуществления деятельности) контролируемого лица (его филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений) либо объекта контроля.

В ходе инспекционного визита могут совершаться следующие контрольные (надзорные) действия:

- а) осмотр;
- б) опрос;
- в) получение письменных объяснений;

г) истребование документов, которые в соответствии с обязательными требованиями должны находиться в месте нахождения (осуществления деятельности) контролируемого лица (его филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений) либо объекта контроля.

Досудебный порядок подачи жалобы. Жалоба подается контролируемым лицом в Росздравнадзор (территориальный орган Росздравнадзора) в электронном виде с использованием единого портала государственных и муниципальных услуг и (или)

регионального портала государственных и муниципальных услуг. При подаче жалобы гражданином она должна быть подписана простой электронной подписью либо усиленной квалифицированной электронной подписью. При подаче жалобы организацией жалоба должна быть подписана усиленной квалифицированной электронной подписью.

Жалоба подлежит рассмотрению в течение *20 рабочих дней со дня ее регистрации*.

Жалоба на решения территориального органа Росздравнадзора (далее – ТО Росздравнадзор), действия (бездействие) его должностных лиц рассматривается руководителем (заместителем руководителя) ТО Росздравнадзора.

Жалоба на действия (бездействие) руководителя (заместителя руководителя) ТО Росздравнадзора рассматривается Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

Жалоба на решения, действия (бездействие) должностных лиц Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения рассматривается руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Контролируемые лица, права и законные интересы которых, по их мнению, были непосредственно нарушены в рамках осуществления государственного контроля (надзора), имеют право на досудебное обжалование:

а) решений о проведении контрольных (надзорных) мероприятий;

б) актов контрольных (надзорных) мероприятий, предписаний об устранении выявленных нарушений;

в) действий (бездействия) должностных лиц контрольного (надзорного) органа в рамках контрольных (надзорных) мероприятий.

Жалоба на решение, действия (бездействие) должностных лиц Росздравнадзора (ТО Росздравнадзора) может быть подана *в течение 30 календарных дней* со дня, когда контролируемое лицо узнало или должно было узнать о нарушении своих прав.

Жалоба на предписание Росздравнадзора (ТО Росздравнадзора) может быть подана *в течение 10 рабочих дней* со дня получения контролируемым лицом предписания.

В случае пропуска по уважительной причине срока подачи жалобы этот срок по ходатайству лица, подающего жалобу, может быть восстановлен Росздравнадзором (ТО Росздравнадзора).

Лицо, подавшее жалобу, до принятия решения по жалобе может отозвать ее. При этом повторное направление жалобы по тем же основаниям не допускается.

Жалоба может содержать ходатайство о приостановлении исполнения обжалуемого решения Росздравнадзора (ТО Росздравнадзора).

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения) в срок *не позднее 2 рабочих дней* со дня регистрации жалобы принимает решение:

а) о приостановлении исполнения обжалуемого решения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения);

б) об отказе в приостановлении исполнения обжалуемого решения Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения).

Информация об этом решении направляется лицу, подавшему жалобу, *в течение одного рабочего дня* со дня принятия решения.

Росздравнадзор ежегодно утверждает Программу профилактики рисков причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям.

Росздравнадзор может проводить следующие профилактические мероприятия:

- а) информирование;
- б) обобщение правоприменительной практики;
- в) объявление предостережения;
- г) консультирование;
- д) профилактический визит.

Обобщение правоприменительной практики. Росздравнадзор готовит Доклад о правоприменительной практике не позднее 25 февраля года, следующего за годом обобщения и анализа правоприменительной практики. Доклад о правоприменительной практике утверждается приказом (распоряжением) руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и размещается на его официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет в срок до 3 рабочих дней со дня утверждения доклада.

Объявление предостережения. Росздравнадзор (ТО Росздравнадзора) объявляет контролируемому лицу предостережение о недопустимости нарушения обязательных требований и предлагает принять меры по обеспечению соблюдения обязательных требований. Это делается при наличии у Роспотребнадзора (ТО Роспотребнадзора) сведений о готовящихся нарушениях обязательных требований или признаках нарушений обязательных требований и (или) при отсутствии подтвержденных данных о том, что нарушение причинило вред (ущерб) охраняемым законом ценностям либо создало угрозу такого причинения.

Контролируемое лицо вправе в течение 15 рабочих дней со дня получения предостережения представить в Росздравнадзор или в ТО Росздравнадзора *возражение в отношении указанного предостережения*.

Контролируемое лицо вправе приложить к возражению документы, подтверждающие обоснованность возражения, или их заверенные копии либо в согласованный срок представить их в Росздравнадзор (ТО Росздравнадзора).

Возражения направляются контролируемым лицом в бумажном виде почтовым отправлением в Росздравнадзор (ТО Росздравнадзора) либо в виде электронного документа, оформляемого в соответствии со статьей 21 Федерального закона № 248-ФЗ, на указанный в предостережении адрес электронной почты Росздравнадзора (ТО Росздравнадзора), либо иными указанными в предостережении способами.

Росздравнадзор (ТО Росздравнадзора) рассматривает возражения, по итогам рассмотрения направляет юридическому лицу (индивидуальному предпринимателю) в течение 20 рабочих дней со дня получения возражения ответ в порядке, установленном статьей 21 Федерального закона № 248-ФЗ.

Консультирование может осуществляться должностным лицом Росздравнадзора (ТО Росздравнадзора):

- по телефону;
- посредством видео-конференц-связи;
- на личном приеме в ходе проведения профилактического мероприятия, контрольного (надзорного) мероприятия.

Должностные лица Росздравнадзора осуществляют консультирование по следующим вопросам:

а) наличие и (или) содержание обязательных требований в сфере охраны здоровья;

б) периодичность и порядок проведения контрольных (надзорных) мероприятий;

в) порядок выполнения обязательных требований в сфере охраны здоровья;

г) выполнение предписания, выданного по итогам контрольного мероприятия (по данному подпункту консультирование осуществляют в письменной форме).

Перечень должностных лиц Росздравнадзора, осуществляющих личный прием, и время осуществления ими личного приема устанавливаются руководителем (заместителем руководителя) Росздравнадзора. Указанная информация размещается в помещениях Росздравнадзора в общедоступном месте и на официальном сайте в сети Интернет.

В ходе консультирования не может предоставляться информация, содержащая оценку конкретного контрольного (надзорного) мероприятия, решений и (или) действий должностных лиц Росздравнадзора (ТО Росздравнадзора), иных участников контрольного (надзорного) мероприятия, а также результаты проведенной в рамках контрольного (надзорного) мероприятия экспертизы.

По итогам консультирования информация в письменной форме контролируемым лицам и их представителям не предоставляется, за исключением случаев поступления запроса о предоставлении ответа в письменной форме в сроки, установленные Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Консультирование по однотипным обращениям контролируемых лиц и их представителей посредством размещения на официальном сайте Росздравнадзора письменного разъяснения, подписанного уполномоченным должностным лицом, осуществляется в случае регулярного поступления обращений (более 5) по вопросу соблюдения одних и тех же обязательных требований.

Профилактический визит проводится инспектором в форме профилактической беседы по месту осуществления деятельности контролируемого лица либо путем использования видео-конференц-связи. В ходе профилактического визита контролируемое лицо информируется:

- об обязательных требованиях, предъявляемых к его деятельности либо к принадлежащим ему объектам контроля;
- их соответствии критериям риска;
- основаниях и рекомендуемых способах снижения категории риска;
- видах, содержании и интенсивности контрольных (надзорных) мероприятий исходя из отнесения к соответствующей категории риска.

В случае принятия решения о проведении профилактического визита путем использования видео-конференц-связи в уведомлении указываются сведения, необходимые для установления связи между контрольным (надзорным) органом и контролируемым лицом.

Обязательные профилактические визиты проводятся в отношении:

- а) объектов контроля, отнесенных к категориям чрезвычайно высокого, высокого и значительного риска;
- б) контролируемых лиц, приступающих в течение одного года, предшествующего принятию решения о проведении обязательного профилактического визита, к осуществлению деятельности в сфере охраны здоровья (получивших лицензии, переоформивших лицензии в связи с осуществлением не указанных в ранее действовавшей лицензии работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, и (или) осуществлением медицинской деятельности по адресу, не указанному в лицензии).

О проведении обязательного профилактического визита контролируемое лицо должно быть уведомлено *не позднее чем за 5 рабочих дней до дня его проведения.*

Обязательный профилактический визит проводится в соответствии со статьей 52 Федерального закона от 31.07.2020 № 248-ФЗ, в рабочее время, в период, устанавливаемый в уведомлении о проведении обязательного профилактического визита, и не может превышать 8 часов.

При проведении государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности Росздравнадзор использует проверочные листы согласно приказу Росздравнадзора от 11.02.2022 № 973.

ГЛАВА 3.
**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ
КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) СОБЛЮДЕНИЯ
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ
ТРЕБОВАНИЙ**

**1. ПРЕДМЕТ, ОБЪЕКТЫ И КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ГОСУДАРСТВЕННОГО
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ
(НАДЗОРА)**

Порядок организации и осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) устанавливает соответствующее Положение, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2021 № 100 «О федеральном государственном санитарно-эпидемиологическом контроле (надзоре)».

Что именно подлежит государственному санитарно-эпидемиологическому контролю (надзору) — предмет контроля?

Предметом государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) являются:

- а) соблюдение санитарно-эпидемиологических требований;
- б) соблюдение обязательных требований в области качества и безопасности пищевой продукции, установленных в соответствии с Федеральным законом от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» и принимаемыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами;
- в) соблюдение иных обязательных требований в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, установленных Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»,

иными федеральными законами и принятыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Российской Федерации, актами, составляющими право Евразийского экономического союза;

г) соблюдение (реализация) требований, содержащихся в разрешительных документах в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

д) исполнение решений, принимаемых по результатам контрольных (надзорных) мероприятий;

е) выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

ж) соблюдение изготовителем, исполнителем (лицом, выполняющим функции иностранного изготовителя), продавцом требований, установленных техническими регламентами, Едиными санитарно-эпидемиологическими и гигиеническими требованиями к продукции (товарам), подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утвержденными решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 № 299 «О применении санитарных мер в Евразийском экономическом союзе», или обязательных требований, подлежащих применению до вступления в силу технических регламентов в соответствии с Федеральным законом от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании».

Кто осуществляет государственный контроль (надзор) качества и безопасности медицинской деятельности?

Государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) осуществляют:

а) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) и ее территориальные органы;

б) Федеральное медико-биологическое агентство (далее — ФМБА) и его территориальные органы — в организациях отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и на отдельных территориях Российской Федерации по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации;

в) подразделения федеральных органов исполнительной власти в сфере обороны, обеспечения безопасности, деятельности войск национальной гвардии Российской Федерации, внутренних дел, исполнения наказаний, государственной охраны,

внешней разведки, мобилизационной подготовки и мобилизации, Управления делами Президента Российской Федерации, их территориальных органов, соответствующих органов управления, а также их государственные учреждения на объектах указанных федеральных органов исполнительной власти;

г) федеральные государственные учреждения, подведомственные указанным выше федеральным органам исполнительной власти.

Должностными лицами, уполномоченными на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора), являются:

а) руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека — Главный государственный санитарный врач Российской Федерации (его заместители), руководители территориальных органов Роспотребнадзора — главные государственные санитарные врачи по субъектам РФ (их заместители), а также руководители структурных подразделений территориальных органов — главные государственные санитарные врачи по городам, районам и на транспорте (их заместители);

б) заместитель руководителя ФМБА — главный государственный санитарный врач по обслуживаемым организациям и обслуживаемым территориям (его заместитель), руководители территориальных органов Федерального медико-биологического агентства — главные государственные санитарные врачи по организациям и территориям, подлежащим обслуживанию ФМБА (их заместители);

в) руководители структурных подразделений федеральных органов власти в рамках своих полномочий, например, главный государственный санитарный врач по объектам Министерства обороны Российской Федерации (его заместитель), главный государственный санитарный врач МВД России (его заместитель) и т.д.

При проведении контрольного (надзорного) мероприятия инспекторы вправе проводить:

а) санитарно-эпидемиологические экспертизы, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок;

б) отбор для исследований проб и образцов продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;

в) досмотр транспортных средств и перевозимых ими грузов, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов, в целях установления соответствия транспортных средств и перевозимых ими грузов санитарным правилам;

г) отбор для исследований проб воздуха, воды и почвы;

д) измерения факторов среды обитания в целях установления соответствия таких факторов санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Что является объектом государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора)?

Объектами государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) являются:

а) деятельность, действия (бездействие) контролируемых лиц, в рамках которых должны соблюдаться обязательные требования, в том числе предъявляемые к контролируемым лицам, осуществляющим деятельность, действия (бездействие);

б) результаты деятельности контролируемых лиц, в том числе продукция (товары), подлежащая государственному контролю (надзору) на таможенной границе и таможенной территории Евразийского экономического союза по Единому перечню продукции (товаров), подлежащей государственному санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утвержденному решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 № 299 «О применении санитарных мер в Евразийском экономическом союзе», к которой предъявляются обязательные требования;

в) здания, помещения, сооружения, линейные объекты, территории, включая водные, земельные и лесные участки; оборудование, устройства, предметы, материалы, транспортные средства и другие объекты, которыми контролируемые лица владеют и (или) пользуются и к которым предъявляются обязательные требования (далее — производственные объекты).

Ключевыми показателями государственного контроля (надзора), отражающими уровень минимизации вреда, причиненного жизни и здоровью граждан, и (или) уровень устранения риска его причинения, являются:

а) количество людей, заболевших инфекционными болезнями (за исключением хронических гепатитов, укусов, ослюнения животными, туберкулеза, сифилиса, гонококковой инфекции,

ВИЧ-инфекции, острой респираторной вирусной инфекции, гриппа, пневмоний), на 100 тыс. населения;

б) количество людей, заболевших паразитарными болезнями, на 100 тыс. населения;

в) количество людей, пострадавших при пищевых отравлениях, за исключением бытовых пищевых отравлений, на 100 тыс. населения.

2. РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА)

Отнесение объектов контроля (надзора) к категориям риска причинения вреда (ущерба). Роспотребнадзором, ФМБА и другими федеральными органами исполнительной власти, указанными выше, осуществляется учет объектов государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) путем ведения реестров объектов контроля.

Государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) осуществляется с применением риск-ориентированного подхода.

Объекты контроля относят к следующим категориям риска причинения вреда (ущерба):

- а) чрезвычайно высокий риск;
- б) высокий риск;
- в) значительный риск;
- г) средний риск;
- д) умеренный риск;
- е) низкий риск.

Отнесение объектов контроля к категориям риска осуществляется:

а) решениями главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации или главных государственных санитарных врачей по организациям и территориям, подлежащим обслуживанию ФМБА — при отнесении объектов контроля, указанных в подпунктах «а» («деятельность, действия (бездействие) контролируемых лиц...») и «в» («здания,

помещения, сооружения... далее — производственные объекты»), к категориям риска;

б) решением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации — при отнесении объектов контроля, указанных в подпункте «б» («результаты деятельности контролируемых лиц, в том числе продукция (товары)»), к категориям риска.

Пересмотр категории риска, присвоенной ранее объектам контроля, указанным в подпункте «б», осуществляется не реже одного раза в год при наличии оснований для изменения категорий риска в соответствии с критериями отнесения объектов контроля к категориям риска.

Решение об изменении категории риска на более низкую категорию принимается должностным лицом, которым ранее было принято решение об отнесении объекта контроля к категории риска, с направлением указанного решения, документов и сведений, на основании которых оно было принято, должностному лицу, уполномоченному на принятие решения об отнесении объекта контроля к соответствующей категории риска.

При отсутствии решения об отнесении объекта контроля к определенной категории риска объект контроля считается отнесенным к категории низкого риска.

На официальных сайтах Роспотребнадзора и ФМБА в информационно-телекоммуникационной сети Интернет размещается и поддерживается в актуальном состоянии информация об объектах контроля по категориям риска.

По запросу контролируемых лиц Роспотребнадзор и ФМБА в срок, не превышающий 15 рабочих дней с даты поступления такого запроса, направляют им информацию о присвоенной их деятельности и (или) используемым ими производственным объектам либо продукции (товарам) категории риска, а также сведения, использованные при отнесении их деятельности и (или) используемых ими производственных объектов, продукции (товаров) к определенной категории риска.

Критерии отнесения объектов государственного контроля (надзора) к категориям риска. Объекты контроля (за исключением отдельных объектов контроля в организациях и на территориях, обслуживаемых ФМБА) относятся к следующим ка-

тегориям риска в зависимости от показателя потенциального риска причинения вреда здоровью:

а) если показатель потенциального риска причинения вреда здоровью составляет более 1×10^{-3} — чрезвычайно высокий риск;

б) если показатель потенциального риска причинения вреда здоровью составляет от 1×10^{-4} до 1×10^{-3} — высокий риск;

в) если показатель потенциального риска причинения вреда здоровью составляет от 1×10^{-5} до 1×10^{-4} — значительный риск;

г) если показатель потенциального риска причинения вреда здоровью составляет от 1×10^{-6} до 1×10^{-5} — средний риск;

д) если показатель потенциального риска причинения вреда здоровью составляет от 1×10^{-7} до 1×10^{-6} — умеренный риск;

е) если показатель потенциального риска причинения вреда здоровью составляет менее 1×10^{-7} — низкий риск.

Показатель потенциального риска причинения вреда здоровью (R) определяется по формуле:

$$R = G \times p,$$

где

G — показатель тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения юридическими лицами и гражданами обязательных требований в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

p — показатель средневзвешенной частоты нарушений на одно контрольное (надзорное) мероприятие (вероятности нарушений обязательных требований) при осуществлении определенного вида деятельности.

Показатель тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения юридическими лицами и гражданами обязательных требований в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (G) определяется по формуле:

$$G = U \times M,$$

где

U — показатель потенциального вреда для здоровья человека из-за возможного несоблюдения обязательных требований при осуществлении определенного вида деятельности;

М — показатель численности населения, находящегося под воздействием объекта контроля.

Значения показателя численности населения, находящегося под воздействием объекта контроля, определяются для каждого объекта контроля в соответствии с методикой, утверждаемой Роспотребнадзором (табл. 34).

Таблица 34

Перечень значений показателей средневзвешенной частоты нарушений на одно контрольное (надзорное) мероприятие (вероятности нарушений обязательных требований) при осуществлении деятельности в области здравоохранения и показателей потенциального вреда для здоровья человека из-за возможного несоблюдения обязательных требований при осуществлении деятельности в области здравоохранения

Наименование вида деятельности в области здравоохранения	Показатель потенциального вреда для здоровья человека из-за возможного несоблюдения обязательных требований при осуществлении деятельности в области здравоохранения	Показатель средневзвешенной частоты нарушений на одно контрольное (надзорное) мероприятие (вероятности нарушений обязательных требований) при осуществлении деятельности в области здравоохранения
1. Деятельность в области здравоохранения, за исключением:	0,0087	4,84
– деятельности по использованию источников ионизирующего излучения	0,0094	3,34
2. Деятельность лечебно-профилактических организаций, за исключением:	0,0077	4,9
– деятельности родильных домов	0,0068	8,54
– деятельности родильных отделений в многопрофильных лечебно-профилактических организациях	0,007	4,75

Окончание таблицы 34

Наименование вида деятельности в области здравоохранения	Показатель потенциального вреда для здоровья человека из-за возможного несоблюдения обязательных требований при осуществлении деятельности в области здравоохранения	Показатель средневзвешенной частоты нарушений на одно контрольное (надзорное) мероприятие (вероятности нарушений обязательных требований) при осуществлении деятельности в области здравоохранения
– деятельности стоматологических поликлиник (кабинетов), не использующих источники ионизирующего излучения	0,0057	3,48
– деятельности стоматологических поликлиник (кабинетов), использующих источники ионизирующего излучения	0,0068	2,66
3. Деятельность санаторно-курортных учреждений, за исключением:	0,0089	8,76
– санаториев для детей, в том числе для детей с родителями	0,0069	12,2
4. Иная деятельность в области здравоохранения	0,0087	4,84

Кроме того, выделяют отдельные виды объектов государственного контроля (надзора) в организациях и на территориях, обслуживаемых Федеральным медико-биологическим агентством, и отдельные виды деятельности с особой социальной значимостью, для которых установлена определенная категория риска (табл. 35).

Таблица 35

Перечень отдельных видов деятельности с особой социальной значимостью по категориям риска

Отдельные виды деятельности с особой социальной значимостью по категориям риска	Категория риска
Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи	Высокий риск
Оказание стационарной и санаторно-курортной медицинской помощи	Высокий риск
Деятельность родильных домов, родильных домов (отделений) в многопрофильных лечебно-профилактических организациях, перинатальных центров	Чрезвычайно высокий риск

Повышение категории риска причинения вреда (ущерба), к которой отнесен объект контроля (надзора). Объекты контроля, принадлежащие к категориям высокого, значительного, среднего, умеренного и низкого рисков, подлежат отнесению к категориям чрезвычайно высокого, высокого, значительного, среднего и умеренного рисков соответственно при наличии вступивших в законную силу в течение последних 3 лет на дату принятия решения об отнесении объекта контроля к категории риска:

– двух постановлений и более по делу об административном правонарушении с назначением административного наказания, за исключением административного наказания в виде предупреждения юридическому лицу, его должностным лицам или гражданам за совершение административного правонарушения, вынесенного должностными лицами Роспотребнадзора, ФМБА или судом на основании протокола об административном правонарушении, составленного должностными лицами указанных органов;

– решения о приостановлении и (или) об аннулировании лицензии на осуществление деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется в медицинских

целях) и генно-инженерно-модифицированных организмов III и IV степеней потенциальной опасности, осуществляемой в замкнутых системах, а также лицензии на осуществление деятельности в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих) (за исключением случая, если эти источники используются в медицинской деятельности).

Порядок изменения категории риска причинения вреда (ущерба). Контролируемые лица, являющиеся заявителями, вправе подать в Роспотребнадзор и ФБМА на бумажном носителе или в форме электронного документа заявление об изменении присвоенной ранее их деятельности и (или) используемым ими производственным объектам категории риска. К заявлению прилагаются документы о соответствии деятельности контролируемых лиц и (или) используемых ими производственных объектов критериям отнесения объектов контроля к определенной категории риска, на присвоение которых претендует заявитель.

Роспотребнадзор и ФМБА рассматривают заявление, оценивают представленные контролируемым лицом и имеющиеся в их распоряжении документы и по итогам их рассмотрения в срок, не превышающий 15 рабочих дней с даты получения такого заявления, принимают одно из следующих решений:

- удовлетворение заявления и изменение категории риска;
- отказ в удовлетворении заявления.

Роспотребнадзор и ФМБА в течение 3 рабочих дней со дня принятия одного из решений информируют контролируемое лицо о принятом решении путем направления соответствующего уведомления.

В случае несогласия с принятым Роспотребнадзором или ФМБА решением об отказе в удовлетворении заявления контролируемое лицо вправе обжаловать такое решение в порядке, предусмотренном Федеральным законом № 248-ФЗ, а также понижение категории риска причинения вреда, к которой отнесен объект контроля (надзора) при отсутствии в последнем контрольном мероприятии предписаний об устранении обязательных требований.

3. КОНТРОЛЬНЫЕ (НАДЗОРНЫЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА)

В рамках санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) осуществляются:

- плановые контрольные (надзорные) мероприятия;
- внеплановые контрольные (надзорные) мероприятия;
- профилактические мероприятия.

Плановые контрольные (надзорные) мероприятия проводятся в виде выездной проверки, документарной проверки, рейдового осмотра, выборочного контроля с периодичностью в зависимости от категории риска объекта контроля (надзора) (табл. 36).

Таблица 36

Периодичность плановых контрольных (надзорных) мероприятий в отношении объектов контроля при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора)

	Категория риска	Виды плановых контрольных (надзорных) мероприятий и их периодичность			
	Объекты контроля: а) деятельность, действия (бездействие) контролируемых лиц, в рамках которых должны соблюдаться обязательные требования, в том числе предъявляемые к контролируемым лицам, осуществляющим деятельность, действия (бездействие); в) производственные объекты				
		Выездная проверка	Документарная проверка	Рейдовый осмотр	Выборочный контроль
а	Чрезвычайно высокий риск	1 раз в год			
б	Высокий риск	1 раз в 2 года			
в	Значительный риск	1 раз в 3 года			
г	Средний риск	1 раз в 4 года			
д	Умеренный риск	1 раз в 6 лет			
е	Низкий риск	Не проводятся			

Окончание таблицы 36

	Категория риска	Виды плановых контрольных (надзорных) мероприятий и их периодичность
	Объект контроля: б) результаты деятельности контролируемых лиц, в том числе продукция (товары), подлежащая государственному контролю (надзору) на таможенной границе и таможенной территории Евразийского экономического союза по Единому перечню продукции (товаров)	
	Категория риска	Плановые контрольные (надзорные) мероприятия
а	Чрезвычайно высокий риск	1 раз в год
б	Высокий риск	1 раз в 2 года
в	Значительный риск	1 раз в 3 года

Плановые контрольные (надзорные) мероприятия проводятся на основании плана проведения плановых контрольных (надзорных) мероприятий на очередной календарный год, согласованного с органами прокуратуры в соответствии с Федеральным законом № 248-ФЗ.

Внеплановые контрольные (надзорные) мероприятия. В отношении объектов контроля, указанных в подпункте «а» и «в» (деятельность, действия (бездействие) контролируемых лиц, в рамках которых должны соблюдаться обязательные требования, и производственные объекты) проводятся следующие внеплановые контрольные (надзорные) мероприятия:

- а) выборочный контроль;
- б) инспекционный визит;
- в) рейдовый осмотр;
- г) выездная проверка;
- д) выездное обследование;
- е) документарная проверка;
- ж) наблюдение за соблюдением обязательных требований.

В отношении объектов контроля, указанных в подпункте «б» (результаты деятельности контролируемых лиц, в том числе продукция (товары), подлежащая государственному контролю (надзору) на таможенной границе и таможенной территории

Евразийского экономического союза по Единому перечню продукции (товаров)), проводятся следующие внеплановые контрольные (надзорные) мероприятия:

- а) мониторинговая закупка;
- б) выборочный контроль;
- в) выездная проверка.

Для определения необходимости проведения внеплановых проверок и иных контрольных (надзорных) мероприятий Роспотребнадзором и ФМБА используются индикаторы риска нарушения обязательных требований.

Профилактические мероприятия. Органы государственного контроля (надзора) могут проводить следующие профилактические мероприятия:

1. Информирование осуществляется посредством размещения органами государственного контроля (надзора) соответствующих сведений на своих официальных сайтах в сети Интернет, в средствах массовой информации, через личные кабинеты контролируемых лиц в государственных информационных системах (при их наличии) и в иных формах.

2. Обобщение правоприменительной практики. Доклады о правоприменительной практике по результатам государственного контроля (надзора) готовятся Роспотребнадзором и ФМБА ежегодно, не позднее 1 апреля года, следующего за отчетным годом, утверждаются приказом руководителя и размещаются на соответствующих официальных сайтах в сети Интернет не позднее 1 июня года, следующего за отчетным годом.

3. Объявление предостережения. При наличии у Роспотребнадзора и ФМБА сведений о готовящихся нарушениях обязательных требований или признаках нарушений обязательных требований и (или) в случае отсутствия подтвержденных данных о том, что нарушение обязательных требований причинило вред (ущерб) охраняемым законом ценностям либо создало угрозу причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям, указанные федеральные органы исполнительной власти объявляют контролируемому лицу предостережение о недопустимости нарушения обязательных требований и предлагают принять меры по обеспечению соблюдения обязательных требований. Объявленные предостережения и результаты рассмотрения возражений подлежат учету, а соответствующие данные

используются для проведения иных профилактических мероприятий и контрольных (надзорных) мероприятий.

Контролируемым лицом в течение 20 рабочих дней может быть подано возражение в орган государственного контроля (надзора), вынесший соответствующее предостережение. В возражении указывается обоснование позиции в отношении указанных в предостережении действий (бездействия) контролируемого лица, которые приводят или могут привести к нарушению обязательных требований, с приложением документов, подтверждающих обоснованность возражений, или их копий. Возражения направляются в бумажном виде почтовым отправлением либо в виде электронного документа или иным указанным в предостережении способом.

По итогам рассмотрения возражения контролируемому лицу в течение 20 рабочих дней со дня получения возражения направляется ответ в бумажном виде заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо иным доступным для контролируемого лица способом.

4. Консультирование осуществляется инспекторами по телефону, посредством видео-конференц-связи, на личном приеме либо в ходе проведения профилактического мероприятия, контрольного (надзорного) мероприятия по следующим вопросам:

а) наличие и (или) содержание обязательных требований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

б) периодичность и порядок проведения контрольных (надзорных) мероприятий;

в) порядок выполнения обязательных требований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

г) порядок обжалования решений Роспотребнадзора или ФМБА и (или) действий (бездействия) их должностных лиц.

5. Профилактический визит. Обязательные профилактические визиты проводятся органами государственного контроля (надзора) и осуществляются:

а) в отношении объектов контроля, указанных в подпункте «а» пункта 12 Положения о федеральном государственном санитарно-эпидемиологическом контроле (надзоре) («деятельность, действия (бездействие) контролируемых лиц, в рамках которых должны соблюдаться обязательные требования»),

отнесенных к категориям чрезвычайно высокого, высокого и значительного риска;

б) в отношении контролируемых лиц, осуществляющих производство и реализацию объектов контроля, указанных в подпункте «б» пункта 12 Положения о федеральном государственном санитарно-эпидемиологическом контроле (надзоре) («результаты деятельности контролируемых лиц, в том числе продукция (товары)») и отнесенных к категориям чрезвычайно высокого и высокого риска;

в) в отношении контролируемых лиц, со дня начала фактического осуществления деятельности которых прошло менее одного года.

О проведении обязательного профилактического визита контролируемое лицо должно быть уведомлено не позднее чем за 5 рабочих дней до даты его проведения. Контролируемое лицо вправе отказаться от проведения обязательного профилактического визита, уведомив об этом орган государственного контроля (надзора) не позднее чем за 3 рабочих дня до даты его проведения.

Профилактический визит может быть проведен в отношении объектов контроля, указанных в подпункте «а» пункта 12 Положения о федеральном государственном санитарно-эпидемиологическом контроле (надзоре) («деятельность, действия (бездействие) контролируемых лиц, в рамках которых должны соблюдаться обязательные требования»), отнесенных к категориям среднего, умеренного и низкого риска, в случае если контролируемое лицо не отказалось от его проведения в срок, не превышающий 3 рабочих дней до предлагаемой даты его проведения.

Обязательный профилактический визит проводится по месту фактического осуществления контролируемым лицом деятельности, включая производство и реализацию объектов контроля, в течение одного рабочего дня в период, устанавливаемый уведомлением о проведении обязательного профилактического визита, и не может превышать 8 часов.

Профилактический визит, за исключением профилактического визита на объекты контроля, отнесенные к категориям чрезвычайно высокого и высокого риска, может проводиться государственными учреждениями, подведомственными органам государственного контроля (надзора).

При осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) оценивается выполнение обязательных требований санитарного законодательства.

При осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) оценивается выполнение обязательных требований санитарного законодательства. В отношении медицинских организаций основное значение имеют такие нормативные документы, как СанПиН 3.3686-21 «Са-

нитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг».

РАЗДЕЛ 5.

ЭКСПЕРТИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ГЛАВА 1.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Экспертиза трудоспособности — это вид экспертизы, заключающийся в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определение потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Трудоспособность — состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества. Врач на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования должен установить наличие или отсутствие заболевания у конкретного человека. Трудоспособность имеет медицинские и социальные критерии.

Медицинские критерии трудоспособности включают своевременно поставленный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и ее стадии, осложнений, определение ближайшего и отдаленного прогноза развития заболевания.

Социальные критерии трудоспособности определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании и условиях его труда, отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные системы и органы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Используя медицинские и социальные критерии трудоспособности, медицинский работник проводит экспертизу,

в процессе которой может быть установлен факт нетрудоспособности пациента.

Под нетрудоспособностью понимают состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда невозможно полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно.

Медицинская экспертиза — проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

Основная цель экспертизы трудоспособности — определение возможностей человека выполнять свои профессиональные обязанности. Включает решение следующих задач:

- создание оптимальных условий для восстановления здоровья в процессе болезни;
- определение вида режима, необходимого для восстановления здоровья;
- определение степени и длительности нетрудоспособности;
- рекомендации наиболее рационального и полного использования труда лицами с ограниченной трудоспособностью;
- выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности и направление больных на медико-социальную экспертизу.

Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

Временная нетрудоспособность — состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. они носят обратимый характер.

Установление факта временной нетрудоспособности проводится на основании экспертизы и имеет важное юридическое и экономическое значение, так как гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия за счет средств государственного социального страхования. Своевременное

освобождение заболевших от работы является одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации.

Таким образом, экспертиза временной нетрудоспособности (далее — ЭВН) является одним из видов медицинской экспертизы и проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

Различают две группы состояний, характерных для временной нетрудоспособности, наличие которых удостоверяется листом нетрудоспособности:

1) истинная временная нетрудоспособность граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями;

2) временная нетрудоспособность, обусловленная необходимостью проведения социально-профилактических мероприятий:

- долечивание в санаторно-курортных организациях;
- карантин застрахованного лица, а также ребенка до 7 лет, посещающего дошкольное образовательное учреждение, или другого члена семьи, признанного в установленном порядке недееспособным;
- ухода за больным членом семьи;
- на время протезирования в стационарных условиях;
- в связи с беременностью и родами;
- при усыновлении ребенка.

ЭВН производится в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения, а контроль за ее выполнением осуществляется органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, территориальным отделением Фонда социального страхования РФ (ФСС, с 2023 года — Пенсионным фондом России). В проведении контроля могут участвовать исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности, территориальные Фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации.

Экспертную работу в медицинской организации проводят:

- лечащий врач;
- заведующий отделением;
- врачебная комиссия медицинской организации;
- заместитель главного врача по клинко-экспертной работе;
- руководитель медицинской организации.

В настоящее время в медицинских организациях выделяются два уровня экспертной работы: лечащий врач и врачебная комиссия медицинской организации.

Задачи и функции лечащего врача (1-й уровень):

- определяет признаки и сроки временной нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, характера и условий труда, социальных факторов;
- рекомендует лечебно-профилактические мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;
- выдает листок нетрудоспособности в соответствии с установленным порядком;
- своевременно направляет пациента для консультации и продления листка нетрудоспособности на врачебную комиссию (далее — ВК);
- осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих;
- выявляет признаки стойкой утраты трудоспособности и своевременно направляет пациента на ВК и медико-социальную экспертизу (далее — МСЭ);
- анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению.

ЭВН проводится лечащим врачом, который единолично выдает гражданам листок нетрудоспособности сроком *до пятнадцати календарных дней включительно*, а в некоторых случаях — фельдшером либо зубным врачом, которые единолично выдают листок нетрудоспособности на срок *до десяти календарных дней включительно*.

Продление листка нетрудоспособности на больший срок осуществляется по решению врачебной комиссии, назначаемой

руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения ЭВН.

По решению ВК при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть сформирован и продлен до дня восстановления трудоспособности с периодичностью продления по решению ВК не реже, чем через каждые 15 календарных дней, но на срок не более 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности, а при лечении туберкулеза — не более 12 месяцев.

При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе пациент не позднее 4 месяцев направляется на МСЭ, в целях оценки функций жизнедеятельности, а в случае отказа от прохождения МСЭ — листок нетрудоспособности закрывают.

Медицинская организация, направившая гражданина по решению врачебной комиссии в другую организацию, формирует листок нетрудоспособности с учетом числа дней, необходимых для проезда к месту нахождения соответствующей медицинской организации.

Гражданам, направленным на лечение в санаторно-курортные организации, листок нетрудоспособности формируется направившей медицинской организацией на основании решения ВК на время лечения и проезда к месту лечения и обратно. При соответствующих медицинских показаниях листок нетрудоспособности продлевается санаторно-курортной организацией на время лечения.

Задачи и функции врачебной комиссии (2-й уровень). В зависимости от поставленных задач, мощности и специфики деятельности медицинской организации, особенностей состава обслуживаемого контингента населения ВК (подкомиссия) осуществляет следующие функции:

- принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;
- определение трудоспособности граждан;
- продление листка нетрудоспособности;
- принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу.

При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе *не позднее четырех месяцев* с даты начала временной нетрудоспособности пациент направляется для прохождения МСЭ в целях оценки ограничения жизнедеятельности, а в случае отказа от прохождения МСЭ листок нетрудоспособности закрывается. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе *не позднее десяти месяцев* с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и *не позднее двенадцати месяцев* при лечении туберкулеза пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на МСЭ.

К функциям бюро медико-социальной экспертизы относятся:

- проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;
- оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
- оценка соблюдения в медицинских организациях установленного порядка ведения медицинской документации;
- изучение каждого случая смерти пациента для выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинских организаций и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;
- принятие решения о назначении лекарственных препаратов, включая наркотические и психотропные, а также лекарственные препараты, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию регионального министерства здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- вынесение медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан;

- выдача заключения о нуждаемости некоторых категорий лиц в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями;

- осуществление медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений;

- принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям), не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или по торговым наименованиям;

- направление сообщений в Росздравнадзор в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению, серьезных нежелательных и непредвиденных реакций при применении лекарственных препаратов, в том числе послуживших основанием для назначения лекарственных препаратов;

- вынесение медицинского заключения о том, что при изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора его здоровью не будет причинен значительный вред;

- иные функции, предусмотренные федеральным законом, нормативными правовыми актами Президента РФ, Правительства РФ, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов РФ.

В соответствии с письмом Минздрава России от 27.01.2014 № 129/25-О «О введении требований выписывания лекарственных препаратов на рецептурных бланках по международным непатентованным наименованиям» лекарственные препараты назначаются и выписываются медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии — по группировочному, если последнего тоже нет — указывается торговое наименование.

В случае индивидуальной непереносимости и (или) по жизненным показаниям по решению ВК при выписывании лекар-

ственного препараты (в том числе не входящим в стандарты) используется торговое наименование.

Решение ВК фиксируется в медицинских документах пациента и журнале. На обороте рецептурного бланка ставится специальная отметка (штамп).

Организация деятельности врачебной комиссии медицинской организации осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Врачебная комиссия создается на основании приказа руководителя медицинской организации. В зависимости от поставленных задач, особенностей деятельности медицинской организации по решению руководителя в составе ВК могут формироваться подкомиссии.

Председателем ВК назначается руководитель медицинской организации или его заместитель (руководитель структурного подразделения), в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии.

Заседания ВК проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков. В случае необходимости по решению руководителя медицинской организации могут проводиться внеплановые заседания ВК.

Председатель ВК ежеквартально, а также по итогам года, представляет руководителю медицинской организации письменный отчет о работе ВК. Контроль за деятельностью ВК осу-

ществляет руководитель медицинской организации.

Документом,
удостоверяющим
временную
нетрудоспособность
граждан
и подтверждающим
временное
освобождение от работы,
является листок
нетрудоспособности.

Общие правила формирования (выдачи) документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан и подтверждающим временное освобождение от работы, является листок нетрудоспособности, форма

которого утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 № 347н.

Условия и порядок формирования листка нетрудоспособности утверждены приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации».

Листок нетрудоспособности формируется в виде электронного документа, а также документа на бумажном носителе лицам, определенным частью 28 статьи 13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании» на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, по результатам проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

- лицам, работающим по трудовым договорам;
- государственным гражданским служащим, муниципальным служащим;
- лицам, замещающим государственные должности РФ, государственные должности субъекта РФ, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;
- членам производственного кооператива, принимающим личное трудовое участие в его деятельности;
- священнослужителям;
- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемым индивидуальными предпринимателями (нотариусы, занимающиеся частной практикой);
- иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию в соответствии с федеральными законами при условии уплаты ими или за них страховых взносов в Фонд социального страхования РФ;
- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору.

Листок нетрудоспособности также формируется (выдается) иностранным гражданам и лицам без гражданства, имеющим право на пособие по временной нетрудоспособности

Листок нетрудоспособности формируется (выдается) иностранным гражданам и лицам без гражданства, имеющим право на пособие по временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

К экспертным случаям, подтверждаемые листком нетрудоспособности, относятся:

– заболевания, травмы, отравления (некоторые другие последствия воздействия внешних причин);

– долечивание в санаторно-курортных учреждениях;

– уход за больным членом семьи;

– при карантине;

– протезировании;

– по беременности и родам;

– при усыновлении ребенка в возрасте до 70 дней.

Формирование листка нетрудоспособности в виде электронного документа осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность, а также страхового номера индивидуального лицевого счета гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета (далее — СНИЛС).

Выдача листка нетрудоспособности на бумажном носителе осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

Формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности осуществляется после осмотра гражданина медицинским работником и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, либо в истории болезни стационарного больного или иной медицинской документации, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

Не допускается формирование и продление листка нетрудоспособности за прошедшие дни единолично лечащим врачом (фельдшером, зубным врачом), только по решению врачебной комиссии.

Листок нетрудоспособности выдают медицинские работники медицинской организации любой формы собственности

при наличии лицензии на медицинскую деятельность, включая услуги по ЭВН.

Номера листка нетрудоспособности регистрируются в медицинской документации, с указанием даты формирования и продления, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию или учреждение медико-социальной экспертизы.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания их рабочего времени, по их желанию, дата освобождения от работы может быть указана со следующего календарного дня после окончания рабочего времени. В случаях, если гражданин направляется в другую медицинскую организацию, закрытие листка нетрудоспособности осуществляется другой медицинской организацией, в которую гражданин был направлен.

При выписке гражданина в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) листок нетрудоспособности формируется в день выписки из стационара. При продолжении срока временной нетрудоспособности решение о продлении листка нетрудоспособности единовременно на срок *не более 10 календарных дней* принимается врачебной комиссией стационара.

Листок нетрудоспособности не формируется гражданам:

- обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности;

- проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов;

- находящимся под стражей или административным арестом;

- проходящим профилактические, периодические, предварительные, иные медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение, в том числе в центрах профпатологии;

- с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях;

- обучающимся в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования, образовательных организациях дополнительного профессионального образования и научных организациях.

В указанных случаях по просьбе гражданина выдается выписка из медицинской карты пациента или истории болезни стационарного больного, либо иной медицинской документации, подтверждающей факт получения гражданином медицинской помощи.

В случае заболевания (травмы, отравления) обучающихся в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования, дополнительного профессионального образования и научных организациях для освобождения от учебы выдается справка.

ГЛАВА 2. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

1. ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Основным законом, определяющим социальную политику государства в отношении инвалидов, является Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», который номинировал основные понятия инвалидности, регламентировал вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации, определил льготы и социальные гарантии граждан с инвалидностью.

Закон определяет участие органов власти в обеспечении социальной защиты инвалидов. Так, к компетенции федеральных органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов относятся:

- определение государственной политики в отношении инвалидов;
- принятие федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации о социальной защите инвалидов;
- установление общих принципов организации и осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации, абилитации инвалидов;
- определение критериев, установление условий для признания лица инвалидом;
- установление обязательных требований к техническим средствам реабилитации, средствам связи и информатики, обеспечивающим доступность для инвалидов среды жизнедеятельности;
- утверждение и финансирование федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду;

- создание федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, осуществление контроля за их деятельностью;
- содействие в работе общероссийских общественных объединений инвалидов и оказание им помощи;
- установление единой системы учета инвалидов в Российской Федерации;
- определение основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности и др.

Законом определены основные понятия, к которым относятся:

- инвалид — лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты;
- ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью;
- социальная защита инвалидов — система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

С целью определения лица инвалидом проводят медико-социальную экспертизу (далее — МСЭ), под которой понимают признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием

разрабатываемых и утверждаемых в установленном порядке классификаций и критериев.

МСЭ осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы. Основными задачами и целями федеральных учреждений МСЭ являются:

- а) оказание гражданам услуги по проведению медико-социальной экспертизы (далее — услуга по проведению МСЭ);
- б) изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности.

Услуга по проведению МСЭ оказывается для установления структуры, степени ограничения жизнедеятельности и определения потребностей освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию.

Федеральное учреждение МСЭ формирует общедоступные информационные ресурсы, содержащие информацию о его деятельности, и обеспечивает доступ к данной информации посредством ее размещения на информационном стенде в помещении учреждения, информационно-телекоммуникационной сети Интернет, в том числе на официальном сайте такого учреждения.

К федеральным учреждениям МСЭ относятся Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (далее — Федеральное бюро); главные бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, находящиеся в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; главные бюро медико-социальной экспертизы, находящиеся в ведении иных федеральных органов исполнительной власти (далее — главные бюро); бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах, являющиеся филиалами главных бюро (далее — бюро).

Бюро медико-социальной экспертизы выполняет следующие функции:

- устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- разрабатывает индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов;

- определяет степень утраты профессиональной трудоспособности;

- определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и разрабатывает программы реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

- определяет стойкую утрату трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации, органов принудительного исполнения Российской Федерации;

- определяет причины смерти инвалида, а также других категорий граждан, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;

- определяет нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отдельных категорий граждан и др.

Главное бюро выполняет следующие функции в дополнении к вышеуказанным функциям:

- оказывает услугу по проведению МСЭ гражданам, обжалующим решения бюро, а также гражданам по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов;

- осуществляет контроль за решениями бюро;

- рассматривает жалобы граждан на действия (бездействие) бюро, их должностных лиц при оказании услуги по проведению МСЭ, и, в случае признания их обоснованными, принимает меры по устранению выявленных недостатков;

- координирует деятельность бюро и обобщает опыт их работы на обслуживаемой территории;

- формирует банк данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших медико-социальную экспертизу; осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории.

Федеральное бюро выполняет следующие функции:

- оказывает услугу по проведению МСЭ гражданам, обжаловавшим решения экспертных составов главных бюро;

- оказывает услугу по проведению МСЭ гражданам по направлению экспертных составов главных бюро в случаях, требующих применения особо сложных специальных видов обследования или консультативного заключения Федерального бюро;
- осуществляет контроль за решениями главных бюро;
- рассматривает жалобы граждан на действия (бездействие) главных бюро, их должностных лиц и в случае признания их обоснованными принимает меры по устранению выявленных недостатков;
- осуществляет комплексную экспертно-реабилитационную диагностику с применением новейших технологий, результатов научных разработок в целях определения наличия ограничений жизнедеятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности, реабилитационного потенциала и потребности в мерах социальной защиты;
- проводит по поручению Министерства труда и социальной защиты РФ научные исследования в сфере медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации инвалидов;
- осуществляет мероприятия по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации специалистов в области медико-социальной экспертизы;
- оказывает методологическую и организационно-методическую помощь главным бюро, обеспечивает единообразное применение законодательства Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов в сфере медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации;
- формирует банк данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу; осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов в Российской Федерации;
- принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и вносит предложения по разработке и реализации программ по проблемам инвалидности и инвалидов;
- вносит в Министерство труда и социальной защиты РФ предложения о внедрении в практику результатов научных разработок, новых технологий экспертно-реабилитационной диагностики, передового опыта главных бюро, а также реализации программ по различным направлениям медико-социальной экспертизы.

Федеральные учреждения МСЭ для выполнения своих полномочий имеют право:

- направлять граждан, проходящих медико-социальную экспертизу, на обследование в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь, в том числе реабилитационные, а также в научно-практические центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов для уточнения клинико-функционального диагноза, профессиональных возможностей и экспертно-реабилитационной диагностики;

- запрашивать у организаций, независимо от их организационно-правовой формы сведения, необходимые для выполнения полномочий, возложенных на федеральные учреждения медико-социальной экспертизы.

В структуре учреждений медико-социальной экспертизы выделяют бюро, экспертный состав главного бюро, экспертные составы Федерального бюро.

Экспертный состав — структурное подразделение главного бюро, Федерального бюро, осуществляющее контроль и методическую поддержку деятельности по оказанию гражданам услуги по проведению МСЭ в бюро, в главных бюро.

Количество бюро определяется исходя из расчета, как правило, 1 бюро на 70–90 тыс. человек при условии оказания услуги по проведению МСЭ 1,3–1,5 тыс. человек в возрасте 18 лет и старше ежегодно и 1,0–1,3 тыс. человек в возрасте до 18 лет ежегодно. С учетом сложившихся социально-демографических, географических и других особенностей регионов бюро могут создаваться исходя из иного расчета численности населения и количества оказанных услуг по проведению МСЭ в год.

В зависимости от количества бюро, входящих в состав главных бюро, главные бюро подразделяются на категории: от 40 и более бюро — 1-я категория; от 25 до 39 бюро — 2-я категория; от 15 до 24 бюро — 3-я категория; от 8 до 14 бюро — 4-я категория; до 7 бюро — 5-я категория.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности образуются бюро (экспертные составы главного бюро, экспертные составы Федерального бюро) общего профиля, специализированного профиля, смешанного профиля.

Бюро общего профиля образуется для оказания услуги по проведению МСЭ лицам в возрасте старше 18 лет с различными

ми заболеваниями, не требующими применения специальных условий оказания услуги по проведению МСЭ.

Бюро специализированного профиля образуется для оказания услуги по проведению МСЭ, в том числе больным туберкулезом, лицам с психическими расстройствами, заболеваниями и дефектами органов зрения, а также лицам в возрасте до 18 лет, требующей применения специальных условий оказания услуги по проведению МСЭ.

Бюро смешанного профиля образуется для оказания услуги по проведению медико-социальной экспертизы лицам любого возраста с различными заболеваниями.

Количество экспертных составов в главном бюро определяется в зависимости от количества бюро общего профиля, специализированного и смешанного профиля (как правило, один экспертный состав главного бюро на 5–6 бюро).

В состав бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) входят не менее 3 специалистов. Состав бюро формируется из врачей по медико-социальной экспертизе. При необходимости в состав специалистов бюро включаются психолог, специалист по реабилитации инвалидов и специалист по социальной работе.

Обязательным условием формирования состава специалистов бюро является включение в него не менее чем 1 врача по медико-социальной экспертизе.

В помещениях бюро (главного бюро, Федерального бюро) в удобном для граждан месте устанавливаются информационные стенды или информационные терминалы, на которых размещается визуальная, текстовая и мультимедийная информация о порядке оказания услуги по проведению МСЭ.

На территории, прилегающей к месторасположению бюро (главного бюро, Федерального бюро), оборудуются места для парковки автотранспортных средств для лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе передвигающихся в кресле-коляске.

При оказании гражданам услуги по проведению МСЭ обеспечивается использование средств аудио- и видеофиксации, которые применяются для обеспечения и контроля соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья, документирования фактов, действий и событий, связанных с проведением медико-социальной экспертизы.

Документы, составленные в ходе и по результатам оказания услуги по медико-социальной экспертизе, хранятся в федеральном учреждении медико-социальной экспертизы 50 лет.

Документы, составленные в ходе и по результатам оказания услуги по медико-социальной экспертизе, хранятся в федеральном учреждении медико-социальной экспертизы 50 лет.

Решения бюро, не отмененные или не измененные экспертным составом главного

бюро либо в судебном порядке, являются обязательными для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от их организационно-правовой формы.

В случае, если в ходе и по результатам оказанной услуги по проведению МСЭ возникло обоснованное сомнение, что гражданином представлены поддельные документы или заведомо ложные сведения, руководитель бюро (главного бюро, Федерального бюро) направляет соответствующие материалы в правоохранительные органы для рассмотрения вопроса о привлечении виновных лиц к уголовной ответственности.

Оказание услуги по проведению МСЭ осуществляется с использованием Единой автоматизированной вертикально-интегрированной информационно-аналитической системы по проведению медико-социальной экспертизы (далее — информационная система МСЭ).

Представление сведений о гражданах, которым оказывается услуга по проведению МСЭ, подлежащих включению в федеральную государственную информационную систему «Федеральный реестр инвалидов», осуществляется в режиме реального времени при внесении информации в информационную систему МСЭ.

Услуга по проведению МСЭ оказывается гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам и лицам без гражданства, находящимся на территории Российской Федерации. Получатели услуги по проведению МСЭ вправе участвовать в правоотношениях по оказанию услуги по проведению МСЭ в бюро (главном бюро, Федеральном бюро) лично либо через законного или уполномоченного представителя.

Оказание услуги по проведению МСЭ в бюро (главном бюро, Федеральном бюро) осуществляется в сроки, *не превышающие 30 рабочих дней* с даты регистрации в бюро направления на медико-социальную экспертизу получателя услуги по проведению МСЭ медицинской организацией либо заявления получателя услуги.

2. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Порядок направления гражданина на МСЭ определен Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588.

Гражданин направляется на МСЭ медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы в соответствии с решением врачебной комиссии медицинской организации при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с письменного согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы.

В согласии на направление и проведение МСЭ гражданин указывает предпочтительную форму проведения МСЭ (с его личным присутствием или без его личного присутствия) и предпочтительный способ получения уведомления о проведении МСЭ.

Форма и порядок заполнения направления на МСЭ медицинской организацией утверждены приказом Министерства труда и социальной защиты РФ и Минздравом России от 12.08.2022 № 488н/551н. В направлении на МСЭ указываются сведения из согласия на направление и проведение МСЭ; данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем организма; состояние компенсаторных возможностей организма; сведения о проведенных реабилитационных мероприятиях; сведения о результатах

медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ. Перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания для проведения МСЭ, утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ и Минздравом России от 10.06.2021 № 402н/631н.

Направление на МСЭ формируется в медицинской информационной системе медицинской организации, ведомственной медицинской информационной системе или государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации и в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица медицинской организации; в течение 3 рабочих дней со дня формирования передается в бюро посредством вышеуказанных медицинских информационных систем в информационную систему МСЭ.

Медицинская организация уведомляет гражданина о передаче в бюро направления на МСЭ не позднее следующего рабочего дня после дня его передачи.

По запросу гражданину выдаются выписка из протокола решения врачебной комиссии о направлении гражданина на МСЭ и направление на МСЭ.

В случае, если направление на МСЭ не содержит данных о результатах проведения полного объема медицинских обследований по перечню медицинских обследований, бюро в течение 3 рабочих дней со дня получения такого направления возвращает его в медицинскую организацию с уведомлением о причинах возврата в форме электронного документа. Данное уведомление бюро также передает в территориальный фонд обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации и орган, осуществляющий в отношении медицинской организации функции учредителя.

Медицинская организация в течение 14 рабочих дней со дня поступления возвращенного направления на МСЭ дополняет его сведениями о результатах медицинских обследований, в случае необходимости проводит медицинские обследования, и осуществляет его повторную передачу в бюро с уведомлением гражданина.

Медицинская организация несет гражданско-правовую ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на МСЭ, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В случае отказа медицинской организации в направлении гражданина на МСЭ ему выдается заключение врачебной комиссии соответствующей медицинской организации. Гражданин вправе подать жалобу на такое решение медицинской организации в орган, осуществляющий в отношении указанной медицинской организации функции учредителя, территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, если медицинская организация относится к государственной, муниципальной и частной системам здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации, и Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, если медицинская организация относится к системе здравоохранения федерального уровня.

Направление на медико-социальную экспертизу не требуется, если целью МСЭ является:

- определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;
- выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения персональных данных гражданина;
- иные цели, установленные законодательством Российской Федерации;
- при необходимости внесения исправлений в индивидуальную программу реабилитации;
- при необходимости включения в индивидуальную программу реабилитации или абилитации ребенка-инвалида рекомендаций о товарах и услугах, предназначенных для соци-

альной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства материнского капитала.

В этих случаях гражданин подает в бюро по месту жительства заявление о проведении МСЭ на бумажном носителе или через личный кабинет единого портала в форме электронного документа. Форма заявления о проведении МСЭ утверждена Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации.

3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Порядок проведения медико-социальной экспертизы определен Правилами признания лица инвалидом, утвержденным постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 «О признании лица инвалидом», а также приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.12.2020 № 979н о «Порядке организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы».

Медико-социальная экспертиза гражданина проводится в бюро по направлению на медико-социальную экспертизу, поступившему из медицинской организации, а также по заявлению о проведении медико-социальной экспертизы, поданному гражданином в случаях, когда направление на МСЭ не требуется.

В Главном бюро медико-социальная экспертиза гражданина проводится в случае обжалования им решения бюро, при осуществлении контроля за решением, принятым бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих консультации специалистов главного бюро, в том числе с проведением специальных видов обследования.

В Федеральном бюро проводится медико-социальная экспертиза гражданина в случае обжалования им решения главного бюро, при осуществлении контроля за решением, принятым главным бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих консультации специалистов Федерального бюро, в том числе с проведением сложных специальных видов обследования.

Бюро организует регистрацию поступивших направлений на МСЭ и заявлений о проведении МСЭ и уведомляет гражданина о регистрации документа.

По результатам рассмотрения зарегистрированных документов специалисты бюро, с учетом мнения гражданина, принимают решение о форме проведения МСЭ (без личного присутствия гражданина либо с личным присутствием гражданина), определяют дату и время проведения МСЭ и направляют гражданину уведомление о проведении МСЭ.

МСЭ проводится в бюро с личным или без личного присутствия гражданина. При осуществлении МСЭ без личного присутствия гражданина опрос, осмотр и обследование гражданина специалистами бюро не проводятся: изучаются представленные документы; анализируются имеющиеся в направлении на МСЭ данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем организма, состояние компенсаторных возможностей организма, сведения о результатах проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий, сведения о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ.

С личным присутствием гражданина освидетельствование проводится путем опроса, осмотра и обследования гражданина специалистами бюро при необходимости с использованием специального диагностического оборудования, изучения представленных документов, анализа имеющихся в направлении на МСЭ данных о состоянии здоровья гражданина, отражающих степень нарушения функций органов и систем организма, состояние компенсаторных возможностей организма, сведения о результатах проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий, сведения о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы.

МСЭ с личным присутствием гражданина проводится в бюро при явке гражданина в бюро; по месту нахождения гражданина, если он не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением врачебной комиссии

медицинской организации; по месту нахождения гражданина в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания; по месту нахождения гражданина в исправительном учреждении, где гражданин отбывает наказание; по месту нахождения гражданина в медицинской организации, оказывающей гражданину медицинскую помощь в стационарных условиях.

Освидетельствование граждан в учреждении медико-социальной экспертизы осуществляется в соответствии с заявленными целями:

- установление группы инвалидности;
- установление категории «ребенок-инвалид»;
- установление причин инвалидности;
- установление срока инвалидности;
- определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации; сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации; лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции;
- определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе, установленных действующим законодательством;
- определение причины смерти инвалида и других лиц, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;
- разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения персональных данных гражданина;

– иные цели, установленные законодательством Российской Федерации.

МСЭ проводится специалистами бюро путем обследования гражданина, изучения представленных документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина. Специалисты бюро знакомят гражданина с порядком и условиями признания гражданина инвалидом, а также дают разъяснения по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

В проведении МСЭ гражданина по приглашению руководителя бюро могут участвовать с правом совещательного голоса представители государственных внебюджетных фондов, Федеральной службы по труду и занятости, а также специалисты соответствующего профиля. Гражданин имеет право пригласить любого специалиста с его согласия для участия в проведении МСЭ с правом совещательного голоса.

В случаях, требующих проведения специальных видов обследования гражданина в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, составляется программа дополнительного обследования.

Программа дополнительного обследования предусматривает проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской организации; организации, осуществляющей деятельность по реабилитации и абилитации инвалидов; главном бюро или Федеральном бюро с использованием специального диагностического оборудования; получение консультации главного бюро или Федерального бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина, получение заключения психолого-медико-педагогической комиссии о рекомендуемых условиях обучения, выписки из протокола (карты) патологоанатомического исследования и другие мероприятия.

Гражданин не позднее 3 рабочих дней вправе согласиться или отказаться от дополнительного обследования. В случае получения согласия гражданина на дополнительное обследование программа дополнительного обследования направляется в организации, определенные исполнителями мероприятий программы.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом либо решение об отказе в признании его инвалидом. В случае получения отказа гражданина от дополнительного обследования решение бюро принимается на основании имеющихся данных.

Решение о признании гражданина инвалидом либо отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ, на основе обсуждения результатов его МСЭ, в срок, не превышающий 30 рабочих дней с даты регистрации направления на медико-социальную экспертизу, либо заявления на проведение МСЭ с необходимыми документами. МСЭ гражданина, находящегося на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей) и нуждающегося в первичном протезировании, а также гражданина, признанного нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, проводится в срок, не превышающий 3 рабочих дней со дня поступления в бюро направления на медико-социальную экспертизу.

Решение объявляется гражданину, проходившему МСЭ, в присутствии всех специалистов, проводивших МСЭ, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

При проведении медико-социальной экспертизы гражданина ведется протокол в информационной системе МСЭ. По результатам медико-социальной экспертизы гражданина составляется акт. Для гражданина, признанного инвалидом (ребенком-инвалидом), разрабатывается индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее — ИПРА).

Документы, сформированные в ходе и по результатам МСЭ в информационной системе МСЭ, подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя бюро, а также усиленными квалифицированными электронными подписями специалистов бюро, принимавших участие в проведении МСЭ. Гражданин имеет право на ознакомление с актом МСЭ и протоколом проведения МСЭ. По заявлению гражданина, поданному в бюро на бумажном носителе, в день подачи указанного заявления ему выдаются заверенные руководителем

бюро копия акта МСЭ, копия протокола проведения МСЭ, ИПРА. По заявлению гражданина, поданному в бюро в электронной форме с использованием единого портала, копии указанных документов направляются ему не позднее следующего рабочего дня со дня подачи указанного заявления.

4. КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ

Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении МСЭ исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 и Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденными приказом Минтруда России от 27.08.2019 № 585.

Условиями признания гражданина инвалидом, вызывающими необходимость его социальной защиты, являются:

а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

б) ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью;

в) необходимость в мероприятиях по реабилитации и абилитации.

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма, возникших в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет — категория «ребенок-инвалид».

К основным видам стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, относятся:

а) нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений);

б) нарушения языковых и речевых функций (устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования (дисфония));

в) нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль);

г) нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);

д) нарушения функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем;

е) нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов.

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

I степень — стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

II степень — стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

III степень — стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

IV степень — стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, устанавливается в процентах применительно к клинико-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма граждан в возрасте 18 лет и старше и в возрасте до 18 лет.

При наличии нескольких стойких нарушений функций организма человека, отдельно оценивается и устанавливается степень выраженности каждого. Сначала устанавливается максимально выраженное в процентах нарушение той или иной функции организма человека, после чего определяется наличие (отсутствие) влияния всех других имеющихся стойких нарушений функций организма человека на максимально выраженное нарушение функции. При наличии указанного влияния суммарная оценка степени нарушения функции организма человека в процентном выражении может быть выше максимально выраженного нарушения функций организма, но не более чем на 10 процентов.

Стойкие нарушения функций организма человека обуславливают ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, к которым относятся способности:

- а) к самообслуживанию;
- б) самостоятельному передвижению;
- в) ориентации;
- г) общению;
- д) контролю своему поведению;
- е) обучению;
- ж) трудовой деятельности.

Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека. Степень

выраженности ограничения основных категорий жизнедеятельности определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

Выделяются критерии для установления инвалидности и критерии для установления группы инвалидности.

Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте 18 лет и старше является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению II или III степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или I степени выраженности ограничений двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты.

Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте до 18 лет является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению любой категории жизнедеятельности человека и любой из трех степеней выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности, определяющих необходимость социальной защиты ребенка.

После применения критерия для установления инвалидности применяются критерии установления группы инвалидности:

- критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

- критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 70 до 80 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

- критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью выражен-

ности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 60 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

– категория «ребенок-инвалид» устанавливается при наличии у ребенка II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

5. ПОРЯДОК РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА (РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА)

Главным и основным направлением государственной политики в отношении инвалидов является реабилитация инвалидов.

Реабилитация инвалидов — эта система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Абилитация инвалидов — эта система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Реабилитация инвалидов — эта система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Абилитация инвалидов — эта система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Основные направления реабилитации и абилитации инвалидов включают:

- медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию;
- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов.

Государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета.

Одной из задач, возложенных на учреждения медико-социальной экспертизы, является разработка индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида — комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы могут при необходимости привлекать к разработ-

ке индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (далее — ИПРА) организации, осуществляющие деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов. Порядок разработки и реализации ИПРА и ее форма определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

ИПРА инвалида содержит как реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги, предоставляемые инвалиду с освобождением от платы в соответствии с федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, так и реабилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

ИПРА имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации.

Структура индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) представлена следующими разделами:

- общие сведения о гражданине;
- мероприятия по медицинской реабилитации или абилитации;
- мероприятия по общему и профессиональному образованию;
- мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации;

- мероприятия по социальной реабилитации или абилитации;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, мероприятия по занятию спортом;
- рекомендуемые технические средства реабилитации и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета, средств бюджета субъекта Российской Федерации, собственных средств инвалида либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности;
- рекомендации по оборудованию жилого помещения, занимаемого инвалидом, специальными средствами и приспособлениями;
- виды помощи, в которых нуждается инвалид для преодоления барьеров, препятствующих ему в получении услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами.

ИПРА разрабатывается при проведении медико-социальной экспертизы гражданина исходя из комплексной оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма, реабилитационного потенциала на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных.

Разработка ИПРА осуществляется специалистами бюро медико-социальной экспертизы с учетом рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организацией.

Разработка ИПРА в части рекомендаций для обеспечения техническими средствами реабилитации и услугами по реабилитации или абилитации, предоставляемых инвалиду (ребенку-инвалиду) за счет средств федерального бюджета, осуществляется на основании перечня медицинских показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

Разработка ИПРА ребенка-инвалида в части мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации, осуществляется с учетом заключения психолого-медико-педагогической комиссии о результатах проведенного обследования ребенка.

По приглашению руководителя бюро, инвалида, законного или уполномоченного представителя инвалида (ребенка-инвалида) в формировании ИПРА могут принимать участие специалисты медицинских организаций, государственных внебюджетных фондов, государственной службы занятости населения, работодатели, педагоги и другие специалисты.

ИПРА разрабатывается на срок, соответствующий сроку установленной группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид»).

Сформированная индивидуальная программа реабилитации и абилитации выдается инвалиду.

Инвалид (ребенок-инвалид), законный или уполномоченный представитель инвалида (ребенка-инвалида) могут отказаться от получения ИПРА инвалида (ребенка-инвалида).

Выписки из ИПРА направляются в соответствующие органы исполнительной власти, органы местного самоуправления, организации, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, на которые возложено проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА:

- в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья — в части выполнения мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации;
- орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования — в части выполнения мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации, мероприятий по общему и профессиональному образованию;
- орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения (в сфере социального обслуживания) — в части выполнения мероприятий по социальной реабилитации или абилитации, а также по выполнению мероприятий по реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), проживающего в организации социального обслуживания и получающего социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания;
- орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения — в части выполнения мероприятий по профессиональной реабилитации или абилитации;

- орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физической культуры и спорта — в части физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом;

- региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (далее — региональное отделение Фонда) — в части обеспечения техническими средствами реабилитации, предоставляемыми инвалиду (ребенку-инвалиду) за счет средств федерального бюджета.

Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности, региональное отделение Фонда совместно с органами местного самоуправления, организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющими мероприятия по реабилитации или абилитации, организуют работу по реализации данных мероприятий.

Основной комплекс реабилитационных мероприятий осуществляется по месту жительства инвалида (ребенка-инвалида) учреждениями различной ведомственной принадлежности.

Оценка результатов проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий осуществляется специалистами бюро при очередном проведении медико-социальной экспертизы инвалида (ребенка-инвалида).

РАЗДЕЛ 6.

**ЭКОНОМИКА
МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ**

ГЛАВА 1.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Современный главный врач должен хорошо разбираться в вопросах финансирования здравоохранения, ценообразования, эффективного расходования средств и др.

Основной целью экономики здравоохранения является удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, достижение максимального эффекта ее оказания с наименьшими затратами.

Источниками финансирования медицинских учреждений могут быть:

- средства бюджета в виде субсидий на выполнение государственного задания и (или) субсидий на иные цели;
- средства обязательного медицинского страхования;
- средства, полученные от осуществления приносящей доход деятельности.

Кроме того, учреждение получает средства во временное распоряжение в виде обеспечения осуществления закупок у поставщиков, подрядчиков и исполнителей услуг.

От качественного планирования доходов и расходов, исполнения сформированных смет и планов зависит эффективное управление деятельностью учреждения в условиях ограниченных ресурсов.

Организационная структура финансово-экономической

От качественного планирования доходов и расходов, исполнения сформированных смет и планов зависит эффективное управление деятельностью учреждения в условиях ограниченных ресурсов.

службы формируется каждым учреждением самостоятельно с учетом особенности деятельности. У руководителя медицинской организации есть заместитель по экономическим вопросам, в структуре службы — планово-экономический отдел, бухгалтерия, возглавляемая главным бухгалтером, может быть — отдел статистики. Возможно введение в структуру организации отдела ОМС и (или) отдела платных услуг, которые осуществляют учет расчетов по средствам обязательного медицинского страхования и (или) от приносящей доход деятельности.

Планово-экономический отдел обеспечивает финансовое планирование деятельности учреждения, составляет планы финансово-хозяйственной деятельности, проводит анализ доходов и расходов с целью предложений по эффективному использованию ресурсов учреждения, осуществляет взаимодействие с финансовой службой учредителя.

Бухгалтерия осуществляет учет доходов и расходов учреждения, производит платежи, отражает все операции, производимые при осуществлении учреждением деятельности, составляет бухгалтерскую и налоговую отчетность.

Каждое подразделение осуществляет свои функциональные обязанности, но их деятельность постоянно пересекается, поскольку данные для планирования, составления любой отчетности должны быть идентичны и содержаться в учете учреждения.

Планирование деятельности медицинского учреждения производится до начала финансового года с дальнейшей его корректировкой.

Расходы учреждения могут быть постоянными и переменными. Постоянные издержки связаны, как правило, с содержанием имущества и выполнением основных функций. К ним можно отнести расходы на заработную плату персоналу, уплату обязательных налогов и платежей, оплату коммунальных услуг, уборку помещений, техобслуживание оборудования и т.п.

Расходы, связанные с объемом выполняемых работ или оказываемых учреждением услуг, относятся к переменным. Например, количество приобретаемых медикаментов и расходных материалов напрямую зависит от числа пациентов, проходящих лечение в учреждении.

Процесс составления планов финансово-хозяйственной деятельности (далее — ПФХД) до наступления финансового года

и в последующем корректируется. ПФХД содержит показатели в разрезе кодов бюджетной классификации раздела/подраздела. В здравоохранении применяются следующие коды:

0901 Стационарная медицинская помощь.

0902 Амбулаторная помощь.

0903 Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов.

0904 Скорая медицинская помощь.

0909 Другие вопросы в области здравоохранения.

Доходы и расходы разносят по целевым статьям:

111 Фонд оплаты труда учреждений.

112 Иные выплаты персоналу учреждений, за исключением фонда оплаты труда.

242 Закупка товаров, работ, услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий.

243 Закупка товаров, работ, услуг в целях капитального ремонта государственного (муниципального) имущества.

244 Прочая закупка товаров, работ, услуг.

Выделяют коды классификации операций сектора государственного управления (далее — КОСГУ), детализирующего направления доходов и расходов, например 211 Заработная плата, 223 Коммунальные услуги, 226 Оплата услуг, 132 Доходы, полученные от ОМС и др.

Составление ПФХД — прерогатива экономистов, но эффективно управлять учреждением должен не экономист, а главный врач, поэтому знания бюджетного финансирования ему необходимы.

На приобретение основных средств, проведение работ по капитальному ремонту и иные цели на основании приказа (распоряжения) учредителем выделяются субсидии, для их получения учреждение заключает соглашение.

Кроме субсидий в ПФХД в обязательном порядке отражаются средства от приносящей доход деятельности. Если планирование бюджетных средств зависит от действий органов исполнительной власти,

На приобретение основных средств, проведение работ по капитальному ремонту и иные цели на основании приказа (распоряжения) учредителем выделяются субсидии, для их получения учреждение заключает соглашение.

распоряжающихся бюджетными средствами, то планирование доходов и расходов от платной деятельности особенно важно для учреждения, поскольку это те средства, которые оно может направить на стимулирование своих работников, развитие материально-технической базы, улучшение внешнего вида, повышение статуса учреждения и др.

Планирование приносящей доход деятельности зависит от многих факторов, например экономической и демографической ситуации в стране. Если еще несколько лет назад внебюджетные средства отражались в плане с огромной погрешностью по принципу «лишь бы были» или «может быть, пригодится», то сейчас эффективный управленец государственной медицинской организации с особым вниманием относится к развитию платной деятельности, просчитывает и прогнозирует с учетом внешней и внутренней среды организации те виды деятельности, которые может выполнять учреждение и которые актуальны в планируемом периоде.

Учетная политика. С 1 января начинается не только календарный, но и финансовый год. К этой дате учреждение должно пересмотреть и скорректировать учетную политику. Она формируется согласно требованиям федерального стандарта бухгалтерского учета для организаций государственного сектора «Учетная политика, оценочные значения и ошибки».

Изменение учетной политики допускается как при изменении нормативной базы, так и в случаях, не связанных с изменением законодательства. В первом случае руководитель учреждения может самостоятельно внести изменения в учетную политику, во втором — только после согласования с учредителем и финансовым органом.

Учетная политика должна отражать:

- методы оценки объектов бухгалтерского учета, порядок постановки на учет и выбытия из учета объектов бухгалтерского учета и раскрытия информации о них в бухгалтерской отчетности;
- рабочий план счетов бухгалтерского учета;
- порядок проведения инвентаризации активов, имущества и обязательств;
- формы первичных (сводных) учетных документов, регистров бухгалтерского учета, иных документов;

- правила документооборота, в том числе порядок и сроки передачи первичных (сводных) учетных документов для отражения в учете в соответствии с утвержденным графиком документооборота и (или) порядком взаимодействия структурных подразделений и (или) лиц, ответственных за оформление фактов хозяйственной жизни, по предоставлению первичных учетных документов для ведения бухгалтерского учета;

- порядок организации и обеспечения (осуществления) внутреннего контроля.

Основные положения учетной политики и (или) копии документов учетной политики подлежат публичному раскрытию на официальном сайте учреждения в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Бухгалтерская отчетность. Медицинское учреждение обязано представлять отчетность: бухгалтерскую, налоговую, статистическую, отчетность, предусмотренную системой обязательного медицинского страхования.

Любая отчетность подписывается руководителем или уполномоченным лицом, которое назначается руководителем. Ответственность за ее содержание и представление в установленные сроки несет руководитель. Поскольку проверять каждый отчет руководителю при решении глобальных целей и задач нереально, рекомендуем за каждый вид отчетности назначить ответственных лиц и лиц-дублеров приказом по учреждению. Полностью полагаться на представленные на подпись формы отчетности тоже нельзя. Для того чтобы руководитель учреждения смог ориентироваться в отчетности, приведем основные положения по отчетным данным.

Бухгалтерская отчетность бюджетными и автономными учреждениями составляется ежеквартально. Казенные учреждения отчетность по кассовым расходам (форма 0503127) представляют ежемесячно.

Сроки представления отчетности утверждаются учредителем.

Квартальная отчетность бюджетных и автономных учреждений состоит из отчета об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности (форма 0503737), отчета об обязательствах учреждения (форма 0503738), сведений по дебиторской и кредиторской задолженности учреждения (форма 0503769), сведений об остатках денежных средств

учреждения (форма 0503779), справки по консолидируемым расчетам учреждения (форма 0503725). Каждая форма составляется в разрезе источников финансирования (платная деятельность, субсидии на выполнение государственного задания, субсидии на иные цели, средства ОМС). Если учреждение участвует в реализации национальных проектов, то дополнительно составляются формы о реализации национальных проектов.

Казенные учреждения составляют аналогичные формы (0503125, 0503127, 0503128, 0503169, 0503178).

По итогам года кроме форм квартальной отчетности представляются баланс государственного (муниципального) учреждения (форма 0503730 или 0503130), справка по заключению счетов (форма 0503710 или 0503110), отчет о финансовых результатах деятельности (форма 0503721 или 0503121).

В состав отчетности входит пояснительная записка, в которой дается расшифровка основных показателей, отраженных в отчетности, в том числе в табличной форме, и дополнительная информация, требующая внимания, например, используемые программные продукты, информация об изменении нефинансовых и финансовых активов, информация о средней заработной плате сотрудников и др.

Поскольку учреждение является плательщиком налогов, то у него возникает обязанность по сдаче налоговой отчетности.

Ежеквартально сдается отчетность по физическим лицам: СЗВ-М, расчет по страховым взносам, ФСС-4, 6-НДФЛ. Если учреждение получает доходы от платных услуг, то необходимо уплачивать налог на прибыль и представлять ежеквартальную отчетность по нему.

По другим налогам (транспортный налог, налог на имущество, земельный налог) ежеквартально необходимо уплачивать авансовые платежи, но расчеты авансовых платежей представлять не надо.

Есть законодательные механизмы освобождения от налогообложения медицинских и образовательных организаций, например от начисления и уплаты налога на прибыль. Данная норма предусмотрена Налоговым кодексом Российской Федерации при наличии нескольких условий:

– организация имеет лицензию (лицензии) на осуществление образовательной и (или) медицинской деятельности, выданную

(выданные) в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- доходы организации за налоговый период от осуществления образовательной деятельности, присмотра и ухода за детьми и (или) медицинской деятельности, а также от выполнения научных исследований и (или) опытно-конструкторских разработок, учитываемые при определении налоговой базы, составляют не менее 90% ее доходов, учитываемых при определении налоговой базы;

- в штате организации, осуществляющей медицинскую деятельность, численность медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста, в общей численности работников непрерывно в течение налогового периода составляет не менее 50%;

- в штате организации непрерывно в течение налогового периода числятся не менее 15 работников;

- организация не совершает в налоговом периоде операций с векселями и производными финансовыми инструментами.

В случае несоблюдения одного из критериев организация должна будет перейти на общий режим налогообложения.

Транспортный налог и налог на имущество организаций являются региональными налогами. Часто субъекты Российской Федерации предусматривают налоговые льготы вплоть до отмены уплаты в отношении транспортных средств и (или) имущества организаций, финансируемых из соответствующих бюджетов. То же касается и земельного налога, который является местным налогом. Органы местного самоуправления своими законодательными актами могут утвердить перечень налоговых льгот и условия их применения для организаций, финансируемых из местных бюджетов.

Кроме бухгалтерской и налоговой отчетности сдается статистическая отчетность.

Несмотря на то, что статистическая отчетность носит больше формальный характер, за ее непредставление предусмотрена административная ответственность в виде штрафа на должностных лиц в размере от 10 000 до 20 000 руб., на юридических лиц — от 20 000 до 70 000 руб. Повторное нарушение влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 30 000 до 50 000 руб., на юридических лиц — от 100 000 до 150 000 руб.

Формы, которые необходимо сдавать, а также сроки представления статистической отчетности можно найти на сайте регионального органа статистики по коду ОКПО или ИНН. На основании данного списка рекомендуем издавать приказ о закреплении форм отчетности за ответственными лицами.

Практически все организации перешли к электронному документообороту. Представление отчетности осуществляется в электронном виде с помощью электронно-цифровой подписи руководителя (ЭЦП). Обратите внимание, что право пользоваться ЭЦП и подписывать ею документы у сотрудников учреждения возникает при наличии распоряжения об этом руководителя. Существует достаточное количество программных продуктов, с помощью которых осуществляется электронное взаимодействие с налоговыми органами и органами статистики (например, «Контур», «Астрал», СБИС, 1С и др.), ваше право выбрать из списка наиболее подходящую организацию.

Отчетность по средствам ОМС. Ежемесячно в медицинские страховые организации и территориальный фонд обязательного медицинского страхования также представляется отчетность: отчет о деятельности медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования, форма отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования и другие формы.

Порядок составления и представления такой отчетности определяется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. В организации необходимо назначить ответственное подразделение за составление и представление отчетности по средствам ОМС.

За несвоевременное представление или непредставление отчетности предусмотрена ответственность в виде штрафов и пеней. Посчитать штраф за непредставление конкретной декларации или расчета можно с помощью онлайн-сервисов.

2. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С УЧРЕДИТЕЛЕМ И ФОНДОМ ОМС ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Руководитель учреждения выполняет свои обязанности на основании полномочий, определенных для него его учредителем. Принятие решений в обязательном порядке связано с выполнением ориентиров вышестоящего органа. Тесное взаимодействие руководителя с сотрудниками вышестоящего органа может обеспечить его информацией, позволяющей принимать правильные решения.

Государственное задание. Как правило, государственное задание утверждается в конце предшествующего или января текущего года. Показатели устанавливаются в количественных и качественных значениях. Наименование услуги или работы должно соответствовать утвержденному Перечню государственных услуг (работ), который формируется на федеральном уровне и конкретизируется при необходимости регионом. Важно отметить, что выделение учреждению государственного задания с формальной точки зрения является добровольным волеизъявлением юридического лица, которое вправе не согласиться с конкретными пунктами или отказаться от заключения соглашения. При крайнем сценарии учреждение может лишиться финансирования из государственного бюджета или фонда ОМС, сохранив за собой иные источники финансирования.

При формировании государственного задания учреждение должно активно принимать участие. Почему? Прежде всего, от установленных показателей зависит финансовое обеспечение учреждения, а значит, его доходы и расходы. Кроме того, объемы, которые могут быть выполнены в рамках государственного задания, должны быть «под силу» учреждению.

Допускается корректировка государственного задания в течение года. Порядок внесения изменений определяется учредителем и закрепляется в соглашении о предоставлении субсидии на выполнение государственного задания. В основном изменения вносятся учредителем, однако учреждение при необходимости может обратиться к учредителю и инициировать увеличение или уменьшение объема задания.

Необходимо отметить, что перечисление субсидий производится равными платежами по графику (либо ежемесячно, либо ежеквартально), при этом суммы не должны превышать в 1 квартале 25% годового объема финансирования, в 1 полугодии — 50%, за 9 месяцев — 75%. Однако перечисление субсидии может осуществляться в ином порядке, например в случае, если оказание услуг (выполнение работ) зависит от сезонных условий или требует неравномерного финансового обеспечения в течение финансового года.

В случае невыполнения государственного задания необходимо возратить в бюджет средства, рассчитанные исходя из объема невыполненной услуги (работы), умноженного на норматив затрат.

В случае невыполнения государственного задания необходимо возратить в бюджет средства, рассчитанные исходя из объема невыполненной услуги (работы), умноженного на норматив затрат.

Обратите внимание на условие соглашения о предоставлении ежеквартальной отчетности о выполнении государственного задания

и обязательном ее размещении на сайте государственных и муниципальных учреждений.

Информационное размещение результатов ПФХД. В соответствии с требованиями Минфина России все учреждения должны размещать информацию об учреждении, планы финансово-хозяйственной деятельности, отчетные документы и иную информацию на сайте государственных и муниципальных учреждений www.bus.gov.ru.

Сформированная информация подтверждается размещением на сайте электронных копий следующих документов: решения учредителя о создании учреждения; учредительных документов (устава) учреждения, в том числе внесенных в них изменений; свидетельства о государственной регистрации учреждения; решения учредителя о назначении руководителя учреждения; положений о филиалах, представительствах учреждения; документов, содержащих сведения о составе наблюдательного совета автономного учреждения; государственного (муниципального) задания на оказание услуг (выполнение ра-

бот); плана ФХД; годовой бухгалтерской отчетности учреждения; отчета о результатах деятельности государственного (муниципального) учреждения и использовании закрепленного за ним государственного (муниципального) имущества; сведений (документов) о проведенных в отношении учреждения контрольных мероприятиях и их результатах.

Мониторинг за своевременное размещение на указанном сайте информации осуществляет Федеральное казначейство и его территориальные органы.

Своевременное размещение информации об учреждении важно еще и для недопущения нарушений при проверках. В настоящее время многие контролирующие органы перед выходом в организацию пользуются открытыми данными, размещенными на официальных сайтах. Рекомендуем, чтобы информация на них была наиболее актуальной.

Финансирование через систему обязательного медицинского страхования. Кроме учредителя организация взаимодействует с территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Хотя выделение объемов оказания медицинской помощи осуществляет территориальная комиссия по разработке ТППГ (работает при региональном Минздраве), однако вся аналитическая информация о выполненных объемах, видах оказываемой помощи, своевременном выполнении и др. собирается в ТФОМС. Часто возникают вопросы о правильности оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС, порядке принятия видов помощи к оплате, оформлению документации и т.п. Практически на все эти вопросы могут ответить сотрудники регионального фонда.

3. ВНУТРЕННИЙ ФИНАНСОВЫЙ КОНТРОЛЬ И АУДИТ

В настоящее время большое количество органов и организаций осуществляют финансовый контроль за деятельностью медицинского учреждения. Контроль выполняют Контрольно-счетная палата Российской Федерации, органы Федерального казначейства, органы исполнительной и законодательной власти субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, органы Прокуратуры Российской Федерации, МВД России,

учредитель, страховые медицинские организации, ТФОМС и др. Несмотря на это, законодательство предусматривает организацию и осуществление контроля и аудита внутри учреждения.

Внутренний контроль может проводиться специально созданным органом (службой) внутреннего контроля и (или) аудита, либо отдельным уполномоченным на выполнение данных функций лицом, либо группой должностных лиц при исполнении их функциональных обязанностей.

Проводить внутренний контроль рекомендуется постоянно. Для этого работодателю потребуется разработать локальный нормативный акт, который должен регулировать особенности самоконтроля.

Внутренний контроль может проводиться специально созданным органом (службой) внутреннего контроля и (или) аудита, либо отдельным уполномоченным на выполнение данных функций лицом, либо группой должностных лиц при исполнении их функциональных обязанностей.

В любом случае должны соблюдаться следующие принципы системы внутреннего контроля: законность, оперативность, эффективность, экономичность, достоверность, объективность, профессионализм.

Проводить внутренний контроль рекомендуется постоянно. Для этого работодателю потребуется разработать локальный нормативный акт, который должен регулировать особенности самоконтроля.

К основным направлениям службы внутреннего контроля относятся проверка каждого рода деятельности учреждения, проверка правильности планирования, эффективности использования ресурсов, точности отражения операций в учете и др.

Сведения о результатах мероприятий внутреннего контроля могут быть оформлены в документе, определенном положением о системе внутреннего контроля, например акте.

Данные сведения могут содержать проверяемый период, наименование мероприятия внутреннего контроля, выявленные нарушения, рекомендации по устранению выявленных на-

рушений, степень выполнения рекомендаций по устранению выявленных нарушений. Самое основное — это то, что руководитель должен получить адекватную, точную, неискаженную информацию о состоянии дел в учреждении.

Внутренний контроль — динамический процесс, который надо постоянно приспосабливать к возникающим в организации рискам и изменениям, поэтому обязателен мониторинг системы внутреннего контроля. Непрерывный мониторинг может проводиться руководством в форме анализа результатов деятельности организации, проверки результатов выполнения отдельных хозяйственных операций, периодической оценки и уточнения локальных нормативных актов и др.

Итак, основной функцией внутреннего контроля и аудита является предотвращение нарушений, в том числе нецелевого использования бюджетных средств.

Согласно Бюджетному кодексу Российской Федерации, нецелевым использованием бюджетных средств признается направление средств бюджета бюджетной системы РФ и оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным законом (решением) о бюджете, сводной бюджетной росписью, бюджетной росписью, бюджетной сметой, договором (соглашением) либо иным документом, являющимся правовым основанием предоставления указанных средств.

За нецелевое использование бюджетных средств, если оно не содержит уголовно наказуемого деяния, предусмотрена административная ответственность в виде наложения на должностных лиц административного штрафа в размере от 20 000 до 50 000 руб. или их дисквалификации на срок от одного года до трех лет, а на само учреждение — от 5 до 25% суммы средств, полученных из бюджета бюджетной системы РФ, использованных не по целевому назначению.

Например, использование медицинским учреждением средств субсидии на выполнение государственного

Основной функцией внутреннего контроля и аудита является предотвращение нарушений, в том числе нецелевого использования бюджетных средств.

(муниципального) задания не в соответствии с условиями и целями ее предоставления, установленными соглашением, может повлечь наступление ответственности для учреждения, определенной соглашением, а также административной ответственности.

Рассматривая дела о нецелевом использовании средств, судьи исходят, как правило, из того, что для определения нецелевого характера использования бюджетных средств необходимо учитывать в совокупности как отклонение от регламентируемого порядка их использования, так и соотношение результата использования с целью, установленной при выделении этих средств, а также иные фактические обстоятельства, существовавшие при освоении выделенных средств.

При этом существуют различные позиции судов при рассмотрении споров о нецелевом использовании бюджетных средств. В любом случае при рассмотрении нарушения, выявленного контрольными органами, учитываются причины и условия, способствовавшие отнесению расходов на статьи и подстатьи КОСГУ в каждом конкретном случае, а также все обстоятельства в совокупности.

Для дополнительной мотивации добавим, что нецелевое расходование бюджетных средств, совершенное в крупном размере, предусматривает уголовную ответственность (часть 1 статьи 285.1 УК РФ) и влечет наказание от штрафа в размере от 100 000 до 300 000 руб. до лишения свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового. В настоящее время крупным размером признается сумма бюджетных средств, превышающая один миллион пятьсот тысяч рублей.

Итак, с помощью правильно организованного контроля внутри учреждения можно снизить риски возникновения нарушений, в том числе нецелевого расходования средств.

4. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ЗАКУПКАХ

Финансовую систему организации часто ассоциируют с системой кровоснабжения. Если несколько углубиться в процесс, то в финансовой системе деньги будут выполнять функцию эритроцитов, а покупаемые товары — кислорода, который посредством эритроцитов

доставляется во все органы, при этом отдел закупок — легкие, снабжающие организацию необходимыми ей ресурсами.

Основные принципы закупок понятны и логичны: открытость и прозрачность информации, обеспечение конкуренции и эффективности расходования средств и пр.

Закупки в учреждениях осуществляются на основании двух законов (рис. 21):

– Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» используется для закупки товаров, работ, услуг, источником оплаты которых являются как бюджетные, так и внебюджетные средства;

– Федеральный закон от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» используется только для закупки товаров, работ, услуг, источником оплаты которых являются внебюджетные средства (за исключением ОМС), и только при наличии положения о закупках, утвержденного учредителем и размещенного до начала календарного года, в котором планируется закупка. Кроме того, учитываются также положения еще одного важного закона — Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

Законы			
Федеральный Закон от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»		Федеральный Закон от 18 июля 2011 года № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц»	
Казенные учреждения	Бюджетные учреждения	Автономные учреждения	
• Все закупки	• Все закупки	• За счет средств пожертвований, грантов и т.п. • Для исполнения контрактов • За счет приносящей доход деятельности	• Все закупки (за исключением закупок за счет бюджетных средств)

Рисунок 21. Схема охвата типов учреждений законодательством о закупках

Следует отметить, что с течением времени наблюдается тенденция сближения механизмов закупки в соответствии с Федеральными законами 44-ФЗ и 223-ФЗ, больше за счет некоторого усиления требований в 223-ФЗ. Данный закон предоставляет менее жесткие требования к универсальности описания объекта закупки, что позволяет с большей долей вероятности закупить продукцию именно у того производителя, которого предпочитает врач, и зачастую в более сжатые сроки, а также предоставляет больше варибельности в части внесения изменений в договор после его заключения.

Для бюджетных учреждений практически нет закупок, которые не попадали бы под действие Федерального закона 44-ФЗ или 223-ФЗ, исключение составляют лишь обязательные платежи (госпошлины, обязательные сборы, установленные законодательно, и т.п.).

Для подготовки к конкурсным процедурам заказчик, медицинская организация, проводит действия по определению начальной (максимальной) цены контракта (далее — НМЦК). Законом предусмотрено пять способов формирования НМЦК, но приоритетным является метод сопоставимых рыночных цен (анализа рынка). Метод основан на анализе общедоступной информации о ценах на товары с аналогичными характеристиками, продающиеся в сопоставимых условиях, к которой относятся информация из Интернета, коммерческие предложения от поставщиков, информация из реестра контрактов и пр. Наиболее объективной и легкодоступной информацией считается информация из реестра контрактов, которая с течением времени только расширяется. Однако поиск по реестру контрактов в единой информационной системе закупок (далее — ЕИС) нельзя назвать достаточно удобным и быстрым, и здесь есть хорошее подспорье для заказчиков — системы, предлагающие «дружественный интерфейс» для анализа цен, некоторые даже с калькулятором НМЦК, за вполне адекватную плату при годовом абонементе. Выбор системы осуществляется с учетом различных требований:

- понятность и удобство интерфейса;
- настраиваемые параметры поиска с возможностью фильтрации по сумме, коду ОКПД, региону и т.п.;
- быстрый доступ к первоисточнику — информации о контракте или извещению о закупке;

– автоматический расчет НМЦК в соответствии с требованиями закона и пр.

Подобная система значительно облегчит и ускорит труд работников контрактной службы и повысит уровень обоснованности устанавливаемых цен не только для целей составления документации, но и для анализа в рамках заключения контракта с единственным поставщиком. Например, аптека при заключении каждого договора самостоятельно заходит в систему и прикладывает лист с таблицей о как минимум пяти заключенных контрактах с ценой закупаемого медикамента. Однако для обоснования НМЦК в документации необходимо использовать информацию из реестра только по тем контрактам, которые уже исполнены, при этом без начисления неустоек.

Особенности закупок в рамках Федерального закона 44-ФЗ. Разберем, какие существуют основные способы закупок в рамках данного закона и их применение в различных ситуациях. Сразу необходимо отметить, что законодателем с 2019 г. отдано преимущество электронным процедурам закупок для обеспечения прозрачности процесса, «бумажные» закупки проводятся в исключительных случаях.

1. Закупка у единственного поставщика — предпочтительный способ закупки всеми нуждающимися в приобретении чего-либо, поскольку позволяет приобрести немедленно именно то, что нужно. Однако имеются ограничения его применения, прямо обозначенные в законе: у единственного поставщика по договору может быть закуплено на сумму не более чем 600 000 руб., при этом общий объем закупок данным способом не может составлять более 10% от совокупного годового объема закупок (общая сумма указана в ПФХД) и не должен превышать 50 млн. рублей.

Важно помнить, что к закупкам у единственного поставщика относятся также закупки всех коммунальных услуг у монополистов, закупка электроэнергии, услуг по вневедомственной охране объектов, направление сотрудников в командировку (с наймом жилого помещения) и др., большинство из которых реализуется на основе специальных распоряжений и постановлений Правительства РФ.

2. Аукцион в электронной форме (открытый или закрытый) — наиболее распространенная форма закупок, в том числе благодаря наличию аукционного перечня, утвержденного

распоряжением Правительства РФ от 21.03.2016 № 471-р, куда попало большинство видов продукции, работ, услуг. Таким образом, поименованные в перечне товары, работы, услуги организация может закупать только через аукцион, что должно обеспечить максимальную экономию. Однако есть небольшое исключение — товары, работы, услуги из данного перечня можно также закупать путем проведения запроса котировок и осуществления закупки у единственного поставщика (подрядчика, исполнителя). Закрытые аукционы проводятся только в отношении закупок для нужд, информация о которых составляет государственную тайну.

В аукционе единственным критерием выбора поставщика является цена, но это не ограничивает заказчика в описании требований к предмету закупки. Однако для нужд здравоохранения требования к товару (работе, услуге) ограничены другими нормами закона: невозможностью указания товарных знаков, недопущением ограничения конкуренции (если под описание подходит только один товар) и пр.; кроме того, по большому перечню товаров существуют стандартные рекомендованные к использованию описания в каталоге товаров, работ, услуг, отклонения от которых необходимо обосновывать. Полный цикл закупки через электронный аукцион (с момента публикации извещения до заключения контракта) составляет при благоприятном стечении обстоятельств чуть более трех недель. Отклонение от этих сроков возникает при направлении одной из сторон жалобы в ФАС или суд.

Извещение размещается в ЕИС не менее чем за 7 дней, а в случае НМЦК свыше 300 млн руб. — не менее чем за 15 дней до окончания приема заявок. Внесение изменений возможно не менее чем за 1 рабочий день до окончания приема заявок, срок приема заявок после этого должен составлять соответственно не менее 3 и 7 дней. После окончания срока подачи заявок проводится аукцион путем подачи ценовых предложений участниками с шагом от 0,5 до 5%. После окончания аукциона протокол аукциона с ценовыми предложениями и заявки участников направляются на рассмотрение комиссии, которая в течение 2 рабочих дней рассматривает их на соответствие требованиям к товару и требованиям к участникам, по итогам чего составляется протокол подведения итогов.

Контракт по итогам аукционов и конкурсов в электронной форме заключается по одному алгоритму. В течение двух рабочих дней с даты размещения протокола определения победителя заказчик размещает в ЕИС проект контракта, который включает цену, предложенную победителем, и характеристики товара, работ, услуг, указанные в его заявке. В течение пяти рабочих дней с даты размещения проекта контракта победитель обязан его подписать или направить протокол разногласий или отказ от заключения. После этого в течение двух рабочих дней заказчик либо подписывает проект контракта (в случае отсутствия разногласий), либо размещает проект контракта с учетом замечаний или без учета замечаний — на свое усмотрение. Далее у участника закупки остается один рабочий день на подписание контракта, у заказчика — два рабочих дня, учитывая, что подписание контракта происходит не ранее, чем через 10 дней с даты размещения в ЕИС протокола.

3. Открытый конкурс в электронной форме. Отличий от аукциона здесь несколько.

Во-первых, в конкурсе есть возможность установления нескольких критериев оценки предложения участника товара, хотя ценовой критерий должен присутствовать в их ряду обязательно и иметь вес не менее 20%, а чаще 40–70% (исключением являются конкурсы на создание произведения литературы или искусства — до нуля). Среди прочих критериев присутствуют расходы на эксплуатацию и ремонт товаров (объектов), использование результатов работ; стоимость жизненного цикла товара (объекта); предложение о сумме соответствующих расходов заказчика, которые заказчик осуществит или понесет по энергосервисному контракту (стоимостные критерии); качественные, функциональные и экологические характеристики объекта закупки; квалификация участников закупки, в том числе наличие у них финансовых ресурсов, оборудования и других материальных ресурсов, принадлежащих им на праве собственности или ином законном основании, опыта работы, связанного с предметом контракта, и деловой репутации, специалистов и иных работников определенного уровня квалификации (нестоимостные критерии).

Во-вторых, извещение размещается не менее чем за 15 дней до окончания приема заявок, после изменения извещения срок приема заявок должен составлять не менее 10 дней.

В-третьих, отличается сама процедура определения победителя. Сначала комиссия заказчика рассматривает первые части заявок со всеми характеристиками, после чего составляет протокол их рассмотрения с оценкой и информацией о допуске. Затем участники размещения заказа могут подать окончательное предложение о цене в течение срока, установленного в извещении. По итогам оператор электронной площадки направляет заказчику вторые и третьи части заявок для оценки соответствия их требованиям документации. Комиссия вновь формирует протокол по итогам рассмотрения заявок и окончательных предложений с определением победителя и размещает протокол.

С учетом указанных сроков и сроков размещения протоколов полный цикл закупки по электронному конкурсу составляет около 1 месяца. Конкурс целесообразно применять к закупкам товаров, работу, услуг, описание которых может иметь вариации с возможностью улучшения характеристик, где важно качество либо присутствует научный компонент (например НИР, ремонтные работы, обслуживание инженерных сетей и т.п.).

4. Запрос котировок в электронной форме. Данный способ популярен у заказчиков в силу суммы закупки и непродолжительного срока проведения процедуры. Его основные характеристики:

- сумма закупки до 3 млн руб., общая сумма не должна превышать 20% от совокупного годового объема закупок или 100 млн руб. при объеме закупок предыдущего года менее 500 млн руб.;

- сфера применения нормы — закупка товаров, необходимых для нормального жизнеобеспечения граждан (продовольствие, средства, необходимые для оказания скорой помощи, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, лекарственные средства, медицинские изделия, технические средства реабилитации, топливо, отсутствие которых приведет к нарушению нормального жизнеобеспечения);

- осуществление закупок после одностороннего расторжения контракта заказчиком;

- осуществление закупок лекарственных средств для лечения конкретного пациента;

- извещение публикуется не менее чем за 4 рабочих дня до даты окончания подачи заявок, изменение возможно при оставшемся сроке приема заявок не менее 3 дней;

– укороченный срок подписания контракта: в течение 2 рабочих дней рассматриваются заявки, 1 рабочий день отводится на размещение проекта контракта, 1 рабочий день — на подписание участником закупки проекта контракта, 1 рабочий день (но не ранее истечения 2 рабочих дней со дня размещения протокола) отводится на подписание контракта;

– протокол разногласий, изменение количества товара (объема работ, услуг) не предусмотрены.

Таким образом, с момента размещения извещения в ЕИС до заключения контракта может пройти всего 9 рабочих дней.

5. Существуют также закрытые конкурентные способы закупок, которые применяются в случаях закупок, связанных с государственной тайной, закупок для государственных фондов драгоценных металлов и драгоценных камней, закупок для федеральных органов исполнительной власти, закупок, связанных с вооружением, исследованием и использованием космического пространства и т.п.

Для всех конкурентных закупок в рамках 44-ФЗ действует множество ограничений, среди которых необходимо упомянуть запреты по допуску и ограничения для ряда иностранных товаров (имеются полные ограничения, имеются ограничения по принципу «третий лишний», т.е. иностранный товар отклоняется при наличии как минимум двух заявок с разным отечественным товаром), иностранного программного обеспечения и пр.; кроме того, есть условия допуска для некоторых групп товаров. В некоторых случаях участникам размещения заказа, таким как учреждения и предприятия уголовно-исполнительной системы, организации инвалидов, предоставляются преимущества по определенному перечню товаров. С 2021 г. также законодательно закреплена обязанность заказчиков осуществлять закупки российской продукции в установленной Правительством РФ минимальной обязательной доле. Отслеживание соблюдения всех указанных ограничений и прочих требований к закупке (требования каталога товаров, работ и услуг, типовых контрактов и пр.) осуществляет ФАС.

Закупки в рамках Федерального закона № 223-ФЗ. Условия применения данного закона в учреждениях здравоохранения:

1. Утверждение положения о закупке до начала года осуществления закупок.

2. Положение о закупке должно содержать:

- порядок подготовки и (или) осуществления закупки;
- способы закупок и условия их применения;
- срок заключения договора по результатам конкурентной закупки;
- особенности участия субъектов малого и среднего предпринимательства в закупках.

3. Положение о закупке утверждается:

- органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя бюджетного учреждения;
- наблюдательным советом автономного учреждения.

Таким образом, способы закупок и условия их применения могут отличаться в учреждениях с учетом конкретного положения, утвержденного учредителем или наблюдательным советом.

Тем не менее Федеральный закон № 223-ФЗ содержит общие требования к проведению закупок и перечень возможных способов. Положением о закупке должны предусматриваться конкурентные и неконкурентные закупки, а также устанавливаться порядок осуществления таких закупок с учетом положений Федерального закона № 223-ФЗ.

Конкурентные закупки осуществляются в электронной форме, если иное не предусмотрено положением о закупке.

Конкурентные закупки осуществляются следующими способами:

1) путем проведения торгов: конкурса (открытый конкурс, конкурс в электронной форме, закрытый конкурс), аукциона (открытый аукцион, аукцион в электронной форме, закрытый аукцион), запроса котировок (запрос котировок в электронной форме, закрытый запрос котировок), запроса предложений (запрос предложений в электронной форме, закрытый запрос предложений);

2) иными способами, установленными положением о закупке.

Конкурентной закупкой является закупка, осуществляемая с соблюдением одновременно следующих условий:

1. Информация о конкурентной закупке сообщается заказчиком одним из следующих способов:

а) путем размещения в ЕИС извещения об осуществлении конкурентной закупки, доступного неограниченному кругу лиц, с приложением документации о конкурентной закупке;

б) посредством направления приглашений принять участие в закрытой конкурентной закупке в случаях, которые предусмотрены статьей 3.5 Федерального закона № 223-ФЗ, с приложением документации о конкурентной закупке не менее чем двум лицам, которые способны осуществить поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг, являющихся предметом такой закупки.

2. Обеспечивается конкуренция между участниками конкурентной закупки за право заключить договор с заказчиком на условиях, предлагаемых в заявках на участие в такой закупке, окончательных предложениях участников такой закупки.

3. Описание предмета конкурентной закупки осуществляется с соблюдением требований частью 6.1 статьи 3 Федерального закона № 223-ФЗ.

Неконкурентной закупкой является закупка, условия осуществления которой не соответствуют условиям, предусмотренным для конкурентных закупок. Способы неконкурентной закупки, в том числе закупка у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика), устанавливаются положением о закупке.

Правительство Российской Федерации вправе установить перечень товаров, работ, услуг, закупка которых осуществляется в электронной форме (постановление Правительства РФ от 21.06.2012 № 616).

Конкурентные и неконкурентные закупки с ценой договора более 100 тыс. руб. (при выручке менее 5 млрд руб. в год) должны быть включены в план закупок не позднее, чем в день размещения закупки (исключением являются закупки, информация о которых не подлежит размещению, закупки вследствие аварии, иных чрезвычайных ситуаций природного или техногенного характера, обстоятельств непреодолимой силы, при необходимости срочного медицинского вмешательства, а также для предотвращения угрозы возникновения указанных ситуаций).

Описание основных способов закупки (аукцион, конкурс, запрос котировок) схоже с требованиями Федерального закона № 44-ФЗ, но отличаются сроки:

– извещение о проведении аукциона или конкурса размещается не менее чем за 15 дней до даты окончания срока подачи заявок;

– извещение о проведении запроса котировок размещается не менее чем за 5 рабочих дней до даты окончания срока подачи заявок.

Кроме того, есть способ закупки, схожий с конкурсом, но имеющий сокращенный срок подачи заявок, — запрос предложений с размещением извещения не менее чем за 7 рабочих дней до дня проведения запроса.

В рамках Федерального закона № 223-ФЗ также необходимо соблюдение требований об ограничении участия (приоритет товаров российского производства, минимальная обязательная доля закупок отечественных товаров, преимущества субъектам малого и среднего предпринимательства и пр.).

5. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ЗАКУПКАХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Закупка включает множество этапов, в каждом из которых участвуют разные сотрудники учреждений. Часть этапов требует подписи членов контрактной службы и комиссии заказчика (размещение извещений, протоколов, проектов контрактов), часть осуществляется с подписью первого лица (утверждение плана-графика, извещений о закупке, подписание контрактов, документов о приемке, различных отчетов).

При составлении документации необходимо обеспечить активное участие заявителя — потребителя закупки, в том числе:

– в подготовке и согласовании технического задания, которое включено в извещение или документацию о закупке (для достижения максимально возможной вероятности закупки того, что требуется, с учетом ограничений Федеральных законов № 44-ФЗ и № 223-ФЗ);

– анализе заявок участников размещения заказа (в рамках работы комиссии заказчика, т.е. необходимо их включение в состав комиссии для оперативного и точного определения соответствия характеристик предложенного товара, работы, услуги начальному запросу и техническому заданию).

При закупках в медицинских учреждениях учитываются следующие основные ограничения:

1. Ограничения при закупке лекарственных средств, установленные постановлением Правительства РФ от 17.10.2013 № 929 «Об установлении предельного значения начальной (максимальной) цены контракта (цены лота), при превышении которого не могут быть предметом одного контракта (одного лота) лекарственные средства с различными международными непатентованными наименованиями или при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями», в случае объема закупок лекарственных средств в предыдущем году менее 500 млн руб. ограничение на один лот составляет 1 млн руб.

2. С 1 июля 2021 г. вступило в силу постановление Правительства РФ от 19.04.2021 № 620 «О требовании к формированию лотов при осуществлении закупок медицинских изделий, являющихся объектом закупки для обеспечения государственных и муниципальных нужд», согласно которому при осуществлении закупок медицинских изделий не могут быть предметом одного контракта (одного лота) медицинские изделия различных видов в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий по видам, утвержденной Минздравом России, при условии, что значение начальной (максимальной) цены контракта (цены лота) превышает:

- 600 тыс. рублей — для заказчиков, у которых объем денежных средств, направленных на закупку медицинских изделий в предшествующем году, составил менее 50 млн рублей;

- 1 млн рублей — для заказчиков, у которых объем денежных средств, направленных на закупку медицинских изделий в предшествующем году, составил от 50 млн рублей до 100 млн рублей;

- 1,5 млн рублей — для заказчиков, у которых объем денежных средств, направленных на закупку медицинских изделий в предшествующем году, составил более 100 млн рублей.

3. Ограничения в части формирования лотов с учетом применения национального режима (статья 14 Федерального закона № 44-ФЗ) — не разрешается объединять в одну закупку товары, работы, услуги, на которые действуют ограничения из разных нормативных правовых актов или ограничения отсутствуют.

Необходимо отметить, что по итогам действий заказчика или комиссии участники размещения заказа могут направлять жалобы в Управление Федеральной антимонопольной службы (далее — УФАС). Наиболее частыми жалобами, встречающимися на практике, являются жалобы на требования, установленные в извещении, на неправомерное отклонение заявки, неправомерное признание участника уклонившимся от заключения контракта. Кроме того, потенциальные участники размещения заказа могут подать запрос о разъяснении документации, на который необходимо ответить, даже если он по сути является не запросом, а предложением о внесении изменений или завуалированной формой жалобы.

При поступлении в территориальный орган УФАС любой из названных выше жалоб контролирующий орган направляет заказчику уведомление о принятии жалобы к рассмотрению и рассмотрении дела, в котором сообщается следующая основная информация: податель жалобы, краткая суть жалобы (на что жалуется участник размещения заказа), номер извещения о закупке, время и место рассмотрения жалобы, документы, которые необходимо предоставить заказчику для рассмотрения. Текст жалобы заявитель должен направить заказчику сам, однако в подавляющем большинстве случаев этого не происходит, тем не менее контролирующий орган, как правило, не отказывает в направлении копии жалобы заказчику для ознакомления и подготовки к заседанию. В уведомлении также сообщается, что УФАС России приостанавливает определение поставщика (подрядчика, исполнителя) в части заключения контракта. Здесь важно отметить, что процедура приостанавливается именно в части заключения контракта, но все предшествующие данной стадии закупки этапы необходимо продолжать выполнять в соответствии с регламентом.

При поступлении жалобы на требования извещения или документации чаще всего обжалуются требования к товару (работе, услуге), установленные заказчиком. В этой ситуации необходимо тщательно подготовить обоснование устанавливаемых требований с учетом предполагаемого использования закупаемого товара. Следует четко понимать, для чего установлено каждое из требований, и, если, например, в документации указано, что кювета должна иметь возможность использования

на «анализаторе 1» и «анализаторе 2», необходимо понимать, что указанные анализаторы должны быть на балансе учреждения и именно этим обосновывается данное требование. Важно, чтобы в заседании в УФАС принимал участие специалист, который составлял исходное техническое задание и который был включен в состав комиссии заказчика, поскольку именно грамотное обоснование необходимости установленных требований имеет значение для вынесения итогового решения по жалобе, — в большинстве случаев УФАС относится с пониманием к требованиям в документации, если они имеют четкое и логичное обоснование.

В случае жалобы на неправомерное отклонение заявки от участия в торгах в большей степени имеет значение формальное следование процедуре рассмотрения заявки. Для успешного исхода дела необходимо четко устанавливать требования в документации с целью исключения неоднозначного их толкования. Например, указание требования в рамках описания тест-систем: «чувствительность должна быть не менее 94–96%» — не позволяет однозначно понять, что нужно заказчику — диапазон чувствительности (94–95%) или конкретное значение в указанном диапазоне (например, 95%), которое обычно требуется указать в заявке. Следовательно, любое из отклонений в заявке по приведенному в примере требованию, скорее всего, будет признано органом УФАС незаконным и заказчику будет выдано предписание об устранении нарушения — отмене протокола, внесении изменений в документацию с возможным наложением штрафа на каждого из членов комиссии, а возможно, и на заказчика (его руководителя), установившего подобные требования и утвердившего документацию.

Часто встречаются случаи несоответствия характеристик, указанных в заявке, и тех, которые находит заказчик по данному товару в инструкциях на просторах Интернета, в лучшем случае на сайте производителя. Здесь также следует внимательно сопоставлять модель (марку) товара с учетом всех буквенных и цифровых обозначений, указанных в заявке, и тех, что найдены в открытых источниках, и только в случае полной уверенности в их идентичности и при этом несовпадении характеристик принимать решение об отклонении. Нередко участники указывают неполную маркировку товара, что не позволяет четко

идентифицировать модель, а затем, даже с участием производителя, который также заинтересован в реализации товара, выпускают на этот товар специальную инструкцию, несколько измененную по сравнению с реальностью, где все характеристики будут соответствовать требованиям документации (иногда предоставляется просто письмо производителя о характеристиках товара). В данном случае без технической экспертизы не обойтись, но участника придется допустить к торгам и только на этапе приемки товара (в случае его выигрыша и заключения контракта) выявлять недостоверность указанных сведений. Необходимо отметить, что в последнее время УФАС с неохотой принимает в качестве доказательств характеристики товара, указанные на сайте производителя, не говоря уже о других источниках информации (поскольку характеристики могут измениться, а информация подвержена устареванию), и только свежие письма производителя о характеристиках товара могут служить доказательством при разбирательстве.

Коротко остановимся на вопросе о приемке товара. Как уже отмечалось в абзаце о соответствии товара характеристикам, указанным в заявке, зачастую выявить некачественный товар можно лишь на этапе его приемки, поэтому данный этап представляется очень важным. В случае отсутствия специалистов в штате учреждения, при наличии неуверенности в соответствии товара необходимо заказать внешнюю экспертизу, что является правом заказчика. Не надо забывать, что при приемке товара, не соответствующего требованиям контракта, ответственность ложится на руководителя, который может быть обвинен в нецелевом расходовании средств. Аналогичная ситуация складывается с работами и услугами — нужно точное соответствие объемов выполненных работ, оказанных услуг тому, что указано в актах. В актах о приемке необходимы визы ответственных лиц, которые составляли заявку на закупку, и только после этого при отсутствии сомнений в идентичности информации в контракте, актах и реальных характеристиках товара (работы, услуги) руководитель ставит свою подпись о приемке и оплате поставки.

ГЛАВА 2.

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Правоотношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования (далее — ОМС), регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Обязательное медицинское страхование — один из видов обязательного социального страхования, представляющий собой систему мер, принимаемых государством и направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Федеральным законом № 326-ФЗ случаях в пределах базовой программы ОМС.

Система ОМС в Российской Федерации состоит из ряда уровней, за которыми закреплены определенные полномочия.

1. Федеральный уровень, к полномочиям которого относятся:

1) разработка и реализация государственной политики в сфере ОМС;

2) организация ОМС на территории Российской Федерации;

3) установление круга лиц, подлежащих ОМС;

4) установление тарифов страховых взносов на ОМС и порядка взимания страховых взносов на ОМС;

5) утверждение базовой программы ОМС и единых требований к территориальным программам ОМС;

6) установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов ОМС;

7) финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти.

Оперативное управление системой ОМС в Российской Федерации осуществляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, для этого он:

1) издает нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению территориальными фондами переданных полномочий;

2) предоставляет субвенции из своего бюджета бюджетам территориальных фондов для финансирования переданных полномочий;

3) осуществляет контроль за соблюдением законодательства об ОМС и использованием средств ОМС, в том числе проводит проверки и ревизии, решает иные задачи.

2. *Региональный уровень* включает в себя как полномочия Российской Федерации в сфере ОМС, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, так и собственные региональные полномочия.

2.1. *К переданным полномочиям в сфере ОМС относятся:*

1) утверждение территориальных программ ОМС, соответствующих единым требованиям базовой программы ОМС, и реализация базовой программы ОМС на территориях субъектов Российской Федерации в пределах и за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов ОМС;

2) утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утверждаемыми уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (далее — Правила ОМС), для страховых медицинских организаций;

3) администрирование доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих

от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения на территориях субъектов Российской Федерации;

4) контроль за использованием средств ОМС на территориях субъектов Российской Федерации, в том числе проведение проверок и ревизий;

5) финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС;

6) обеспечение прав граждан в сфере ОМС на территориях субъектов Российской Федерации и др.

Финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации (переданных полномочий) осуществляется за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов ОМС.

Глава субъекта Российской Федерации при осуществлении переданных полномочий:

1) принимает решение о создании в случае отсутствия на территории субъекта Российской Федерации некоммерческой организации — территориального фонда ОМС (далее — территориальный фонд);

2) утверждает структуры управления территориального фонда по согласованию с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее — Федеральный фонд);

3) назначает на должность и освобождает от должности руководителя территориального фонда по согласованию с Федеральным фондом;

4) обеспечивает в установленном порядке своевременное представление в Минздрав России и Федеральный фонд отчетности и других сведений о деятельности системы ОМС на территории региона.

Итак, система ОМС в России регулируется исключительно федеральным уровнем власти, им же осуществляется финансирование медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения. Развитие регионального компонента системы ОМС передано на региональный уровень, но в виде делегированных полномочий, следовательно, при нарушении условий их реализации может быть изъято.

2.2. К непосредственным полномочиям регионов в сфере ОМС относятся:

- 1) уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения;
- 2) установление в территориальных программах ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;
- 3) финансовое обеспечение и реализация территориальных программ ОМС в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов;
- 4) утверждение бюджетов территориальных фондов и отчетов об их исполнении.

Таким образом, действующую систему управления ОМС можно назвать централизованной, так как через единые нормативные правовые акты государство реализует общие правила на всей территории страны, что позволяет гарантировать населению объемы бесплатной медицинской помощи — этим реализуется принцип солидарности, т.е. отчисления граждан на медицинскую помощь не зависят от высоких рисков потребления медицинской помощи при наличии равных прав на ее получение.

Субъектами ОМС являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

Застрахованными в системе ОМС признаются физические лица, на которых распространяется ОМС в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, указанные лица имеют полис ОМС. Застрахованные лица имеют право:

- 1) на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;
- 2) выбор страховой медицинской организации;
- 3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года, но не позднее 1 ноября;
- 4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации программ ОМС;

5) выбор врача;

6) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации;

7) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, а также иные права.

Наряду с этим застрахованные лица обязаны при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе или документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет — свидетельство о рождении).

Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом.

Оплата медицинской помощи в системе ОМС осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда, денежные средства в который поступают путем (рис. 22):

1) уплаты страховых взносов от страхователей:

– для работающих граждан это юридические лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, а также индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы и иные лица, занимающиеся частной практикой;

– для неработающего населения это уполномоченные органы исполнительной власти регионов;

2) направления части доходов из федерального бюджета;

3) получения доходов от размещения временно свободных средств;

4) поступлений из иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Участниками ОМС являются:

1) территориальные фонды;

2) страховые медицинские организации;

3) медицинские организации.

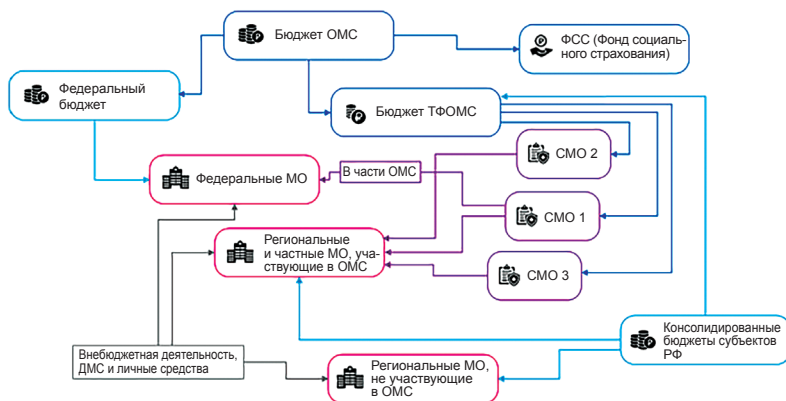


Рисунок 22. Схема финансирования системы ОМС в Российской Федерации

Система ОМС — модель доведения денежных средств до медицинских организаций. Заложенные в ней механизмы направлены на рациональное потребление имеющихся ресурсов. Для этого финансирование медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется при заболеваниях путем оплаты за обращение или через подушевое финансирование, в стационарных условиях — по законченному случаю; все это стимулирует медицинские организации к поиску эффективных способов лечения и благополучной выписке пациента.

Как указывалось ранее, территориальный фонд создается субъектом РФ в рамках переданных полномочий, по согласованию с Федеральным фондом утверждается его структура и руководитель. К доходам бюджетов территориальных фондов относятся:

- 1) субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов, которые предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта Российской Федерации, размеру страхового взноса на ОМС неработающего населения, рассчитанному в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, а также при условии перечисления в бюджет Федерального фонда ежемесячно одной двенадцатой годового объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения;

2) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации (за исключением субвенций, предусмотренных пунктом 1);

3) платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы, а также средства на обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

4) доходы от размещения временно свободных средств;

5) межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в случаях, установленных законами субъекта Российской Федерации;

6) начисленные пени и штрафы, подлежащие зачислению в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

7) поступления из иных источников, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Расходы бюджетов территориальных фондов осуществляются в целях финансового обеспечения:

1) выполнения территориальных программ ОМС;

2) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий Российской Федерации в результате принятия соответствующих федеральных нормативных правовых актов;

3) исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих в результате принятия нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;

4) ведения дела по ОМС страховыми медицинскими организациями;

5) выполнения функций органа управления территориального фонда.

В составе расходов бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас, средства которого могут расходоваться:

1) на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС;

2) оплату расходов на медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории региона, в котором выдан полис ОМС;

3) оплату дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также на приобретение и выполнение ремонта медицинского оборудования, причем данные средства формируются за счет средств от применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

4) для финансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала;

5) финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

С целью защиты прав застрахованных граждан, а также для доведения средств до медицинских организаций участниками системы ОМС являются страховые медицинские организации (далее — СМО), которые не вправе осуществлять иную деятельность за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию.

СМО осуществляют свою деятельность в сфере ОМС на основании договора о финансовом обеспечении ОМС, договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенного между СМО и медицинской организацией.

В случае если на территориях субъектов Российской Федерации отсутствуют СМО, их полномочия осуществляются территориальным фондом до дня начала осуществления деятельности СМО.

Целевые средства СМО формируются за счет:

1) средств, поступивших от территориального фонда на финансовое обеспечение ОМС;

2) средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные

при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

- 100% средств по результатам проведения медико-экономического контроля,
- 50% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи,
- 50% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы,
- 50% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

СМО получают вознаграждение на ведение дел в размере 1–2% от суммы средств, поступивших в нее. СМО также получают доход (от 10 до 25%) от применения к медицинским организациям санкций за выявленные нарушения при проведении контроля сроков, объемов, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинские организации выставляют СМО счета на оплату оказанной помощи, исходя из установленных территориальной комиссией для каждой медицинской организации годовых лимитов объемов медицинской помощи в рамках государственного задания. Однако СМО не несут финансовых рисков при превышении годовых объемов медицинской помощи.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальным программам ОМС, на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС.

Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, а также не вправе отказать застрахованным

лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами ОМС.

Учет по операциям со средствами ОМС в организациях ведется раздельно.

Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии с установленными в регионах тарифами, которые являются едиными для всех СМО, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС отдельного региона. Они устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между региональным министерством здравоохранения, территориальным фондом, СМО, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии.

Важно отметить, что медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, оплачивается за счет средств лица, причинившего вред. Для этого СМО возмещает расходы, связанные с травмой, а далее предъявляет судебный иск к виновному лицу.

Расходы на медицинскую помощь, связанные с произошедшим тяжелым несчастным случаем на производстве, возмещаются медицинской организации не из бюджета фонда ОМС, а из бюджета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения страховой медицинской организацией или территориальным фондом медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС. При этом медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.

ГЛАВА 3.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — ППГ) представляет собой нормативный документ перспективного планирования на федеральном уровне, регламентирующий правила оказания бесплатной медицинской помощи за счет государственных средств (бюджеты разных уровней и средства ОМС). Главными нормативными документами, на основании которых она создается являются Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В ППГ определено какая медицинская помощь может оказываться в РФ бесплатно и сколько на нее будет потрачено средств.

ППГ утверждается Правительством РФ на три года (на очередной финансовый год и на плановый период).

Важно подчеркнуть, что ППГ описывает не только финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС,

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи представляет собой нормативный документ перспективного планирования на федеральном уровне, регламентирующий правила оказания бесплатной медицинской помощи за счет государственных средств.

Важно подчеркнуть, что ППГ описывает не только финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС, но и оплату медицинской помощи из федерального и регионального бюджетов!

но и оплату медицинской помощи из федерального и регионального бюджетов!

В соответствии со статьей 80 Федерального закона № 323-ФЗ ППГ формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

ППГ включает следующие разделы: общие положения; перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно; перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно; категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно; базовая программа ОМС; финансовое обеспечение ППГ; средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования; требования к территориальной ППГ в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи; критерии доступности и качества медицинской помощи (без целевых значений для РФ).

ППГ включает перечень высокотехнологичной медицинской помощи с указанием методов лечения и источников ее финансирования (за счет федерального бюджета и средств ОМС), а также перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, утвержденные Правительством РФ (далее — Перечни).

На основе ППГ устанавливаются требования к территориальной программе государственных гарантий (далее — ТППГ), принимаемой ежегодно в каждом субъекте Российской Федерации (рис. 23).

В соответствии с источниками финансирования ППГ содержит 2 части: бюджетную и ОМС — базовую программу ОМС. Средства ОМС составляют более 70% стоимости всей ППГ, централизуются в Федеральном фонде ОМС и обеспечивают стабильность финансирования здравоохранения РФ. В территориальной ППГ составляющая ОМС называется территориальной программой ОМС (далее — ТПОМС) (рис. 24).



Рисунок 23. Формирование и утверждение ПГГ



Рисунок 24. Структура ПГГ по источникам финансирования

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой ОМС, являются едиными на всей территории РФ.

В рамках базовой программы ОМС оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, в следующих случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и СПИД;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

В рамках базовой программы ОМС изложены требования к формированию тарифов.

В соответствии со статьей 35 Федерального закона № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи включает

в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 руб. за единицу.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство РФ вправе установить особенности реализации базовой программы ОМС.

При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам:

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, за исключением расходов, указанных в ППГ на соответствующий год, например, на проведение КТ, МРТ, УЗИ, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и др.;

– за посещение или обращение (обращение – это законченный случай амбулаторного лечения, включающий два и более посещения, а также необходимые медицинские услуги).

2. За случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний), в том числе за прерванный случай госпитализации

в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и другие случаи.

3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

4. При оплате скорой медицинской помощи (вызов), оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи).

Для экономического расчета ПГТ используют следующие показатели:

– объем медицинской помощи — это количественный показатель, характеризующий число посещений/обращений/оказанных услуг (для амбулаторной помощи), законченных случаев (для стационарной помощи), выездов (для скорой медицинской помощи) в расчете на одного жителя, например средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи — сумма расходов на оказание одной соответствующей услуги, например, специализированная медицинская помощь, в том числе ВМП, в условиях круглосуточного стационара 22 815,3 рублей на один законченный случай;

– подушевой норматив финансирования — норматив финансирования медицинской помощи на одного гражданина в год.

Каждый из данных показателей в ПГТ отдельно приводится для разных источников финансирования: отдельно для бюд-

жета (федерального или регионального), отдельно за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования.

Следует различать «Подушевой норматив финансирования» и «Подушевой норматив финансирования на одно прикрепившееся лицо» («Частичное фондодержание»). Первый показатель демонстрирует средние затраты

Каждый из данных показателей в ПГТ отдельно приводится для разных источников финансирования: отдельно для бюджета (федерального или регионального), отдельно за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования.

на одного гражданина в год с учетом всех усредненных объемов ее оказания по всем видам помощи и средних нормативов расходов на соответствующий вид помощи. Второй показатель характеризует финансирование амбулаторной помощи, включающей неограниченное количество посещений в год медицинской организации, проведение дополнительных обследований, и рассчитывается исходя из количества прикрепленных граждан. В некоторых случаях в данный норматив могут включаться расходы на оказание скорой и/или стационарной помощи. При включении всех видов помощи в данный показатель, такой метод оплаты называется — «Полное фондодержание». Медицинская организация, получатель «подушевого норматива на одно прикрепленное лицо», оплачивает за счет данных средств все медицинские услуги, которые оказаны в данной либо иной медицинской организации.

Для наглядности оценки динамики развития ПГТ ниже проведено сравнение ПГТ 2016 года и ПГТ 2022 года (табл. 37).

Как видно из таблицы, развитие ПГТ идет в следующих направлениях:

1. Базовая программа ОМС все более детализируется, что обуславливает повышение доступности медицинской помощи. Видно, что детализированы посещения с профилактической целью (графа 4, строки 5–8), в обращениях в связи с заболеваниями выделено проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (графа 4, строки 12–18). В первичной медико-санитарной помощи предусмотрены обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (графа 4, строка 19). В предыдущих ПГТ медицинская реабилитация предусматривалась только в виде специализированной медицинской помощи. В дневном стационаре выделены случаи лечения по онкологии и для экстракорпорального оплодотворения (графа 4, строки 22, 23). В круглосуточном стационаре также предусмотрен отдельный норматив для госпитализации пациентов с онкологическими заболеваниями (графа 4, строка 26). В бюджетной составляющей произошла детализация объемов паллиативной помощи. Видно, что в настоящее время в ПГТ по паллиативной помощи планируются объемы не только для стационарной помощи, но и для первичного звена (графа 11, строки 31, 32).

2. Увеличиваются объемы медицинской помощи с профилактической целью по базовой программе ОМС на 25% (графа 5, строка 3) и бюджетной составляющей ПГГ на 22% (графа 9, строка 3); уменьшается количество обращений в связи с заболеваниями по базовой программе ОМС на 10% (графа 5, строка 10) и бюджетной составляющей ПГГ на 28% (графа 9, строка 10); увеличиваются объемы медицинской помощи в условиях дневного стационара на 18% по базовой программе ОМС (графа 5, строка 20) без изменения для бюджетной составляющей ПГГ (графа 9, строка 20). В условиях круглосуточного стационара по базовой программе ОМС объем медицинской помощи увеличивается на 3% (графа 5, строка 24), по бюджетной составляющей — снижается практически на 30% (графа 9, строка 24). Объемы скорой медицинской помощи по базовой программе ОМС имеют тенденцию к снижению (графа 5, строка 34).

3. Стоимость ПГГ увеличивается как за счет базовой программы ОМС на 78% (графа 7, строка 35), так и за счет бюджетной составляющей на 11% (графа 11, строка 35).

Таблица 37

Сравнительная характеристика ПГТ 2016 и 2022 годов

№ строки	Вид медицинской помощи, условия оказания	Единица измерения	В рамках базовой программы ОМС				За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов			
			Средние нормативы объема		Средние нормативы затрат на единицу объема медицинской помощи, руб.		Средние нормативы объема		Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, руб.	
			2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	1. Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях,									
2.	в том числе:									
3.	с профилактической и иными целями — всего,	посещения	2,35	2,93	358,7	679,8	0,6	0,73	388,4	493,1
4.	из них:									
5.	для проведения профилактических медицинских осмотров	комплексные посещения	х	0,272	х	2015,9	х	х	х	х
6.	для проведения дистансеризации — всего,	комплексные посещения	х	0,263	х	2492,5	х	х	х	х
7.	в том числе для углубленной дистансеризации	комплексные посещения	х	х	х	1017,5	х	х	х	х

Продолжение таблицы 37

№ строки	Вид медицинской помощи, условия оказания	Единица измерения	В рамках базовой программы ОМС						За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов			
			Средние нормативы объема		Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, руб.		Средние нормативы объема		Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, руб.			
			2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
8.	для посещений с иными целями	посещения	x	2,395	x	329	x	x	x	x		
9.	в неотложной форме	посещения	0,56	0,54	459,2	713,7	x	x	x	x		
10.	в связи с заболеваниями — всего,	обращения	1,98	1,7877	1005	1599,8	0,2	0,144	1126,5	1429,9		
11.	из них проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований:											
12.	КТ	исследования	x	0,04632	x	2542	x	x	x	x		
13.	МРТ	исследования	x	0,02634	x	3575	x	x	x	x		
14.	УЗИ сердечно-сосудистой системы	исследования	x	0,08286	x	492,1	x	x	x	x		
15.	эндоскопическое диагностическое исследование	исследования	x	0,02994	x	923,3	x	x	x	x		

16.	молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	исследования	x	0,00092	x	8174,2	x	x	x	x
17.	патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	исследования	x	0,01321	x	2021,2	x	x	x	x
18.	тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	исследования	x	0,12838	x	600,5	x	x	x	x
19.	обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»	обращения	x	0,00287	x	18 438,4	x	x	x	x
20.	2. В условиях дневных стационаров (ПМП, специализированная медицинская помощь) — всего,	случаи лечения	0,06	0,07094	11 430	23 885,9	0,004	0,004	11498	14 603,9
21.	в том числе:									
22.	для оказания медицинской помощи по профилю «Онкология»	случаи лечения	x	0,009388	x	79 186,3	x	x	x	x
23.	для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	случаи лечения	x	0,000522	x	12 7809,8	x	x	x	x

Окончание таблицы 37

№ строки	Вид медицинской помощи, условия оказания	Единица измерения	В рамках базовой программы ОМС						За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов			
			Средние нормативы объема		Средние нормативы затрат на единицу объема медицинской помощи, руб.		Средние нормативы объема		Средние нормативы затрат на единицу объема медицинской помощи, руб.			
			2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
24.	3. Специализированная медицинская помощь, в том числе ВМП, в условиях круглосуточного стационара – всего,	случаи госпитализации	0,1721	0,17754	22 815,3	39 385	0,021	0,0146	66 612,3	84 587,5		
25.	в том числе:											
26.	для оказания медицинской помощи по профилю «Онкология»	случаи госпитализации	x	0,010582	x	102 276	x	x	x	x		
27.	для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях и реабилитационных отделениях медицинских организаций	случаи госпитализации	0,039 (кой-ко-дня)	0,005403	1573,2 (кой-ко-дня)	42 288,7	x	x	x	x		
28.	4. Паллиативная медицинская помощь											

29.	первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная — всего,	посещения	x	x	x	x	x	x	0,028	x	x	x
30.	в том числе:											
31.	посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами	посещения	x	x	x	x	x	x	0,0208	x		443,2
32.	посещения на дому выездными патронажными бригадами	посещения	x	x	x	x	x	x	0,0072	x		2216,4
33.	паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи, койки сестринского ухода)	койко-дни	x	x	x	x	x	x	0,092	1785,1	2620,6	
34.	5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	вызовы	0,3	0,29	1747,7	2884,7			Определяет субъект РФ	Определяет субъект РФ. Медицинская помощь авиамедицинскими выездными бригадами в 2022 году — 6841,3		
35.	Подушевой норматив финансирования		x	x	8438,9	15 062,9	x	x	x	3488,6	3875,3	

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — ТПГГ) включает территориальную программу ОМС, утверждается органом государственной власти субъекта РФ также на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) (рис. 25).

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи содержит разделы, аналогичные ПГГ, а также дополнительную информацию и дополнительные приложения.

Так, ТПГГ включает порядок и условия предоставления медицинской помощи; порядок реализации установленного законодательством РФ права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта РФ; перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках ТПГГ; порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

ТПГГ устанавливаются с учетом региональных коэффициентов нормативов объема медицинской помощи и ее финансирования на уровне не ниже средних нормативов, установленных на федеральном уровне ПГГ. На их основе рассчитывается подушевой норматив финансового обеспечения.

Кроме того, ТПГГ включает целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными ПГГ.

Дополнительными приложениями, в сравнении с ПГГ, являются: перечень лекарственных препаратов по региональной льготе; перечни медицинских организаций, участвующих в ТПГГ за счет средств ОМС и бюджета; перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Для разработки ТПОМС в субъекте РФ создается комиссия, в состав которой входят представители регионального министерства здравоохранения, ТФОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, а также представители медицинских профессиональных некоммерческих органи-

заций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории региона.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с ТПОМС, распределяются решением комиссии между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц; количества застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях; потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных ТПОМС.

Для участия медицинской организации в ТПОМС она должна подать заявление в комиссию до 1 сентября года, предшествующего финансовому периоду. Выделенные комиссией объемы принимаются медицинскими организациями на основании заключаемого договора, т.е. являются добровольным волеизъявлением и могут меняться в течение года на основании дополнительных соглашений.



Рисунок 25. Блок-схема взаимодействия субъектов и участников ОМС

Расчет стоимости ТПГГ производится по формуле:

Стоимость ТПГГ = стоимость ТПОМС + стоимость бюджетной составляющей ТПГГ = подушевой норматив финансирования ТПОМС × количество застрахованных + подушевой норматив финансирования по бюджету × количество населения.

Исполнение подушевого норматива финансирования по ОМС является ответственностью Федерального фонда ОМС, он всегда выполняется. Следует отметить, что размер субвенции Федерального фонда ОМС по существу равен стоимости ТПОМС и направляется в субъект РФ в строгом соответствии с расчетом.

Что касается исполнения бюджетного подушевого норматива, то его исполнение является ответственностью органа государственной власти субъекта РФ и не всегда выполняется, что связано с состоянием доходной части бюджета субъекта РФ.

Если бюджетный подушевой норматив не выполняется, то прежде всего это будет отражаться на реализации региональной льготы при амбулаторном обеспечении населения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, обеспечении лекарственными препаратами пациентов с орфанными заболеваниями и доступности высокотехнологичной медицинской помощи по 2-му списку (постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497).

При оказании медицинской помощи в рамках ПГГ и ТПГГ не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов и медицинских изделий, включенных в Перечни, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи;

2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов и медицинских изделий, не входящих в перечни, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям по решению врачебной комиссии;

3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям,

установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) предоставление спального места и питания одному из родителей или иному члену семьи (или законному представителю) при совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста — при наличии медицинских показаний;

5) транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в случае необходимости проведения ему диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту, в целях выполнения порядков медицинской помощи, клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи;

6) транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, утилизация биологического материала;

7) медицинская деятельность, связанная с донорством органов и тканей человека, в том числе костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, в целях трансплантации (пересадки), включающая проведение мероприятий по медицинскому обследованию донора, обеспечение сохранности донорских органов и тканей до их изъятия у донора, изъятие донорских органов и тканей, хранение и транспортировку донорских органов и каней.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, Федеральный фонд ОМС и высшие исполнительные органы государственной власти субъектов РФ (губернатор) заключают соглашения о реализации ТППГ, в том числе ТПОМС, в порядке, установленном Правительством РФ, по форме, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти ежегодно осуществляет мониторинг формирования, экономического обоснования ТППГ и производит оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом ОМС — территориальных программ ОМС.

ГЛАВА 4.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Деятельность в сфере реализации платных медицинских услуг направлена на обеспечение доступности медицинской помощи, повышение конкурентоспособности на рынке предоставления медицинской помощи и получение дополнительных денежных средств учреждением.

Согласно части 5 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также Правилам предоставления платных медицинских услуг (пункты 7, 10), медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право на оказание платных медицинских услуг на иных условиях, чем предусмотрено программами государственных гарантий, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Правила предоставления платных медицинских услуг (постановление Правительства Российской Федерации от 01.09.2023 № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006» и письмо Минздрава России от 04.07.2018 № 17-2/10/2-4323) предусматривают их предоставление на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке, перечня предоставляемых услуг (приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее — Номенклатура)), прейскуранта цен на оказываемые медицинские услуги. При формировании такого прейскуранта оказываемые медицинские услуги опи-

сываются более детально, чем они приведены в Номенклатуре, возможно расширение перечня медицинских услуг относительно предусмотренного Номенклатурой. Например, медицинская услуга в Номенклатуре выглядит так:

A19.30.009.002	Групповое занятие лечебной физкультурой в бассейне
----------------	--

Эта же медицинская услуга в прейскуранте имеет следующий вид:

A19.30.009.002.001	Групповое занятие лечебной физкультурой в бассейне (дети в количестве до пяти человек — 30 минут)
--------------------	---

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Минздравом России.

На возмездной основе медицинские услуги предоставляются:

- гражданам, не имеющим документально подтвержденных оснований (медицинский полис ОМС) на получение медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;
- пациентам, которые размещаются в палатах повышенной комфортности;
- по личной инициативе пациента;
- гражданам иностранных государств;
- лицам без гражданства.

Порядок и условия организации оказания медицинской помощи на возмездной основе в каждой медицинской организации определяются Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг. Вопросы, касающиеся текущей работы, согласуются в рамках данного положения приказами, являющимися его неотъемлемой частью.

Обязательным условием предоставления платных медицинских услуг является добровольное информированное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг и заключение договора,

Порядок и условия организации оказания медицинской помощи на возмездной основе в каждой медицинской организации определяются Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг.

Обязательным условием предоставления платных медицинских услуг является добровольное информированное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг и заключение договора, который включает предмет договора, стоимость и порядок оплаты, права и обязанности сторон, информацию о предоставляемой медицинской услуге, ответственность сторон, порядок расторжения договора.

который включает предмет договора, стоимость и порядок оплаты, права и обязанности сторон, информацию о предоставляемой медицинской услуге, ответственность сторон, порядок расторжения договора. Договор заключается:

- со страховыми компаниями по программам добровольного медицинского страхования (ДМС);

- региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации — при оплате расходов на лечение пострадавших в результате тяжелой производственной травмы;

- юридическими лицами;
- физическими лицами.

Договоры со страховыми компаниями по ДМС носят, как правило, долгосрочный характер, заключаются на срок от 3 лет с возможностью дальнейшей пролонгации. Приложением к договору в обязательном порядке является программа страхования, включающая перечень медицинских услуг и условия оказания медицинской помощи. Взаимодействие между страховой компанией и лечебным учреждением по оказанию услуг может осуществляться посредством направлений (гарантийных писем) с указанием объема медицинской помощи или по спискам страховых компаний. На медицинские услуги, не оказанные в направлениях (гарантийных письмах) или в списках, требуется дополнительное согласование. Направление или список должны содержать следующую информацию: Ф.И.О. застрахованного, дату рождения, номер полиса добровольного медицинского страхования, перечень медицинских услуг.

Договоры с региональными отделениями Фонда социального страхования на оказание медицинской помощи застрахован-

ным, получившим тяжелую травму на производстве, заключаются отдельно на каждого застрахованного при наличии акта о несчастном случае на производстве по форме Н-1 при условии непрерывного листка нетрудоспособности. Травма должна относиться к категории «тяжелая» по медицинскому заключению по учетной форме № 315/у (Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», постановление Правительства Российской Федерации от 15.05.2006 № 286).

Договоры с юридическими лицами могут быть заключены как на одного пациента, так и на неограниченное число пациентов по определенному виду медицинской помощи, например договоры на проведение лабораторных исследований. Стоимость медицинских услуг по договорам с юридическими лицами определяется согласно плану лечения и приложению к договору, где указываются перечень предоставляемых услуг и их стоимость, которая может отличаться от утвержденной в прейскуранте. Незменной стоимостью является только для физических лиц, кроме случаев предоставления скидок.

Стоимость медицинских услуг по договорам с юридическими лицами определяется согласно плану лечения и приложению к договору, где указываются перечень предоставляемых услуг и их стоимость.

В практике медицинской организации наибольшее количество трудностей возникает при заключении договоров с физическими лицами. В случае если в договоре будут отсутствовать существенные условия, предусмотренные пункта 23 Правил, такой договор может быть признан судом незаключенным и к нему могут быть применены последствия недействительности сделки. К существенным условиям относятся:

- реквизиты сторон;
- информация о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;
- стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

– срок оказания и порядок оплаты услуг, условия и сроки ожидания платных медицинских услуг.

Иногда пациенты для того, чтобы не оплачивать услуги, приводят в судебном заседании доводы, что поставили свою подпись в договоре, не читая его, чтобы поскорее сделать операцию и избавиться от болей. Такие доводы являются необоснованными и несостоятельными и не освобождают пациента от оплаты уже оказанных услуг по следующим основаниям. Действующим гражданским законодательством установлено, что в случаях, когда гражданин способен выразить свою волю, обязательным условием медицинского вмешательства является предварительная договоренность о таковом, т.е. договор о медицинском вмешательстве, поскольку, согласно действующему ГК РФ (пункт 1 статьи 420), договором признается соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей. При этом подчеркивается добровольность согласия на медицинское вмешательство, действует свобода договора и прямой запрет на принуждение к заключению договора (статья 421 ГК РФ). Принцип свободы в заключении договора выражается в праве участников гражданского оборота самостоятельно решать, следует им заключать договор или нет, установлении для граждан и юридических лиц реальной свободы в выборе контрагента по договору, юридическом равенстве сторон в процессе достижения соглашения, из чего следует, что сторона, подписавшая договор без ознакомления с его условиями, должна осознавать риски наступления правовых последствий.

Следует также отметить, что подписывать такие договоры имеет право либо руководитель учреждения, либо иной сотрудник по доверенности, выданной руководителем. По окончании оказания услуг пациенту должен быть предоставлен акт об оказании услуг с указанием конкретных манипуляций, процедур, медикаментов и обследований, которые были проведены пациенту. Некоторые медицинские организации предлагают пациенту подписать акт об оказании услуг до проведения самой медицинской процедуры, что противоречит законодательству и может быть обжаловано пациентом в суде. Пациент может быть не согласен с количеством или качеством оказанных услуг и имеет право сделать об этом отметку в акте.

Не следует забывать, что до этапа госпитализации пациенту оказываются амбулаторные услуги и их нельзя включать в общий реестр оказанных услуг, а следует выделить в отдельный договор об оказании амбулаторных услуг. В противном случае произойдет удорожание лечения на сумму лабораторных и инструментальных исследований, а до пациента не будет доведена полная и достоверная информация о стоимости лечения. В случае судебного разбирательства суд обяжет медицинскую организацию исключить эту сумму из договора (решение Нижегородского районного суда от 15.03.2017 г. по делу № 2-372/2017).

Если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика) и заключить с ним дополнительное соглашение к договору.

Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 предусмотрено, что платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. В этом случае в законодательстве идет отсылка к статье 20 Федерального закона № 323-ФЗ, в которой говорится об информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство и отказе от медицинского вмешательства. Ни одним нормативным документом не установлено требование о подписании пациентом информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, однако из буквального толкования приведенных норм следует, что такое согласие пациентом должно быть подписано, в связи с чем представляется целесообразным разработать в медицинской организации, оказывающей услуги

Если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика) и заключить с ним дополнительное соглашение к договору.

на платной основе, форму такого согласия и утвердить ее приказом по организации.

Основные нарушения, которые допускаются медицинскими организациями при оказании платных медицинских услуг:

1. Ненадлежащим образом оформляются или вообще отсутствуют договоры на оказание платных медицинских услуг. В частности, в договорах отсутствуют сведения о месте получения платных медицинских услуг, номере лицензии на осуществление медицинской деятельности, условиях и сроках предоставления платных медицинских услуг, порядке изменения договора, не указывается должность лица, заключающего договор от имени исполнителя, стоимость оказываемых медицинских услуг.

2. Навязываются платные медицинские услуги (нарушение статьи 421 ГК РФ).

3. Отсутствует лицензия на осуществляемый вид деятельности.

4. Взимается плата за услуги, которые должны быть оказаны в рамках программы государственных гарантий.

5. До пациента не доводится в полном объеме информация о стоимости услуг.

6. Пациент не уведомляется о возможности получения им услуги в рамках программы государственных гарантий. При заключении договора потребителю (заказчику) должна быть в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (пункт 7 постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736). Данный пункт предоставляет потребителю возможность ознакомиться в доступной форме с данной информацией при заключении договора, но не устанавливает обязанность включать ее в текст договора.

В то же время включение подобного условия в договор по собственной инициативе будет являться для медицинской организации доказательством исполнения обязанности информирования потребителей о том, что услугу можно получить бесплатно.

В качестве выводов можно отметить, что надлежащее ведение медицинской документации служит основанием для оценки качества оказания медицинской помощи как при проведении внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи, так и при проведении внешних проверок и судебных разбирательств.

Корректный документооборот позволит медицинской организации проходить все проверки контролирующих органов без замечаний, медицинским работникам — избежать дисциплинарных взысканий, а также правильно и своевременно решать конфликтные ситуации с пациентами на досудебном этапе и отстаивать свои интересы в судебном порядке.

Можно выделить несколько категорий судебных дел, возбуждаемых в связи с оказанием платных медицинских услуг:

- взыскание с пациента не оплаченных по договору денежных средств (истец — медицинская организация);
- возврат денежных средств за ненадлежащим образом оказанные медицинские услуги (истец — пациент);
- признание договора о предоставлении платных медицинских услуг недействительным в связи с несоответствием договора требованиям законов и иных правовых актов, применение последствий недействительности сделки.

Относительно первой категории дел можно отметить, что бухгалтерии организации следует отслеживать и своевременно подавать в юридический отдел информацию об образовании дебиторской задолженности за оказанные платные медицинские услуги для подачи искового заявления и расчета неустойки.

В делах о возврате денежных средств за ненадлежащее оказание медицинской организацией услуги необходимо будет доказать, что услуги пациенту не могли быть оказаны в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в данной организации.

Кроме того, согласно постановлению Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, при заключении договора потребитель (заказчик) должен быть уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий в других лечебных учреждениях (пункт 7). Данная информация

в обязательном порядке должна быть отражена в условиях договора на оказание платных медицинских услуг.

Некоторые пациенты, помимо стоимости оказанных медицинских услуг, пытаются взыскать с медицинской организации также проценты по полученному ранее кредиту якобы на цели оплаты лечения. В таких случаях суду следует указывать, что представленные в материалах дела кредитный договор в рамках оформления потребительского кредита, иные документы, связанные с получением пациентом кредита и наличием у него кредитных обязательств, не имеют правового значения по рассматриваемому спору. Необходимо установить, на какие цели выдан кредит (чаще всего это цели личного потребления, что не имеет отношения к оказанным услугам), на чье имя выдан кредит и в какой сумме (больше или меньше стоимости оказанных услуг).

Часто пациенты оспаривают необходимость оплаты лабораторных и инструментальных исследований, необходимых для госпитализации, в случае если они приехали на госпитализацию без необходимых анализов и делали их по месту госпитализации.

В случае если медицинская организация предъявит в суде все необходимые доказательства того, что медицинские услуги по договору были оказаны в полном объеме (договор, реестр оказанных услуг, информированное согласие, медицинская документация), у суда не будет оснований для признания договора об оказании возмездных услуг на основании статей 167 и 168 ГК РФ недействительным.

Ценообразование. Схема ценообразования включает следующие этапы:

- подготовительный этап — концентрация задач и выбор метода ценообразования;
- этап сбора первичной информации и оперативного экономического анализа — определение количественных и качественных характеристик обслуживания больных, показателей состояния и использования основных фондов;
- этап формирования себестоимости — расчет затрат на заработную плату, прямых и косвенных (накладных) расходов (себестоимость показывает, во что обходятся учреждению оказываемые медицинские услуги, и отражает текущие затраты);

- этап формирования цены — включение в структуру цены коэффициента рентабельности, поправочных коэффициентов (надбавка, скидка), калькуляция цены и оформление прейскуранта;

- этап коррекционной работы — ввод инфляционных коэффициентов, расчет цен на вновь вводимые услуги.

Факторы, учитывающиеся при определении цены медицинской услуги:

- себестоимость услуги;
- цены на аналогичные услуги на рынке;
- уровень спроса на данный вид услуги.

Себестоимость предоставляемых услуг — со-

вокупность всех издержек. Издержки в свою очередь подразделяются на прямые затраты и косвенные расходы. Налоговый кодекс дает возможность установить перечень прямых расходов самостоятельно, необходимо лишь

закрепить его в учетной политике для целей налогообложения.

Прямые затраты — расходы, непосредственно связанные с реализацией услуги. Как правило, к прямым расходам относятся:

- материальные расходы — затраты на медикаменты, мягкий инвентарь, медицинские расходные материалы, питание (статья 254 Налогового кодекса РФ);
- расходы на оплату труда работников, а также начисления на заработную плату;
- сумма амортизационных отчислений на восстановление основных фондов.

Косвенные расходы, в отличие от прямых, не относятся к какому-то одному виду услуг, и их называют накладными расходами. Нет возможности прямо установить, на какой вид медицинских услуг их относить. Накладные расходы включают все виды расходов, непосредственно не связанные с оказанием услуг, например коммунальные платежи, услуги связи, маркетинговые акции для рекламных кампаний и т.д.

Себестоимость предоставляемых услуг — совокупность всех издержек. Издержки в свою очередь подразделяются на прямые затраты и косвенные расходы.

В состав затрат, относимых на себестоимость, не включаются:

- затраты на приобретение оборудования;
- капитальные вложения;
- штрафы, пени, неустойки и другие виды санкций.

Цена включает в себя все затраты на производство медицинской услуги — себестоимость и прибыль.

За счет прибыли могут быть предоставлены скидки, но не ниже себестоимости. Размер скидки для определенных категорий граждан в обязательном порядке оформляется приказом, например скидки могут быть предоставлены инвалидам 1-й, 2-й группы, многодетным семьям, детям-инвалидам и т.д. Основанием для предоставления скидки являются подлинники документов (справка об инвалидности, удостоверение многодетной семьи и т.д.).

Кроме того, при предоставлении платных медицинских услуг необходимо учитывать, что существуют категории граждан, которые в соответствии с законодательством имеют право на внеочередное бесплатное медицинское обслуживание в рамках Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи при условии, что учреждение участвует в реализации программы.

Оплату по заключенным договорам страховые компании и юридические лица производят в безналичном виде, перечисляя денежные средства на расчетный счет в соответствии с выставленными счетами, счетами-фактурами, актами сдачи-приемки выполненных работ и реестрами оказанных услуг на основании двустороннего договора. Документы на оплату по договорам ДМС оформляются до 10-го числа месяца, следующего за отчетным.

Для физических лиц условием оказания медицинской помощи в стационаре, как правило, является предоплата в размере не менее 30% от предполагаемой стоимости лечения, в амбулаторных условиях — 100%-ная предоплата. Оплата производится наличными денежными средствами, банковскими картами в кассы, безналичными перечислениями на расчетный счет клиники или через сайт.

При совершении авансового платежа пациенту выдается кассовый чек, подтверждающий оплату. Окончательный расчет производится в день выписки пациента. Пациенту на руки

выдается дополнительное соглашение к договору, кассовый чек, акт сдачи-приемки выполненных работ, выписные документы.

Медицинские услуги в России НДС не облагаются.

Денежные средства на материальное вознаграждение по результатам оказания платных медицинских услуг распределяются по структурным подразделениям согласно Положению о порядке формирования и распределения материальных вознаграждений по результатам оказания платных медицинских услуг, действующему в медицинской организации.

РАЗДЕЛ 7.

УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. ДОПУСК К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Медицинский работник — это физическое лицо, имеющее медицинское или иное образование, работающий в медицинской организации, в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности; либо физическое лицо, являющееся индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющее медицинскую деятельность (статья 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

На протяжении длительного времени факт успешного окончания обучения по программам дополнительного профессионального образования соответствующих специальностей давал специалисту право трудиться в должностях медицинских работников. В 1993 г. Верховный Совет Российской Федерации принял Федеральный закон № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», статья 54 которого изменила принцип допуска врача к самостоятельной работе. Обязательным условием самостоятельной профессиональной деятельности врача стало наличие сертификата специалиста — документа, подтверждающего соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам. Основаниями получения сертификата специалиста становятся послевузовское и дополнительное профессиональное образование или проверочное испытание, проводимое комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

С 2016 г. изменилась система допуска специалистов здравоохранения, имеющих высшее и среднее медицинское образование, к профессиональной деятельности. Данные изменения закреплены в статье 69 Федерального закона 323-ФЗ —

право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации и прошедшие аккредитацию специалиста. Таким образом, специалист здравоохранения допускается к профессиональной деятельности только при наличии документа об образовании и пройденной аккредитации.

Аккредитация специалиста — процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности (пункт 3 статьи 69 Федерального

**Аккредитация
специалиста —
процедура определения
соответствия лица,
получившего медицинское,
фармацевтическое или иное
образование, требованиям
к осуществлению
медицинской деятельности
по определенной
медицинской
специальности либо
фармацевтической
деятельности.**

закона № 323-ФЗ). Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского или фармацевтического образования (не реже одного раза в пять лет).

На основании приказа Минздрава России от 25.02.2016 № 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование, и подлежащих аккредитации специалистов» было определено поэтапное введение специалистов здравоохранения в систему аккредитации и, следовательно, в систему непрерывного медицинского образования (рис. 26).

До 1 января 2016 г. допуск к медицинской и фармацевтической деятельности осуществлялся путем выдачи сертификата специалиста. Такой сертификат выдавался после окончания средней профессиональной образовательной программы, интернатуры, ординатуры, программы профессиональной переподготовки по специальностям, которые обозначены в квалификационных требованиях приказов Минздрава: от 08.10.2015 № 707н



Рисунок 26. Система аккредитации

«Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”»; от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

С 2023 года вступили в силу новые квалификационные требования: приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием»; приказ от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

Подлежат аккредитации следующие категории лиц (пункт 2 приказа Минздрава РФ от 28.10.2022 № 709 «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов») (табл. 38):

- завершившие освоение основных профессиональных образовательных программ высшего медицинского образования и высшего фармацевтического образования — программ бакалавриата, программ специалитета, имеющие государственную аккредитацию; основных профессиональных образовательных программ среднего медицинского образования и среднего фармацевтического образования, имеющие государственную аккредитацию, а также лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование (уровень бакалавриат, специалитет, среднее профессиональное образование), в иностранных организациях (далее — первичная аккредитация);

- завершившие освоение основных профессиональных образовательных программ высшего медицинского образования

и высшего фармацевтического образования — программ ординатуры, программ магистратуры, имеющие государственную аккредитацию; основных профессиональных образовательных программ иного высшего образования, имеющие государственную аккредитацию (далее — немедицинское образование), и не имеющие стажа работы на должностях медицинских работников либо имеющие стаж работы на должностях медицинских работников менее 5 лет; лица, завершившие освоение дополнительных профессиональных программ — программ профессиональной переподготовки; лица, получившие медицинское, фармацевтическое или немедицинское образование, в иностранных организациях, осуществляющие образовательную деятельность, а также лица, имеющие медицинское или фармацевтическое образование, не работающие по своей специальности более пяти лет и завершившие освоение дополнительных профессиональных программ (далее — первичная специализированная аккредитация);

– завершившие освоение дополнительных профессиональных программ медицинского образования или фармацевтического образования — программ повышения квалификации, обеспечивающих непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации; лица, имеющие немедицинское образование, стаж работы на должности медицинских работников более 5 лет и завершившие освоение дополнительных профессиональных программ — программ повышения квалификации в соответствии с видом профессиональной деятельности (далее — периодическая аккредитация).

Таблица 38

Аккредитация специалистов

Форма аккредитации	Кто проходит	Этап аккредитации
Первичная	Проводится по итогам окончания среднего специального и высшего образования	– тестирование; – оценка практических навыков в симулированных условиях; – решение ситуационных задач (этап проводится только для группы специальностей «Клиническая медицина»)

Форма аккредитации	Кто проходит	Этап аккредитации
Первичная специализированная для лиц с высшим и средним образованием	Проводится после окончания ординатуры, курсов профессиональной переподготовки, а также для граждан, получивших образование на территории иностранного государства, немедицинских сотрудников, имеющих стаж на должностях медицинских работников менее 5 лет	– тестирование; – оценка практических навыков в симулированных условиях и (или) решение ситуационных задач «практико-ориентированный этап»
Периодическая	Проводится для специалистов, которые уже получили сертификат или свидетельство об аккредитации, и им нужно получать новый допуск к медицинской деятельности, немедицинских сотрудников, имеющих стаж на должностях медицинских работников более 5 лет	оценка портфолио

Аккредитация специалиста проводится аккредитационными комиссиями, которые формируются Минздравом России с участием профессиональных некоммерческих организаций, указанных в статье 76 Федерального закона № 323-ФЗ в каждом субъекте Российской Федерации.

В состав аккредитационной комиссии включаются представители профессиональных некоммерческих организаций и органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья и (или) медицинских организаций и иных организаций, осуществляющих медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность, и (или) профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций). В состав аккредитационной комиссии также могут включаться представители образовательной и (или) научной организации, реализующей программы медицинского и (или) фармацевтического образования.

Организация проведения аккредитации специалистов (п. 4) — Минздрав РФ



Рисунок 27. Схема проведения аккредитации специалистов

Первичная и первичная специализированная аккредитация специалистов проводится в помещениях образовательных и (или) научных организаций, реализующих программы медицинского (фармацевтического) образования, организационно-техническое оснащение которых обеспечивает возможность оценки соответствия лица, получившего медицинское или фармацевтическое образование (рис. 27).

Периодическая аккредитация специалистов осуществляется путем анализа аккредитационной комиссией портфолио аккредитуемого и проводится без личного участия аккредитуемого.

Основные этапы аккредитации специалистов. В субъектах Российской Федерации формируются аккредитационные комиссии для проведения аккредитации специалистов.

Для прохождения первичной и первичной специализированной аккредитации специалист должен предоставить заявление, копии документов о высшем образовании и квалификации (с приложениями) или среднем профессиональном

образовании (с приложениями), или выписку из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии и копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (для иностранных граждан и лиц без гражданства — при наличии).

Аккредитация специалиста проводится путем последовательного прохождения аккредитуемым ее трех этапов.

Тестирование проводится с помощью тестовых заданий, комплектуемых для каждого аккредитуемого автоматически с использованием информационных систем путем случайной выборки 60 тестовых заданий из Единой базы оценочных средств, формируемой Методическим центром аккредитации специалистов (далее — Единая база оценочных средств).

На решение аккредитуемым тестовых заданий отводится 60 минут (для лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению — 120 минут).

Результат тестирования формируется с помощью информационных систем автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий. По итогам тестирования аккредитационная подкомиссия оценивает результат прохождения аккредитуемым данного этапа аккредитации как:

- «сдано» при результате 70% или более правильных ответов от общего числа тестовых заданий;
- «не сдано» при результате 69% или менее правильных ответов от общего числа тестовых заданий.

Оценка практических навыков (умений) в смоделированных условиях, в том числе с применением симуляционного оборудования (тренажеров и (или) манекенов) и привлечением стандартизированных пациентов, проводится путем оценивания правильности и последовательности выполнения аккредитуемым, имеющим высшее медицинское или фармацевтическое образование, не менее 5 практических заданий; аккредитуемым, имеющим среднее медицинское или фармацевтическое образование — 1 практического задания.

Комплектование набора практических заданий для каждого аккредитуемого осуществляется с использованием информационных систем автоматически из Единой базы оценочных средств.

На выполнение одного практического задания одному аккредитуемому, имеющему высшее образование, отводится 10 минут, аккредитуемому, имеющему среднее образование, — 30 минут.

Оценка правильности и последовательности выполнения практических заданий осуществляется членами аккредитационной подкомиссии (в составе не менее 3 человек одновременно для аккредитуемых со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием) путем заполнения оценочных листов. Результат выполнения практических заданий формируется с использованием информационных систем автоматически с указанием процента правильно выполненных практических действий от общего количества практических действий.

По итогам выполнения практических действий аккредитационная подкомиссия оценивает результат прохождения аккредитуемым данного этапа аккредитации как:

- «сдано» при результате 70% или более правильно выполненных практических действий от общего количества практических действий;

- «не сдано» при результате 69% или менее правильно выполненных практических действий от общего количества практических действий.

Решение ситуационных задач проводится путем ответа аккредитуемого на 12 вопросов, содержащихся в каждой из 2 ситуационных задач. Комплектование набора ситуационных задач для каждого аккредитуемого осуществляется с использованием информационных систем автоматически путем их случайной выборки из Единой базы оценочных средств.

На решение аккредитуемым ситуационных задач отводится 60 минут. Результат решения ситуационных задач формируется с использованием информационных систем автоматически на основании процента правильных ответов на вопросы, содержащиеся в ситуационных задачах.

По итогам решения ситуационных задач аккредитационная подкомиссия оценивает результат прохождения аккредитуемым данного этапа аккредитации как:

- «сдано» при результате 70% или более правильных ответов;
- «не сдано» при результате 69% или менее правильных ответов.

Комплектование набора практических заданий осуществляется автоматически из Единой базы оценочных средств.

Число практических заданий и ситуационных задач в рамках проведения практико-ориентированного этапа устанавливается отдельно для каждой медицинской или фармацевтической специальности Координационным советом Минздрава России по кадровой политике по предложению Методического центра аккредитации специалистов. При этом суммарное число практических заданий и ситуационных задач для каждой медицинской или фармацевтической специальности должно быть не менее 5.

На выполнение одного практического задания одному аккредитуемому отводится 10 минут. На решение одной ситуационной задачи, содержащей 12 вопросов, одному аккредитуемому отводится 30 минут.

По итогам выполнения практико-ориентированного этапа аккредитационная подкомиссия оценивает результат прохождения аккредитуемым данного этапа аккредитации как:

- «сдано» при результате 70% или более правильно выполненных практических действий от общего количества практических действий и правильных ответов при решении ситуационных задач (при условии их включения в практико-ориентированный этап);

- «не сдано» при результате 69% или менее правильно выполненных практических действий от общего количества практических действий и правильных ответов при решении ситуационных задач (при условии их включения в практико-ориентированный этап).

Периодическая аккредитация специалиста проводится в один этап в форме оценки портфолио и пакета документов. Особенности проведения периодической аккредитации специалистов до 1 января 2029 г. установлены приказом Минздрава России от 28.10.2022 № 709н «Положение об аккредитации специалистов».

Для прохождения периодической аккредитации специалиста аккредитуемый лично, заказным письмом с уведомлением или через личный кабинет федерального регистра медицинских и фармацевтических работников (далее — ФРМР) представляет в федеральный аккредитационный центр заявление и установленный комплект документов.

Основным звеном комплекта документов является портфолио за последние пять лет со дня получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста по соответствующей специальности, который включает отчет о профессиональной деятельности аккредитуемого, содержащий результаты работы в соответствии с выполняемой трудовой функцией за отчетный период; сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период.

При этом суммарный срок освоения программ повышения квалификации за отчетный период должен составлять не менее 144 часов (одна программа повышения квалификации или сумма нескольких программ повышения квалификации), либо сумма сведений об освоении программ повышения квалификации (не менее 72 часов) и сведений об образовании, подтвержденных на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (<https://vo.edu.rosminzdrav.ru/>).

Отчет о профессиональной деятельности согласовывается руководителем организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, или его заместителем и заверяется печатью указанной организации (при наличии), либо к нему прилагается мотивированный отказ в его согласовании, подписанный руководителем организации или его заместителем. В этом случае мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной деятельности включается в портфолио и направляется в федеральный аккредитационный центр.

Если на момент представления документов аккредитуемый является временно не работающим, в портфолио включается несогласованный отчет о профессиональной деятельности по последнему месту работы аккредитуемого.

После регистрации федеральным аккредитационным центром представленных документов аккредитуемому направляется уведомление.

Специалисты федерального аккредитационного центра, в срок не более 20 рабочих дней со дня регистрации документов, проверяют их комплектность и достоверность сведений об освоении программ повышения квалификации за отчетный период, содержащихся в копиях документов о квалификации.

В случае выявления некомплектности документов или достоверности сведений об освоении программ повышения квалификации за отчетный период, федеральный аккредитационный центр направляет аккредитуемому уведомление об отказе в их приеме с разъяснением причины отказа. При устранении замечаний аккредитуемый вправе повторно представить документы в федеральный аккредитационный центр.

Если при проверке в документах не выявлено недостатков, то они передаются в центральную аккредитационную комиссию или аккредитационную комиссию, сформированную в субъекте Российской Федерации, с учетом категории аккредитуемых.

В отношении лиц, являющихся временно не работающими, получивших мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной деятельности, являющихся индивидуальными предпринимателями или руководителями организаций документы направляются в аккредитационные подкомиссии для проведения периодической аккредитации специалистов, формируемые председателями аккредитационных комиссий субъектов Российской Федерации, в отношении остальных лиц — в центральную аккредитационную комиссию.

После регистрации представленных документов соответствующей комиссией аккредитуемому направляется уведомление.

В срок не позднее 15 рабочих дней со дня регистрации документов Центральная аккредитационная комиссия и аккредитационная подкомиссия проводят оценку портфолио на предмет соответствия содержания отчета о профессиональной деятельности и освоенных(ой) программ(ы) повышения квалификации необходимому уровню квалификации и требованиям к осуществлению профессиональной деятельности по специальности.

По результатам оценки портфолио принимаются решения о признании аккредитуемого прошедшим периодическую аккредитацию специалиста или не прошедшим.

Результаты отражаются в протоколах заседания соответствующей аккредитационной комиссии, которые размещаются на официальном сайте федерального аккредитационного центра в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

В соответствии с Федеральным законом от 02.07.2021 № 312-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”»

основанием допуска к осуществлению профессиональной деятельности считается не наличие бумажного свидетельства об аккредитации, а факт прохождения аккредитации, зафиксированный в Федеральном регистре медицинских работников (ФРМР) ЕГИСЗ. Работодатели смогут получать информацию об успешном прохождении аккредитации из ФРМР при трудоустройстве специалиста.

2. КАДРОВАЯ РАБОТА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Федеральным законом, на основе которого регулируются трудовые отношения между работниками и работодателем, является Трудовой кодекс Российской Федерации (далее — ТК РФ), в котором установлены основные права и обязанности сторон, участвующих в трудовом процессе. Во исполнение норм ТК РФ, Правительство России, Министерство по труду и социальной защите РФ, а также государственный орган власти — учредители медицинских организаций устанавливают дополнительные требования к реализации трудовых отношений.

Вопросы организации трудовых отношений в каждой организации реализуются локальными актами. Так, для описания всех подразделений в учреждении, их подчинения утверждается «Структура учреждения», а каждая кадровая единица указывается в «Штатном расписании». Эти документы утверждаются руководителем в начале каждого года и могут пересматриваться по мере производственной необходимости в порядке, утвержденном учредителем. Для медицинских организаций, подведомственных Минздраву России, при формировании штатного расписания не требуется дополнительных согласительных процедур; в ряде субъектов Российской Федерации установлены другие правила. Введение или выведение любой должности, переименование структурного подразделения или его реорганизация должны быть отражены в данных документах. Полномочия внутри организации по их ведению относятся, как правило, к планово-экономическому отделу.

Деятельность любого структурного подразделения регулируется Положением об отделе, работа отдельного сотрудника — должностной инструкцией. Таким образом, все вышеперечисленные документы взаимосвязаны и любое изменение, например, введение

должности «врач-методист» в отделе контроля качеством требует создания новой должностной инструкции и отображения новой должности в штатном расписании. В случае, если такая должность уже была в этом структурном подразделении, и вы ввели очередного сотрудника, создание новой должностной инструкции не требуется: принимаемый сотрудник лишь под подпись знакомится с имеющейся. В том случае, если подписи работника нет, при возникновении трудового или административного спора решение, как правило, принимается в пользу работника.

Трудовые договоры организаций не отличаются большим разнообразием и включают в себя нормы, предусмотренные ТК РФ и коллективным договором, который подписывается администрацией организации и представителями трудового коллектива. В трудовом договоре указываются индивидуальные особенности труда работника, например, размер стимулирующей выплаты, которая по решению главного врача может быть установлена работнику индивидуально. В случае, если устанавливается разовая выплата за конкретный вид выполненной работы, то ее оформляют отдельным приказом.

При заключении трудового договора работодатель обязан обеспечить информирование работников о полагающихся им средствах индивидуальной защиты (далее — СИЗ), санитарно-гигиенической одежде, санитарной обуви и санитарных принадлежностях (далее — санитарная одежда), а работники обязаны правильно применять выданные им СИЗ и санитарную одежду (пункт 9 приказа Минтруда России от 18.12.2020 № 928н «Об утверждении Правил по охране труда в медицинских организациях». Обучению по использованию СИЗ подлежат работники, если применение СИЗ требует практических навыков. Такой перечень утверждает работодатель. При выдаче СИЗ, применение которых не требует от работников практических навыков, работодатель обеспечивает ознакомление со способами проверки их работоспособности и исправности в рамках проведения инструктажа по охране труда на рабочем месте (пункт 38 постановления Правительства РФ от 24.12.2021 № 2464 «О порядке обучения по охране труда и проверки знания требований охраны труда»).

Перед тем, как приступить к исполнению своих должностных обязанностей, сотрудник должен пройти обязательные

для допуска к работе инструктажи и обучение по охране труда (статья 219 ТК РФ, пункт 4 постановления Правительства РФ от 24.12.2021 № 2464), которые предусматривают получение знаний, умений и навыков в ходе проведения инструктажей по охране труда; стажировки на рабочем месте (для определенных категорий работников); обучения по оказанию первой помощи пострадавшим; обучения по использованию (применению) средств индивидуальной защиты, а также вводного противопожарного инструктажа (приказ МЧС России от 18.11.2021 № 806 «Об определении Порядка, видов, сроков обучения лиц, осуществляющих трудовую или служебную деятельность в организациях, по программам противопожарного инструктажа, требований к содержанию указанных программ и категорий лиц, проходящих обучение по дополнительным профессиональным программам в области пожарной безопасности») и в течение 1 месяца с момента трудоустройства — вводного инструктажа по гражданской обороне (постановление Правительства РФ от 02.11.2000 № 841 «Об утверждении Положения о подготовке населения в области гражданской обороны»).

Возникают производственные ситуации, когда на работника нужно возложить обязанности, не предусмотренные должностной инструкцией. Это можно сделать при согласии работника путем издания приказа с указанием размера дополнительной оплаты труда. Если эти работы приближены к должностной функции, и вы планируете возложить их на работника на длительный период, то удобнее их внести в должностную инструкцию. В этом случае требуется двухмесячный период после введения документа в действие и уведомления работника. В случае несогласия работника с изменением инструкции трудовой договор может быть прекращен.

Кадровая работа в учреждении здравоохранения не ограничивается отделом кадров — в нем происходит закрепление трудовых отношений между работником и организацией. Она начинается от заведующего отделением, которое нуждается в новом сотруднике, будь то санитарка, медицинская сестра или врач.

При возникновении потребности в новом работнике руководитель подразделения должен согласовать этот вопрос с главным врачом. Необходимо взвесить сильные и слабые стороны

такого решения. Приведет ли это к росту качества медицинской помощи, повышению оборота койки или увеличению пролеченных пациентов?

Приход нового сотрудника отвлечет часть средств из фонда оплаты труда отделения, который формируется путем ежемесячных поступлений средств в учреждение на основе оплаченных счетов за лечение пациентов страховыми медицинскими организациями. Однако до сих пор встречаются высказывания, что, если ставка предусмотрена штатным расписанием, то под нее учреждение получает средства от учредителя. Напомним, что модель бюджетного финансирования сохранилась только для казенных учреждений (психиатрия, лепрозории и т.д.), которые в общей структуре медицинских учреждений нашей страны составляют менее 1%.

Если решение о поиске сотрудника принято, то первым и надежным инструментом является «сарафанное радио». Медицинские работники из разных больниц общаются между собой. Если этот канал информации не срабатывает, прибегают к услугам отдела кадров. Как правило, имеется договор между больницей и муниципальной службой занятости, однако туда обращаются граждане уже потерявшие работу, поэтому необходима подписка на услуги информационных ресурсов кадровых агентств.

И вот претендент на должность найден. Его устраивает уровень дохода на новом месте работы и условия труда. Во многих организациях принято, чтобы решение о приеме младшего и среднего медицинского персонала принимала главная медицинская сестра либо заместитель по лечебной работе, по врачам и административному персоналу — главный врач. На встрече с претендентом нужно дать себе ответ на два вопроса: уровень профессионализма и личностные качества. Каждый из этих аспектов является критически важным. Самый высокий профессионал может в коллективе создать нерабочую атмосферу, а работник с высокой эмпатией (так необходимой в нашей специальности!) может принести вред пациенту из-за отсутствия знаний и навыков, поэтому не стесняйтесь при собеседовании задавать вопросы и тестировать на профессиональную пригодность. Опыт показывает, что лица, которые согласовали его кандидатуру до вас, могли не в полной мере

оценить соискателя. Собеседование рекомендуется проводить в присутствии непосредственного руководителя, вы должны с ним разделять одни профессиональные ценности. Лучше отказать работнику в приеме либо для некоторых немедицинских видов работ дать ему так называемый «волонтерский период работы», чем потом разочароваться в сотруднике и его увольнять. Наличие записи в трудовой книжке о 3–6 месяцах работы не украшает ее.

Прием на работу медицинского работника. Трудовые отношения возникают на основании трудового договора в результате (статья 16 ТК РФ):

- избрания на должность;
- избрания по конкурсу на замещение соответствующей должности;
- назначения на должность или утверждения в должности;
- направления на работу уполномоченными в соответствии с федеральным законом органами в счет установленной квоты;
- судебного решения о заключении трудового договора;
- признания отношений, связанных с использованием личного труда и возникших на основании гражданско-правового договора, трудовыми отношениями.

Трудовые отношения между работником и работодателем возникают также на основании фактического допущения работника к работе с ведома или по поручению работодателя или его уполномоченного на это представителя в случае, когда трудовой договор не был надлежащим образом оформлен.

Фактическое допущение работника к работе без ведома или поручения работодателя либо его уполномоченного на это представителя запрещается.

Другой особенностью при заключении договора является определение срока трудовой деятельности. По соглашению сторон срочный трудовой договор может заключаться (статья 59 ТК РФ):

- с поступающими на работу пенсионерами по возрасту, а также с лицами, которым по состоянию здоровья в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, разрешена работа исключительно временного характера;

- лицами, избранными по конкурсу на замещение соответствующей должности;
- руководителями, заместителями руководителей и главными бухгалтерами организаций, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;
- лицами, получающими образование по очной форме обучения;
- лицами, поступающими на работу по совместительству.

Особенности приема на работу в медицинское учреждение:

1. Прием на работу для всех работников.

1.1. При приеме на работу в учреждения здравоохранения соискателями должны быть предоставлены документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации. На дату оформления трудового договора в обязательном порядке должны быть предоставлены (статья 65 ТК РФ):

- справка об отсутствии судимости (как правило, сроком действия не более полгода). В случае, если судимость или факт уголовного преследования имеется, тогда со стороны работодателя может быть сделан запрос в комиссию по делам несовершеннолетних о допуске работника на работу, а со стороны работника — самостоятельное обращение в комиссию по делам несовершеннолетних с письменным заявлением о допуске к работе в сфере медицинского обеспечения. Без письменного решения комиссии по делам несовершеннолетних такого работника принять на работу нельзя;

- заключение предварительного медицинского осмотра с указанием должности и подразделения, в которое принимается сотрудник. Если работник принимается на основную работу и работу по внутреннему совместительству и при этом должны различаться — заключение предварительного медицинского осмотра должно быть по каждой должности;

- в некоторых случаях требуется заключение обязательного психиатрического освидетельствования (приказ Минздрава России от 20.05.2022 № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование»);

– заявление о приеме (не является обязательным документом).

1.2. Для получения государственной услуги по выдаче справок о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования заявления граждан могут быть поданы в ФКУ «ГИАЦ МВД России» через «Единый портал государственных и муниципальных услуг» (www.gosuslugi.ru), через консульские учреждения Российской Федерации или консульские отделы дипломатических представительств РФ (в случае нахождения заявителя за пределами Российской Федерации), в МФЦ (Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг).

1.3. При приеме сотрудника по внутреннему, внешнему совместительству, занятость, на которую может быть трудоустроен работник, не должна превышать более 0,5 штатных единиц. В этом случае имеется четкое разделение обязанностей с одновременным раздельным материальным стимулированием. В соответствии со статьей 284 ТК РФ продолжительность рабочего времени при работе по совместительству не должна превышать четырех часов в день.

1.4. Необходимо подписать у работника согласие на обработку персональных данных, согласие о неразглашении персональных данных; ознакомить нового работника под подпись с локальными нормативными актами учреждения, коллективным договором, правилами внутреннего трудового распорядка, иными локальными нормативными актами, непосредственно связанными с трудовой деятельностью работника.

1.5. Ознакомить работника с Положением об отделении (отделе), должностной инструкцией по соответствующей должности. Должностные инструкции должны быть разработаны в соответствии с утвержденными профессиональными стандартами. Профессиональные стандарты обязательны к применению в соответствии со статьей 195.3 ТК РФ. Например, для здравоохранения имеется профессиональный стандарт № 508 «Специалист в области медико-профилактического дела» или № 9 «Специалист по медико-социальной экспертизе». Однако по состоянию на начало 2023 года других профстандартов для вида деятельности «здравоохранение»

не принято. Если по должности нет утвержденного профессионального стандарта, то квалификационные требования и обязанности устанавливаются в соответствии с квалификационными справочниками.

1.6. При заключении трудового договора необходимо произвести подсчет стажа непрерывной работы в учреждениях здравоохранения для правильного начисления заработной платы работнику. Подсчет стажа производится на основании трудовой книжки или справок, предоставленных с предыдущих мест работы, подтверждающих стаж работы в учреждениях здравоохранения. Подсчет стажа производится в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.08.2008 № 463н «О введении новой системы оплаты труда работников федеральных бюджетных научных учреждений, имеющих в составе клинические подразделения, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

1.7. При формировании штатного расписания и приеме на работу важно учесть наименование подразделений и должностей, по которым сотрудники могут выходить на досрочную пенсию (по вредности, выслуге лет). Наименования должны соответствовать: по вредности — извлечению из Списка № 1 и Списка № 2 производств, работ, профессий, должностей и показателей (приложение 1, 2 к Письму здравоохранения СССР от 29.04.1991 № 04-14/12-14 «Об утверждении и порядке применения “Списков производств, работ, профессий, должностей и показателей, дающих право на льготное пенсионное обеспечение”», Федеральный закон от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»); по выслуге лет — постановлению Правительства РФ от 29.10.2002 № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации”, и об утверждении Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации”». Это необходимо для того, чтобы не было вопросов в дальнейшем по оформлению пенсий работников.

2. Прием на работу врачей.

2.1. Наименование должностей устанавливается в соответствии с номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников на основании приказа Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

2.2. При приеме на работу врача помимо документов, предусмотренных законодательством Российской Федерации, должны быть диплом об окончании вуза, диплом о послевузовском образовании (интернатура, ординатура, аспирантура), может быть диплом о профессиональной переподготовке по какой-то определенной специальности. Особое условие допуска — действующий сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста по специальности, на которую принимается работник.

Для получения выписки о прохождении аккредитации специалист представляет заявление о ее выдаче одним из следующих способов (пункт 4 приложения 4 к приказу Минздрава России от 22.11.2021 № 1082н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка выдачи выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста»):

- в форме электронного документа посредством федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» в Интернете;

- лично или по почте заказным письмом в федеральный аккредитационный центр высшего медицинского образования, высшего и среднего фармацевтического образования, а также иного высшего образования или федеральный аккредитационный центр среднего медицинского образования.

2.3. Срок действия сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации специалиста) — 5 лет. В случае окончания срока действия сертификата (свидетельства об аккредитации

специалиста) необходимо отстранить работника от работы или перевести на должность, не требующую наличия сертификата (свидетельства об аккредитации специалиста).

2.4. Если у врача нет документа об окончании ординатуры или профессиональной переподготовки, а есть только аккредитация специалиста — он может работать только в должности участкового врача-терапевта, участкового врача-педиатра и др. (приказ Минздрава России от 15.06.2017 № 328н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н»).

2.5. При приеме на работу врача у него может быть документ, подтверждающий присвоение квалификационной категории (высшая, первая, вторая), которая является показателем уровня квалификации специалиста. В зависимости от степени квалификационной категории предусмотрены доплаты, которые должны быть прописаны в коллективном договоре или Положении об оплате труда. Специальность, по которой присвоена квалификационная категория, должна соответствовать специальности, на которую принимается врач. Если у врача основная должность и должность по внутреннему совместительству одинаковые и соответствуют специальности, по которой присвоена квалификационная категория, доплата производится по обеим должностям. Срок действия квалификационной категории до 5 лет. Квалификационная категория может устанавливаться или подтверждаться. По истечении срока действия квалификационной категории доплата отменяется.

3. Средний медицинский персонал.

3.1. Наименование должностей устанавливается в соответствии с номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников на основании приказа Минздрава России от 02.05.2023 № 205н.

3.2. При приеме на работу среднего медицинского персонала помимо документов, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязательно должны быть документы по образованию — диплом об образовании, действующий сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации

специалиста по специальности, на которую принимается работник (например, если это медицинская сестра-анестезист, то свидетельство об аккредитации специалиста по специальности «анестезиология и реаниматология»). Срок действия сертификата специалиста (свидетельства об аккредитации специалиста) — 5 лет. В случае окончания срока действия сертификата (свидетельства об аккредитации специалиста) необходимо отстранить работника от работы до получения аккредитации или перевести на должность, не требующую наличия сертификата (свидетельства об аккредитации специалиста).

3.3. На должность среднего медицинского персонала могут быть приняты студенты медицинских вузов, начиная с 4-го курса, при наличии выписки из протокола заседания комиссии по допуску к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского персонала с указанием должностей (приказ Минздрава России от 01.11.2022 № 715н «Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в Российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, полученным в Российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием»).

3.4. При приеме на работу среднего медицинского персонала у работника может быть документ, подтверждающий присвоение квалификационной категории (высшая, первая, вторая), которая является показателем уровня квалификации специалиста. В зависимости от степени квалификационной категории предусмотрены доплаты, которые должны быть прописаны в коллективном договоре или Положении об оплате труда. Специальность, по которой присвоена квалификационная категория, должна соответствовать специальности, на которую принимается работник. Срок действия квалификационной категории — 5 лет. Квалификационная категория может подтверждаться.

4. Младший медицинский персонал.

4.1. При приеме на работу медицинского работника, относящегося к данной категории (санитар, сестра-хозяйка, младшая медицинская сестра по уходу за больными), у соискателя в соответствии с утвержденным профессиональным стандартом «Младший медицинский персонал» должно быть среднее общее образование и профессиональное обучение по должности «Санитар» или профессиональное обучение по должности «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

5. Прием на работу и перевод на должности научных сотрудников.

5.1. Прием на работу научных сотрудников и перевод на должности научных сотрудников производится в соответствии со статьей 336.1 ТК РФ.

5.2. Перечень должностей научных работников, для принятия на работу и перевода на должность которых требуется проведение конкурса, содержится в приказе Минобрнауки России от 05.08.2021 № 715 «Об утверждении перечня должностей научных работников, подлежащих замещению по конкурсу, и порядка проведения указанного конкурса».

5.3. Приему на работу и переводу на должности научных сотрудников предшествует избрание по конкурсу.

5.4. Без проведения конкурса могут быть заключены только срочные трудовые договора при приеме на работу по внутреннему или внешнему совместительству на срок не более одного года и занятость не более 0,5 штатных единиц.

5.5. В учреждении должно быть разработано Положение о порядке проведения конкурса на замещение должностей научных работников, в котором прописана организация проведения конкурса.

5.6. Для должностей (кроме «младшего научного сотрудника») информация о конкурсе размещается на портале вакансий «<http://ученые-исследователи.рф>».

5.7. После проведения конкурса с победителем заключается трудовой договор (он может быть срочным — на срок до 5 лет или бессрочным).

6. Прием на работу госслужащего.

При приеме на работу гражданина, который замещал определенную законодательством должность государственной

или муниципальной службы, и с момента увольнения которого с такой службы не прошло более двух лет, новый работодатель в 10-дневный срок обязан уведомить о заключении трудового договора бывшего работодателя служащего в соответствующий государственный или муниципальный орган (часть 3 статьи 64.1 ТК РФ).

Законодательство обязывает бывшего госслужащего в течение 2 лет после увольнения с государственной или муниципальной службы сообщать новому работодателю о своем последнем месте службы (часть 2 статьи 64.1 ТК РФ, часть 2 статьи 12 Федерального закона от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции»).

В то же время, если работник уже трудился до вас на негосударственной службе (например, в коммерческой организации), подать уведомление необходимо в течение 10 календарных дней, если со дня увольнения работника с госслужбы не прошло более 2 лет.

Материальная ответственность работника. В ходе выполнения работником трудовых функций возникают ситуации причинения им ущерба работодателю или третьим лицам. В соответствии со статьей 243 ТК РФ устанавливаются случаи полной материальной ответственности:

1. Умышленное причинение ущерба. Умысел в данном случае предусматривает целенаправленные действия медицинского работника по причинению вреда пациенту, при этом судом должно быть установлено, что врач сознательно лечил пациента, не соблюдая порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, нарушал СанПины (например, использовал в ходе оперативного вмешательства нестерильные изделия медицинского назначения).

2. Причинение ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения. Состояние опьянения должно быть установлено медицинским освидетельствованием, а работодателем должен быть составлен акт об отстранении работника от работы ввиду наличия у него внешних признаков опьянения. Порядок оформления документов при установлении у сотрудников состояния опьянения предусмотрен нормами трудового законодательства.

3. Причинение ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда. В случае, если

врач будет привлечен к уголовной ответственности за причинение смерти (часть 2 статьи 109 УК РФ или тяжкого вреда здоровью (часть 2 статьи 118 УК РФ) по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, то работодатель имеет право взыскивать ущерб с работника в полном объеме.

4. Причинение ущерба в результате административного правонарушения, если таковое установлено соответствующим государственным органом. Административная ответственность медицинских работников, не являющихся должностными лицами, предусмотрена только статьей 6.32 КоАП РФ «Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности».

5. Разглашение сведений, составляющих охраняемую законом тайну (государственную, служебную, коммерческую, медицинскую или иную). В отношении медицинских работников имеется ввиду врачебная тайна, за разглашение которой предусмотрена ответственность. Как и в случае с опьянением, работодатель должен документально подтвердить факт разглашения тайны работником и факт того, что тот получил эти сведения при исполнении трудовых обязанностей (пункт 43 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации»).

6. Причинение ущерба не при исполнении работником трудовых обязанностей. Например, врач в свое нерабочее время провел прием пациента на рабочем месте без оформления медицинской документации, после чего у пациента возникли осложнения.

Оплата труда в учреждениях здравоохранения. Оплата труда в медицинских учреждениях состоит из оклада, компенсационных и стимулирующих выплат. Основополагающим документом для назначения оплаты труда работникам учреждений здравоохранения является Положение по оплате труда. Данный документ может быть утвержден приказом руководителя либо быть составной частью Коллективного договора. В любом случае в нем содержатся порядок определения заработной платы, установленные в учреждении должности, квалификационные группы, оклады, компенсационные и стимулирующие выплаты для сотрудников учреждения и др.

Типовые положения об оплате труда утверждаются на федеральном уровне постановлением Правительства РФ и ведомственными распорядительными документами (федеральных министерств и ведомств), на уровне субъекта РФ — нормативными актами высшего органа исполнительной власти региона, на муниципальном уровне — нормативными актами органа местного самоуправления. Кроме того, основные направления, касающиеся оплаты труда в учреждениях здравоохранения, приведены еще и в Единых рекомендациях по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений (далее — Единые рекомендации).

Каждое учреждение в своем внутреннем Положении об оплате труда закрепляет только те требования, которые применимы именно в конкретном учреждении с учетом специфики его деятельности.

Оклад каждого сотрудника медицинского учреждения устанавливается исходя из занимаемой им должности по профессиональным квалификационным группам (далее — ПКГ). Для каждой должности определен свой размер.

Несмотря на то, что установленные оклады по ПКГ могут быть ниже минимального размера оплаты труда (далее — МРОТ), оплата труда работника при этом не может быть ниже МРОТ, пересматриваемого каждый год. Для исключения ошибок в Положении об оплате труда учреждения определяется механизм доведения заработной платы работника до МРОТ.

В трудовом договоре с работником определяем все надбавки и доплаты, которые могут быть компенсационными или стимулирующими.

В настоящее время к компенсационным выплатам относятся:

- выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда;

- выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями;

- выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе, работе в ночное время и пр.);

– надбавки за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, их засекречиванием и рассекречиванием, а также за работу с шифрами.

В основном компенсационные выплаты — обязательные выплаты при осуществлении определенных работ в определенное время.

Отметим, что оплата труда медицинским работникам, занятым во вредных и (или) опасных условиях труда, должна осуществляться в повышенном размере по результатам специальной оценки условий труда (в размере не менее 4% должностного оклада, установленного для различных видов работ с нормальными условиями труда).

Районный коэффициент и процентная надбавка применяются к заработной плате, которая должна быть не ниже МРОТ. Данные коэффициенты применяются в некоторых территориях (например, северных) в случае их установления на федеральном или региональном уровнях.

При выполнении работ в условиях, отклоняющихся от нормальных условий труда (например, в выходные и праздничные дни), работнику производятся соответствующие выплаты, предусмотренные трудовым законодательством. Работа в данных условиях подлежит оплате не менее, чем в двойном размере. При этом в расчет включаются не только окладная часть заработной платы, но и все предусмотренные трудовым договором стимулирующие и компенсационные выплаты. Может быть также предоставлен день отдыха по желанию работника, в таком случае оплата производится в одинарном размере.

К стимулирующим выплатам относятся:

- выплаты за интенсивность и высокие результаты работы;
- выплаты за качество выполняемых работ;
- выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет;
- премиальные выплаты по итогам работы.

В отличие от компенсационных выплат, стимулирующие побуждают работника выполнять работу лучше и более качественно. Данные выплаты производятся с учетом критериев оценки эффективности работы.

Критерии эффективности устанавливаются в учреждении внутренним локальным актом и в обязательном порядке закрепляются в трудовом договоре. В системе здравоохранения

существуют типовые критерии эффективности. Некоторые регионы разрабатывают их самостоятельно. Однако в любом случае данные критерии должны применяться каждым учреждением при распределении стимулирующих выплат. Такие выплаты должны быть понятны каждому работнику. Рекомендуем обязательно организовать работу внутри учреждения по разъяснению порядка начисления стимулирующих выплат, чтобы снизить напряженность в коллективе при неравномерном распределении таких выплат.

Повторимся, все, что должен получать работник, в обязательном порядке должно быть предусмотрено в его трудовом договоре.

Хочется отметить следующее. Медицинское учреждение — сложный механизм, и руководителю часто приходится сталкиваться с проблемами в оплате труда работников. «Несправедливая» оплата труда вызывает возмущение, которое выражается в визитах к руководству, в профком, размещением информации в социальных сетях и жалобах в Трудовую инспекцию. Надо помнить, что правоохранительные органы могут инициировать проверку на основании сообщения работника в средствах массовой информации (к которым относятся социальные сети).

За нарушения в части оплаты труда предусмотрена административная ответственность.

Например, невыплата или неполная выплата в установленный срок заработной платы, других выплат, осуществляемых в рамках трудовых отношений, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния, либо установление заработной платы в размере менее размера, предусмотренного трудовым законодательством, влекут предупреждение или наложение административного штрафа: на должностных лиц — от 10 000 до 20 000 руб., на юридических лиц — от 30 000 до 50 000 руб. Повторное совершение указанного нарушения влечет наложение административного штрафа: на должностных лиц — от 20 000 до 30 000 руб. (или дисквалификацию на срок от одного года до трех лет), на юридических лиц — от 50 000 до 100 000 руб.

Немного о стимулировании руководителя. Как и у работника, у руководителя в трудовом договоре (эффективном контракте) предусматриваются все составляющие заработной платы, в том числе и стимулирующие выплаты с учетом достижения

им целевых показателей эффективности его работы. Набор этих показателей может быть разным, однако в обязательном порядке входит достижение установленных учреждению ежегодных значений по соотношению средней зарплаты отдельных категорий работников учреждения со средней зарплатой в соответствующем субъекте РФ.

Напомним, что ориентиры были определены в майских указах Президента РФ еще в 2012 году. Президент РФ продлевает действие «майских указов» в своих ежегодных посланиях Федеральному Собранию.

Итак, средняя зарплата младшего медицинского и среднего медицинского (фармацевтического) персонала, социальных работников медицинских организаций должна составлять не менее 100% среднего заработка по региону, а зарплата работников, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих их предоставление), — не менее 200% среднего заработка по региону.

Помимо «зарплатного» показателя в трудовых договорах с руководителями учреждений присутствуют и иные целевые показатели, достижение которых влияет на выплату премий руководителю по итогам периодов, определенных учредителем (месяц, квартал, год).

Одним из показателей для оценки деятельности руководителя медицинской организации является обеспечение выполнения утвержденного в установленном порядке плана по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания учреждением услуг (далее — НОК). Указанный критерий может применяться только в случае, если в учреждении проводилась НОК. Данная оценка проводится в соответствии с планом, и, как правило, все медицинские учреждения ежегодно не исследуются (требования 1 раз в 3 года). Вследствие этого, данный показатель используется учредителем пока не в полную меру для оценки эффективности работы руководителя, однако может быть применен.

Обратите внимание, что оплата труда руководителя, его заместителей и главного бухгалтера имеет особенности начисления, подлежит обязательному декларированию и размещению на сайте учредителя и учреждения и находится на особом контроле.

По итогам года руководители должны сравнить свою среднюю заработную плату, среднюю заработную плату своих заместителей и главного бухгалтера со средним заработком основных сотрудников. Полученные соотношения не должны превысить уровень предельных значений, установленных учредителем.

В частности, на федеральном уровне диапазон соотношений в кратности от 1 до 8 определен постановлением Правительства Российской Федерации. На региональном и муниципальном уровнях действует аналогичная схема.

В то же время в ряде случаев учредители утверждают разные коэффициенты для разных руководящих должностей. Например, для руководителей предельное значение соотношения средней заработной платы устанавливается кратностью 1 к 4, а для заместителей руководителя и главных бухгалтеров — кратностью 1 к 3.

Соотношение зарплат определяется по итогам календарного года, при этом учитываются выплаты за счет всех источников финансового обеспечения. Расчеты ведутся отдельно по должностям руководителя, его заместителя и главного бухгалтера. При исчислении среднего заработка включаются все выплаты за исключением доплат за совместительство, материальной помощи и социальных выплат.

Полученное значение сравнивается с предельным размером, утвержденным учредителем. Средняя заработная плата руководящего состава может находиться в пределах допустимого, или граница ее может быть превышена. Во втором случае необходимо пересмотреть систему оплаты труда, либо увеличив зарплату основным сотрудникам, либо уменьшив ее руководству.

За несоблюдение предельных соотношений зарплат руководящего состава и остальных работников предусмотрена ответственность. Согласно требованиям Трудового кодекса РФ несоблюдение установленного предельного уровня соотношения среднемесячной заработной платы заместителя руководителя и (или) главного бухгалтера является основанием прекращения трудового договора с руководителем.

Мониторинг зарплат, проводимый по итогам года или несколько раз в год, осуществляет учредитель. Кроме учредителей, информацию о соблюдении предельного уровня соотношения

зарплата проверяют контрольно-надзорные органы (прокуратура, контрольно-счетный орган).

Еще одной обязанностью, возложенной на руководителя учреждения, является раскрытие информации о своей зарплате, зарплате заместителей и главного бухгалтера. Сведения публикуются на официальном сайте учредителя, а если он примет соответствующее решение — еще и на сайте учреждения.

Прекращение (расторжение) трудового договора. Прекращение (расторжение) трудового договора можно сравнить только с расставанием супругов, у которых нет детей. Распад семьи с детьми ни с чем сравнить нельзя, так как незащищенная психика маленького человека, смотрящего чистыми глазами на двух богов — папу и маму, перестает принимать происходящую реальность, а событие откладывает отпечаток на всю жизнь. При разводе, как и при увольнении, оба напряжены, обоим неловко, за спиной есть совместная история, а впереди у каждого — свой путь. Различия только в том, что процесс развода регулируется Семейным кодексом, а увольнение — Трудовым.

Увольнение по инициативе работника, когда решение принято самим работником (статья 80 ТК РФ) и сообщено письменно работодателю не менее чем за 14 дней, является для главного врача приемлемым. Однако и здесь есть особенности. Во-первых, в случае, если вы учили врача длительное время, и он — носитель уникальных компетенций, тогда потеря специалиста может быть тяжелой и долго незаменяемой утратой. Во-вторых, если несколько работников одного отделения напишут заявления об уходе — это тревожные сигналы, с которыми нужно разбираться. Многие опытные главные врачи в случае, если на их столе оказывается заявление на увольнение, встречаются или говорят по телефону с коллегами. Если же решение принято окончательно, то в такой беседе вы можете получить уникальную информацию о жизни внутри отделения, все это будет полезно в дальнейшей работе.

Есть случаи, когда работодатель обязан расторгнуть трудовой договор в срок, который указан в заявлении работника ранее двух недель, например:

- работник выходит на пенсию или зачислен в образовательную организацию (часть 3 статьи 80 ТК РФ);

- в период испытательного срока работник написал заявление об увольнении по собственному желанию за три дня до даты увольнения (часть 4 статьи 71 ТК РФ);

- работник, который работает по срочному трудовому договору, заключенному на срок до двух месяцев, написал заявление об увольнении по собственному желанию за три календарных дня до даты увольнения (часть 1 статьи 292 ТК РФ).

По соглашению между работником и работодателем трудовой договор может быть расторгнут и до истечения срока предупреждения об увольнении. Заявление может быть подано работником также в период его болезни или отпуска.

До истечения срока предупреждения об увольнении работник имеет право в любое время отозвать свое заявление, за исключением, если на его место не приглашен в письменной форме другой работник, которому не может быть отказано в заключении трудового договора. Отзыв возможен и до истечения календарного дня, определенного сторонами как окончание трудовых отношений, а при предоставлении отпуска с последующим увольнением — до дня начала отпуска.

В случае, если очевидно, что продолжение трудовых отношений не целесообразно, опытные руководители прибегают к увольнению *по соглашению сторон* (пункт 1, часть 1 статьи 77 ТК РФ, статья 78 ТК РФ). Для этого работник пишет заявление об увольнении с указанием причины увольнения (по соглашению сторон) и указанием конкретной даты последнего дня работы. В соглашение обязательно включается пункт о том, что стороны на момент подписания документа претензий друг к другу не имеют. Как правило, указывается материальное вознаграждение в связи с прекращением трудового договора. Судебная практика показывает, что при обжаловании такое расставание чаще сохраняет силу.

Отдельная процедура увольнения предусмотрена с лицами, с которыми трудовой договор был заключен на определенный срок (например, избранными по конкурсу, поступающими на работу по совместительству — пункт 2, часть 1 статьи 77 ТК РФ, статья 79 ТК РФ). В этом случае работодатель обязан уведомить работника о прекращении трудового договора не менее чем за три календарных дня до срока его окончания. Если трудовой договор был заключен на время исполнения

обязанностей отсутствующего работника, то главным условием его прекращения является выход последнего на работу (часть 3 статьи 79 ТК РФ).

Если по истечении срока трудового договора стороны не потребовали его расторжения и работник продолжает работу после истечения срока действия трудового договора, условие о срочном характере договора утрачивает силу автоматически, и он считается заключенным на неопределенный срок.

Пример из судебной практики.

С сотрудником заключили срочный трудовой договор. Когда он истек, его уволили. Поскольку работник был в отпуске, его уведомили через мессенджер. Письменное сообщение направили уже после увольнения. Работник оспорил действия организации.

Суды сочли увольнение незаконным. Работодатель нарушил процедуру. Он не уведомил сотрудника в письменном виде не менее чем за 3 календарных дня до увольнения. Электронного сообщения через мессенджер недостаточно. В трудовом договоре также не зафиксировали этот формат уведомлений. Работника восстановили. Отметим, что в сходных ситуациях суды поддерживали сотрудников (определение седьмого кассационного суда общей юрисдикции от 19.07.2022 № 88-10805/2022).

В Трудовом кодексе предусмотрена процедура расторжения трудового договора по инициативе работодателя: в связи с неудовлетворительным результатом испытания (статья 71 ТК РФ), допущенных работником нарушений, сокращения численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя (статья 81 ТК РФ).

Обычно сокращение проводится с целью оптимизации деятельности организации в результате снижения объемов работы; применения в работе современных технологий и современного оборудования, при использовании которых исчезает необходимость в определенных должностях и др.

Процедуры сокращения численности и сокращения штата несколько отличаются друг от друга. При сокращении штата полностью сокращается должность или несколько должностей и увольняются все работники, находящиеся на этих должностях. При этом не требуется выбирать кого из сотрудников необходимо оставить на работе, а кто подлежит увольнению по сокращению.

При сокращении численности уменьшается количество работников, занимающих определенные должности (например, из 5 администраторов должны остаться только 2).

Процедуры сокращения численности и штата могут проходить одновременно. В приказе необходимо указать причины сокращения численности (штата), например — оптимизация штата; указать должности, подлежащие сокращению; лиц, ответственных за вручение уведомлений о сокращении и предложении вакансий в течение срока уведомления; сроки проведения этих мероприятий, а также определить, кого сокращать нельзя (статья 261 ТК РФ).

Комиссионно оцените преимущественное право работников остаться на работе (проводится только при сокращении численности работников) (статья 179 ТК РФ).

При проведении процедуры сокращения необходимо уведомить:

1) органы службы занятости о возможном расторжении трудовых договоров в письменной форме не позднее чем за 2 месяца до планируемого увольнения. Информация предоставляется о каждом сокращаемом работнике. В частности, указываются его должность, профессия, специальность и квалификационные требования (Закон РФ от 19.04.1991 № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации»).

2) первичную профсоюзную организацию не позднее чем за два месяца до начала проведения соответствующих мероприятий, а в случае, если решение о сокращении численности или штата работников может привести к массовому увольнению работников, — не позднее чем за три месяца до начала проведения соответствующих мероприятий. Критерии массового увольнения определяются в отраслевых и (или) территориальных соглашениях (часть 1 статьи 82 ТК РФ). Если сокращаемый работник — член профсоюзной организации, нужно дополнительно учесть мотивированное мнение профсоюзной организации (часть 2 статьи 82 ТК РФ). Запросить мотивированное мнение лучше за один месяц до планируемого увольнения работников. Это позволит соблюсти правила части 5 статьи 373 ТК РФ, так как уволить работников можно не позднее одного месяца со дня получения от профсоюза мотивированного мнения. Если пропустить этот срок, увольнение могут признать неправомерным.

3) работников, подлежащих сокращению, персонально и под подпись не менее чем за два месяца до увольнения (часть 2 статьи 180 ТК РФ).

Информацию о сокращении численности (штата) работников организации и возможном расторжении трудовых договоров следует разместить в Общероссийской базе вакансий «Работа в России».

Пример из судебной практики.

Сотрудника уведомили о сокращении 16 июля, а 16 сентября уволили. Он оспорил действия организации.

Первая инстанция не увидела нарушений.

Апелляция и кассация признали увольнение незаконным. Отметили, что 2-месячный срок при сокращении исчисляют со следующего после уведомления дня (в данном случае — с 17 июля). Таким образом, работника уволили раньше срока, поэтому его восстановили. С учетом изложенного рекомендуем исчислять срок с запасом в несколько дней (определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 18.07.2022 № 88-14356/2022).

Требуется письменно предложить работникам подходящие вакансии, которые должны одновременно отвечать следующим условиям:

1) работник сможет выполнять работу с учетом состояния его здоровья;

2) это может быть как вакантная должность или работа, соответствующая квалификации работника, так и вакантная нижестоящая должность или нижеоплачиваемая работа.

Предлагать имеющиеся вакантные должности надо в течение всего периода мероприятий по сокращению (до дня увольнения включительно).

В трудовых отношениях возникают ситуации, когда работодатель при расторжении трудового договора вынужден применять пункты 5–14 статьи 81 ТК РФ:

– неоднократного неисполнения работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание;

– однократного грубого нарушения работником трудовых обязанностей:

а) прогула, т.е. отсутствия на рабочем месте без уважительных причин в течение всего рабочего дня (смены), независимо

от его (ее) продолжительности, а также в случае отсутствия на рабочем месте без уважительных причин более четырех часов подряд в течение рабочего дня (смены);

б) появления работника на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

в) разглашения охраняемой законом тайны (государственной, коммерческой, служебной и иной), ставшей известной работнику в связи с исполнением им трудовых обязанностей, в том числе разглашения персональных данных другого работника;

г) совершения по месту работы хищения (в том числе мелкого) чужого имущества, растраты, умышленного его уничтожения или повреждения, установленных вступившим в законную силу приговором суда или постановлением судьи, органа, должностного лица, уполномоченных рассматривать дела об административных правонарушениях;

д) установленного комиссией по охране труда или уполномоченным по охране труда нарушения работником требований охраны труда, если это нарушение повлекло за собой тяжкие последствия (несчастный случай на производстве, авария, катастрофа) либо заведомо создавало реальную угрозу наступления таких последствий;

– совершения работником, выполняющим воспитательные функции, аморального проступка, несовместимого с продолжением данной работы;

– другое.

Детальное рассмотрение особенностей применения каждой их этих норм не входит в задачи этого пособия. Важно помнить, что их применение должно быть только в ситуациях, где нет возможности найти иное решение.

Алкогольное или наркотическое опьянение. Появление на рабочем месте или территории организации, где по заданию работодателя работник выполняет трудовую функцию в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, является основанием для расторжения трудового договора. Работодатель вправе уволить сотрудника, даже если ранее он не привлекался к административной ответственности, а зафиксированный случай — единичный со стороны подчиненного. Увольнение может быть применено, если работодателю удастся доказать, что сотрудник пьян, находится в состоянии

наркотического или иного токсического опьянения и явился в таком состоянии на работу. Для этого можно использовать все доказательства: акты, объяснения свидетелей, видеозаписи, подтверждающие неадекватное поведение работника и т.д.

При увольнении работника, находящегося в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, работодателю необходимо провести ряд процедур по регистрации факта нахождения нетрезвого работника:

1. Работники, заметившие факт нахождения сотрудника в нетрезвом виде, составляют докладную записку на имя руководителя.

2. Нарушение фиксируется в письменном акте за подписями минимум двух свидетелей. Ими могут быть другие работники учреждения. Официальной формы акта нет, поэтому можно написать его в произвольном виде. Увольняемый сотрудник может отказаться от подписи акта, что фиксируется еще одним актом при свидетелях (желательно — не менее трех).

3. Нарушителю предлагают пройти медицинское освидетельствование. Медицинское освидетельствование проводится в организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). Руководитель должен выписать направление в медицинскую организацию для проведения медицинского освидетельствования. Официальной формы документа нет. Оплата проезда до места проведения и сама процедура осуществляется за счет инициатора выяснения ситуации, т.е. работодателя.

4. Сотрудник, которому предложили пройти медицинское освидетельствование, может от этой процедуры отказаться. В случае отказа также составляется акт об отказе и фиксируется при свидетелях.

5. На время выяснения обстоятельств работодатель обязан отстранить от работы сотрудника в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения (пункт 1 статьи 76 ТК РФ) на весь период времени до устранения обстоятельств, явившихся основанием для отстранения от работы.

6. На основании всех документов составляются два приказа, не позднее 1 месяца со дня обнаружения проступка.

Первый — о наложении дисциплинарного взыскания (увольнения) — пункт 3 статьи 192 ТК РФ. Для этого приказа мотивированное мнение профсоюза не требуется (статья 373 ТК РФ). Второй приказ — об увольнении за появление на рабочем месте в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

7. Приказы необходимо в течение 3 дней довести до сведения работника под подпись. Если работник отказывается ознакомиться с приказами, то опять составляется соответствующий акт.

8. Приказ об увольнении оформляется по форме Т-8. На все документы, имевшие место в ходе расследования, необходимо сослаться в отдельном пункте приказа «Основание». При отказе на предложение поставить подпись в приказе составляется акт, который будет подписан свидетелями.

3. ОХРАНА ТРУДА

Охрана труда — это система сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающая правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия (статья 209 ТК РФ).

Управление охраной труда в медицинских организациях осуществляют их руководители. Закон однозначно возлагает на работодателя персональную ответственность за обеспечение охраны труда во вверенной ему организации (несмотря на наличие ответственных руководителей структурных подразделений и специалистов по охране труда, которым главный врач делегирует часть своих обязанностей в сфере охраны труда). Руководитель организует работу по охране труда и своими действиями вовлекает работников в этот процесс (статья 214 ТК РФ).

Руководящая роль работодателя направлена на создание и функционирование системы управления охраной труда (далее — СУОТ) (приказ Минтруда России от 29.10.2021 № 776н «Об утверждении Примерного положения о системе управления

охраной труда»), которая позволяет ему создать безопасные условия труда исходя из комплексной оценки технического и организационного уровня рабочего места.

В рамках системы управления охраной труда разрабатываются и утверждаются должностные инструкции руководителей структурных подразделений и специалистов, включая их права в решении вопросов охраны труда, руководствуясь законодательными и иными нормативными правовыми актами в области охраны труда.

СУОТ представляет собой единый комплекс, состоящий:

- из организационной структуры управления, предусматривающей обязанности и ответственность в области охраны труда на всех уровнях управления;

- мероприятий, обеспечивающих функционирование СУОТ, включая контроль за эффективностью работы в области охраны труда;

- документированной информации (локальных нормативных актов, организационно-распорядительных документов, журналов, актов и пр.).

СУОТ разрабатывается в целях исключения и (или) минимизации профессиональных рисков в области охраны труда и управления указанными рисками (выявления опасностей, оценки уровней и снижения уровней профессиональных рисков) с учетом потребностей и ожиданий работников медицинской организации, а также других заинтересованных сторон (приказ Минтруда России от 28.12.2021 № 926 «Об утверждении Рекомендаций по выбору методов оценки уровней профессиональных рисков и по снижению уровней таких рисков»).

Положение о СУОТ распространяется на всех работников медицинской организации. В рамках СУОТ учитывается деятельность на всех рабочих местах структурных подразделений медицинской организации. Например, в отделениях психиатрии и наркологии одежда медработников должна быть застегнута на все пуговицы и завязки, волосы убраны под головной убор. Запрещено применять яркую косметику, бижутерию и парфюмерию. В инфекционных отделениях во время ухода за пациентами персонал обязан следить за чистотой рук и длиной ногтей. В оперблоке запрещено носить одежду из шерсти, нейлона, капрона и других синтетических материалов во избежание накопления статических

электрических зарядов на теле человека. Эти требования нужно внести в раздел общих требований в Инструкции по охране труда (приказ Минтруда России от 29.10.2021 № 772н «Об утверждении основных требований к порядку разработки и содержанию правил и инструкций по охране труда, разрабатываемых работодателем»).

Одним из важных аспектов СУОТ является политика в области охраны труда, учитывающая специфику медицинской организации, особенности организации работы в нем, а также профессиональные риски.

Политика в области охраны труда направлена на сохранение жизни и здоровья работников в их трудовой деятельности и обеспечение безопасных условий труда. Она предполагает управление рисками производственного травматизма и профессиональной заболеваемости.

Для достижения целей политики в области охраны труда реализуются следующие мероприятия:

- проведение специальной оценки условий труда (далее — СОУТ), выявление и оценка опасностей и уровней профессиональных рисков;

- информирование работников об условиях труда на рабочих местах, уровне профессиональных рисков, а также о предоставляемых им гарантиях и компенсациях (приказ Минтруда России от 17.12.2021 № 894 «Об утверждении рекомендаций по размещению работодателем информационных материалов в целях информирования работников об их трудовых правах, включая право на безопасные условия и охрану труда»);

- обеспечение стендами с печатными материалами по охране труда;

- проведение за счет собственных средств обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, психиатрических освидетельствований;

- приобретение и выдача специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты, смывающих и обезвреживающих средств в соответствии с условиями труда и согласно типовым нормам их выдачи;

- соблюдение установленного порядка обучения и профессиональной подготовки работников, включая подготовку по охране труда;

- внедрение программ электронного документооборота в области охраны труда с учетом требований законодательства;
- установка современных отопительных и вентиляционных систем, систем кондиционирования воздуха, соответствующих нормативным требованиям, для обеспечения благоприятного теплового режима и микроклимата, чистоты воздушной среды в рабочих и иных помещениях;
- обеспечение естественного и искусственного освещения на рабочих местах и в иных помещениях;
- проведение контроля за состоянием условий и охраны труда;
- непрерывное совершенствование системы управления охраной труда.

Специальную оценку условий труда в медицинских организациях проводят во исполнение Федерального закона от 28.12.2013 № 426-ФЗ на основе Методики проведения СОУТ, разработанной Минтрудом России (приказ Минтруда России от 24.01.2014 № 33н). Согласно документу, работодатель проводит мероприятия по установлению различных факторов риска, которые выявляются путем проведения исследований (испытаний). Однако все рабочие места медицинских работников, а также тех, кто непосредственно осуществляет медицинскую деятельность (биологи, лаборанты) относятся к классу условий труда при воздействии биологического фактора (работы с патогенными микроорганизмами). Это значит, что для отнесения рабочих мест к данному классу не нужно проводить исследования (испытания) и измерения. Измерения определяют лишь концентрацию патогенных микроорганизмов. Группа патогенности микроорганизмов определяется в соответствии с СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

При специальной оценке условий труда в медицинских организациях учитываются все патогенные микроорганизмы (возбудители инфекционных заболеваний), которые воздействуют на работника в ходе осуществления медицинской деятельности, исходя из наличия потенциального контакта с инфицированными пациентами или инфицированным биологическим материалом, включая кровь, выделения (внешние и внутренние) организма человека, с учетом механизмов

и путей передачи патогенных биологических агентов (патогенных микроорганизмов).

По итогам специальной оценкой условий труда (Федеральный закон от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда») медицинским работникам устанавливаются выплаты компенсационного характера.

В соответствии с законодательством РФ мероприятия СОУТ проводятся на всех производствах не реже одного раза в 5 лет. Однако для здравоохранения характерны разнообразные инфекции, которые могут представлять серьезную опасность как для сотрудников, так и для пациентов; негативное влияние на здоровье медицинских работников также может оказывать используемое оборудование, такие как рентгеновские и ультразвуковые аппараты, лазерные приборы и т.п.

Следует отметить, что для любой медицинской организации существуют свои индивидуальные особенности специальной оценки (приказ Минтруда России от 24.04.2015 № 250н «Об утверждении особенностей проведения специальной оценки условий труда на рабочих местах отдельных категорий медицинских работников и перечня медицинской аппаратуры (аппаратов, приборов, оборудования), на нормальное функционирование которой могут оказывать воздействие средства измерений, используемые в ходе проведения специальной оценки условий труда»). Эти особенности различаются для следующих типов рабочих мест: оказание скорой (экстренной или неотложной) медицинской помощи вне своей организации; реанимация, операционная, отделение интенсивной терапии, т.е. помещения с повышенными требованиями к поддержанию особой микробиологической среды и особого режима для работы медицинского оборудования; повышенные психофизиологические нагрузки на персонал со стороны больных, применение медицинской аппаратуры для диагностики и лечения.

Медицинские работники, на чьих рабочих местах условия признаны вредными или опасными, могут рассчитывать на сокращение рабочего времени (статьи 92, 94, 350 ТК РФ), дополнительные оплачиваемые отпуска (статья 117 ТК РФ), повышение зарплаты (статья 147 ТК РФ), досрочные пенсии (пункт 20, часть 1 статьи 30 Федерального Закона от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»).

Работникам, занятым на рабочих местах с вредными условиями труда, установленными по результатам специальной оценки условий труда, выдаются бесплатно по установленным нормам молоко или другие равноценные пищевые продукты. Однако по письменному заявлению работника их выдача может быть заменена компенсационной выплатой в эквивалентном размере, если это предусмотрено коллективным договором и (или) трудовым договором (приказ Минтруда России от 12.05.2022 № 291н «Об утверждении перечня вредных производственных факторов на рабочих местах с вредными условиями труда, установленными по результатам специальной оценки условий труда, при наличии которых занятым на таких рабочих местах работникам выдаются бесплатно по установленным нормам молоко или другие равноценные пищевые продукты, норм и условий бесплатной выдачи молока или других равноценных пищевых продуктов, порядка осуществления компенсационной выплаты, в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов»).

Так, для медицинских работников, имеющих дело с гамма-излучением, рабочее время сокращается до 24 часов в неделю; для сотрудников патологоанатомических отделений, а также работающих с радиоактивными веществами — до 30 часов; для работающих в лечебно-профилактических учреждениях — до 33 часов; для сотрудников инфекционных, кожно-венерологических, психиатрических отделений, лепрозориев, противочумных учреждений и т.д. — до 36 часов. На дополнительный 14-дневный оплачиваемый отпуск вправе рассчитывать медицинский персонал, который работает с ВИЧ-инфицированными. Дополнительный отпуск продолжительностью от 14 до 21 дня полагается сотрудникам, оказывающим противотуберкулезную помощь. Сотрудникам психиатрических отделений дополнительно предоставляется отпуск от 14 до 35 дней. Работа в сложных и вредных для здоровья условиях является основанием для повышения оплаты труда (минимум 4% от должностного оклада). Такое решение принимает руководство медицинской организации после консультации с представителями профсоюза. Досрочная пенсия полагается сотрудникам, трудовой стаж которых в медицинском учреждении насчитывает 25 лет (в сельской местности) и не менее 30 лет (в городских условиях).

Все работодатели обязаны оценивать профессиональные риски согласно требованиям статей 209, 210, 214, 218, 221, 224 ТК РФ. При этом в Правилах № 928н дополнительно закрепили обязанность оценивать профессиональные риски, связанные с возможным причинением вреда здоровью персонала в процессе работы. В документе также перечислены характерные для медицинских организаций опасности и профессиональные риски.

Медицинская организация самостоятельно принимает решение о привлечении к процедуре оценки условий труда сторонней организации или проводит ее своими силами. В медицинских организациях много специфических опасностей, поэтому к оценке профессиональных рисков привлекается медицинский персонал. При самостоятельной оценке создается комиссия в составе главного врача, заместителя главного врача по медицинской части, главной медицинской сестры, председателя профсоюзного комитета, врача-эпидемиолога.

Возможные профессиональные риски в медицинской организации.

Биологические риски: заражение после пореза и укола, воздушно-капельным путем, при тактильных контактах и контактах с кровью.

Химические риски: воздействие ионизирующих излучений.

Эргономические риски: физическое манипулирование пациентами или продолжительное стояние на ногах и ходьба.

Психосоциальные риски: посменная работа, стресс, насилие и психологическое преследование, запугивание со стороны пациентов и их родственников.

Правила по охране труда обязывают медицинскую организацию размещать перед въездом и входом на территорию утвержденные схемы маршрутов движения транспортных средств и движения пешеходов по территории (приказ Минтруда и социальной защиты РФ от 18.12.2020 № 928н).

Схемы разрабатывает специалист, ответственный за обеспечение хозяйственной работы в организации. Если медицинская организация использует хотя бы один автомобиль для перевозки людей, грузов или оборудования, работодатель назначает ответственного за безопасность дорожного движения (абзац 5, часть 2 статьи 20 Федерального закона от 10.12.1995 № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения»).

На территории медицинской организации особое внимание уделяется временным ямам, канавам и открытым люкам. Их надо закрывать или выставлять ограждение с сигнальным освещением и предупреждающими надписями, знаками (пункт 17 Правил по охране труда). Удостоверьтесь в исправности ночного освещения, а в зимнее время контролируйте состояние покрытия, не допускаются скользкие и травмоопасные участки (пункты 18, 21 Правил по охране труда).

Медицинский персонал должен быть обеспечен санитарной одеждой и средствами индивидуальной защиты. Работники рабочих профессий, которые не оказывают медицинские услуги, получают СИЗ по типовым нормам. Если в отраслевых и сквозных нормах нет должности работника, руководствуйтесь типовыми нормами для профессий, в которых персонал выполняет похожие работы (Приказ Минтруда России от 29.10.2021 № 766Н «Об утверждении Межотраслевых правил обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты»).

СИЗ должны иметь сертификат или декларацию, соответствовать требованиям безопасности ТР ТС 019/2011 (решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 878 «О принятии технического регламента Таможенного союза “О безопасности средств индивидуальной защиты”»). Однако действие технического регламента не распространяется на специально разработанные СИЗ для использования в медицинских целях и микробиологии. Такие медицинские изделия регистрируют в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (пункт 3 Правил государственной регистрации медицинских изделий, утвержденный постановлением Правительства от 27.12.2012 № 1416). Подробный перечень медицинских изделий с такой регистрацией указан в приложении 1 к приказу Минздрава России от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий». Например, на халат медицинский, производитель должен предоставить регистрационное удостоверение на медицинское изделие.

Если СИЗ произвели для защиты медперсонала и применяют в медицинских целях, такие средства защиты относятся к медицинским изделиям (пункт 15 приложения

к Рекомендации Коллегии Евразийской экономической комиссии от 12.11.2018 № 25 «О критериях отнесения продукции к медицинским изделиям в рамках Евразийского экономического союза»).

В письме Минздрава России от 20.12.2017 № 27–3/3788 санитарную одежду приравнивают к СИЗ, что разрешает работодателю выбирать защитные средства для персонала из типовых норм выдачи СИЗ.

При выборе СИЗ учитываются требования Приказа Минтруда России от 18.12.2020 № 928н. Например, обувь персонала в операционных должна быть на кожаной подошве или подошве из электропроводной резины. Поверх нее надевают специальные операционные бахилы из хлопчатобумажной ткани. Запрещено носить в операционной обувь с подошвой из пластика, резины или других диэлектриков.

В локальных документах СУОТ указываются процедуры выдачи, сдачи СИЗ и санитарной одежды; ответственного по уходу, хранению, своевременной химчистке, стирке, замене и ремонту СИЗ (приказ Минтруда России от 29.10.2021 № 766Н). Специалист по охране труда контролирует выдачу спецодежды, которая не относится к медицинским изделиям (пункт 3.1.3 приказа Минтруда от 22.04.2021 № 274н «Об утверждении профессионального стандарта “Специалист в области охраны труда”»).

За санитарную одежду отвечает главная медсестра, сестра-хозяйка или другое лицо, которое приказом назначил руководитель.

Приказ Минтруда России от 18.12.2020 № 928н вводит обязательное требование обеспечить коллективными средствами защиты персонал отделений радионуклидной диагностики и лучевой терапии. В пункте 61 перечислено какие конкретно средства защиты требуется установить.

Дополнительное обучение по технике безопасности проходят сотрудники, работающие с газами и наркотиками в операционных блоках (пункт 36 Правил по охране труда в медицинских организациях).

Если работники проводят рентгенологические исследования, им требуется обучение по радиационной безопасности и правилам работы с источниками ионизирующего излучения (пункт 48 Правил по охране труда в медицинских организациях).

Перед работой на лазерных установках обучают работе с лазерными приборами (пункт 97 Правил по охране труда в медицинских организациях).

Персонал клиничко-диагностических лабораторий следует обучить по программам биологической безопасности (пункт 189 Правил по охране труда в медицинских организациях).

Для самостоятельной работы в отделениях радионуклидной диагностики и лучевой терапии необходимо пройти специальную подготовку (пункт 60 Правил по охране труда в медицинских организациях). Тех, кто пройдет обучение, допускают к работе приказом по организации. В приказах для рентгенодиагностических отделений, отделений радионуклидной диагностики и лучевой терапии персонал относят к соответствующей категории, А или Б (пункты 49, 60 Правил по охране труда в медицинских организациях).

Важным условием сохранения здоровья персонала являются обязательные *предварительные медицинские осмотры*, которые проводятся при поступлении на работу (далее — предварительные осмотры) для определения соответствия состояния здоровья поступающих лиц условиям труда с учетом поручаемой ему работы. Обязательные *периодические медицинские осмотры* (далее — периодические осмотры) выполняются для динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников. По итогам оценки условий труда и результатов предварительных и периодических медицинских осмотров формируются *группы риска развития профессиональных заболеваний*, выявляются медицинские противопоказания к осуществлению отдельных видов работ.

Порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью 4 статьи 213 ТК РФ и перечень медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры, определены в приказе Минздрава России от 28.01.2021 № 29н.

ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ

1. УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ

В медицинской организации самое ценное — персонал, самое проблемное — персонал. Около тысячи работников в больнице на 500 коек вовлечено в процесс лечения: основной персонал (врачи,

Управление персоналом включает в себя способы и методы активного воздействия на человека для достижения поставленных целей и подразделяется на управление трудовыми ресурсами, управление человеческими ресурсами и управление человеческим капиталом.

медицинские сестры, в НИИ или университетах еще научные сотрудники и профессорско-преподавательский состав), вспомогательный персонал (младший медицинский, электрики, инженеры, администрация — бухгалтеры, экономисты, юристы, специалисты отдела кадров, все заместители, в том числе по медицинской или лечебной работе). За весь коллектив отвечает главный врач. В связи с этим для успешного развития клиники важным является компетентность руководителя в вопросах

управления персоналом, владение принципами и методами, на основе которых строится работа с кадрами. Управление персоналом включает в себя способы и методы активного воздействия на человека для достижения поставленных целей и подразделяется на управление трудовыми ресурсами, управление человеческими ресурсами и управление человеческим капиталом.

Управление трудовыми ресурсами — технократический подход к человеку в организации, не учитывающий личностные, профессиональные качества, возможности и способности человека.

Управление человеческими ресурсами охватывает всю жизнедеятельность человека в организации и за ее пределами.

Управление человеческим капиталом — подход, при котором учитываются интересы, потребности, потенциальные способности и возможности человека, разрабатываются различные мероприятия, направленные на активизацию человека.

Управление персоналом на предприятии — вид деятельности, позволяющий реализовать, обобщить широкий спектр вопросов адаптации индивида к внешним условиям с учетом личностного фактора в построении системы управления персоналом предприятия.

Структура службы управления персоналом во многом определяется характером и размерами предприятий. В системе здравоохранения данная функция обычно находится в ведении отдела кадров, однако кадровое администрирование — лишь одна из функций управления персоналом.

Управление персоналом предполагает выполнение следующих работ:

1. Планирование персонала: разработка плана удовлетворения будущих потребностей в человеческих ресурсах.

2. Подбор персонала: подбор кадров в зависимости от соответствия требованиям и квалификации, создание кадрового резерва по всем должностям.

3. Отбор: оценка кандидатов на соответствие должностям и отбор лучших из резерва, созданного в ходе набора.

4. Определение заработной платы и льгот: разработка структуры заработной платы и льгот в целях привлечения, найма и сохранения работников. Разработка системы оплаты труда осуществляется в рамках системы мотивации труда на предприятии.

5. Профориентация и адаптация: введение вновь принятых работников в организацию и ее подразделения, развитие у них понимания ожиданий организации от своих сотрудников.

6. Обучение: разработка программ для обучения трудовым навыкам, требующимся для эффективного выполнения работы.

7. Оценка трудовой деятельности: разработка методики оценки трудовой деятельности и доведение ее до работника.

8. Повышение, понижение, перевод, увольнение: разработка методов перевода работников на различные должности внутри предприятия, повышение профессионализма через ротацию

(переход на другие должности или участки работы) или через процедуру прекращения трудового договора.

9. Подготовка руководящих кадров, управление продвижением по службе: разработка специализированных программ, направленных на повышение эффективности труда руководящих кадров через развитие их отдельных способностей, например «мягких» навыков.

Обобщение опыта отечественных и зарубежных предприятий позволяет сформулировать главную цель системы управления персоналом: *обеспечение кадрами, организация их эффективного использования, профессионального и социального развития*. В соответствии с этим формируется система управления персоналом предприятия.

Методы и способы управления являются важными категориями науки управления. Взаимосвязь различных методов, приоритет отдельных методов характеризуют цели управления (табл. 39).

Таблица 39

Методы управления персоналом

Административные	Экономические	Социально-психологические
Формирование структуры органов управления	Технико-экономический анализ	Социальный анализ в коллективе работников
Установление государственных заказов	Планирование	Социальное планирование
Утверждение административных норм и нормативов	Технико-экономическое обоснование	Участие работников в управлении
Издание приказов и распоряжений	Материальное стимулирование	Социальное развитие коллектива
Подбор и расстановка кадров	Ценообразование	Формирование групп, создание оптимального психологического климата
Разработка положений и должностных инструкций, стандартов предприятия	Налоговая система	Моральное стимулирование
Производственная система	Экономические нормы и стандарты	Развитие у работников инициативы и ответственности

В управлении предприятием нельзя игнорировать ни один из методов. Эффективность управления достигается путем их сочетания.

Основными задачами управления персоналом в здравоохранении являются эффективный подбор и удержание персонала в организации, поддержание работоспособности персонала, оптимизация кадрового потенциала. Это предполагает разработку и внедрение стандартизированных методов подбора, отбора медицинского персонала с учетом социально-психологического и компетентностного подхода (например, разработка психогрaмм для соответствующих должностей, входной профессиональный психологический отбор), что в перспективе позволит улучшить характеристики кадрового состава организации и показатели качества предоставляемых услуг как в организации, так и в системе здравоохранения в целом.

Основными задачами управления персоналом в здравоохранении являются эффективный подбор и удержание персонала в организации, поддержание работоспособности персонала, оптимизация кадрового потенциала.

Оценка эффективности работы сотрудников традиционно представлена организацией аттестации персонала, которая, если проводится формально, создает напряженность в коллективе и мешает нормальной работе. Вместе с тем профессиональные стратегии развития сотрудников медицинской организации предполагают постоянное самосовершенствование и повышение квалификации. Повышение квалификации и обучение персонала в медицинских организациях контролируются и проводятся с соблюдением всех требований, предъявляемых к медицинским специальностям, хотя уже наблюдается применение в качестве дополнительных образовательных практик инновационных форм повышения квалификации медицинских специалистов (по вопросам межличностной психологии, проектному управлению, иностранному языку и т.д.).

2. УПРАВЛЕНИЕ МОТИВАЦИЕЙ

В основе управления коллективом лежит формирование необходимой мотивации. Подходы к его изучению разнообразны (свыше 50 теорий). При этом понятие мотивации в каждом из подходов наполняется своим специфическим содержанием, например трудовая, экономическая, педагогическая и т.п.

Структура мотива. Традиционно принято выделять следующую структуру:

1. Потребностный блок: физиологические и общественные потребности, осознание долга.

2. Блок «внутреннего фильтра»: нравственные ориентиры (ценности, установки, идеалы, убеждения), оценка внешних факторов (риски, условия достижения поставленных целей), оценка внутренних факторов (собственные возможности, знания, умения, навыки), предпочтения (уровень притязаний, интересы, склонности).

3. Целевой блок (видимое представление желаемого результата или предмета, который может удовлетворить потребность): опредмеченное действие, процесс удовлетворения потребности и потребностная цель.

Структура каждого мотива представляет собой сочетание таких компонентов, которые определяют принятое решение, отражая в себе несколько целей и причин. В зависимости от мотива набор компонентов может меняться, в его состав могут входить два-три компонента из одного блока, один из которых основной, остальные — соподчиненные (рис. 28).

Функции мотивов:

1. Побуждающая функция связана с возникновением потребностного состояния, которое вызывает мобилизацию энергии.

2. Направляющая функция проявляется в регулировании вектора направленности на определенный объект за счет наличия в мотиве цели.

3. Стимулирующая функция направлена на поддержание соответствующего поведения до момента достижения поставленной цели.

Это требует достаточного времени и прилагаемых усилий, направленных на преодоление возможных трудностей, поэто-



Рисунок 28. Компонентный состав мотивов по Е.П. Ильину

му здесь речь идет о необходимом дополнительном волевом усилии.

Можно заключить, что мотивация — это совокупность функций, побуждающих, направляющих и поддерживающих поведение человека в процессе достижения поставленной цели.

Трудовая мотивация объясняет следующие аспекты поведения (Дж. Кэмпбелл):

1. Избирательность: почему человек выбирает именно это, а не какое-либо другое задание или способ его выполнения (содержательная ориентация поведения).

2. Интенсивность: почему человек демонстрирует готовность прилагать усилия, т.е. действовать.

3. Продолжительность: почему человек делает это на протяжении определенного времени.

Важно помнить, что мотивация выступает только одним из факторов, которые определяют результаты работы. Кроме нее на результаты влияют способности человека, его опыт, организация рабочей среды и т.п.

Мотивация — это совокупность функций, побуждающих, направляющих и поддерживающих поведение человека в процессе достижения поставленной цели.

Трудовая мотивация — результат сочетания комплекса разнонаправленных потребностей и других факторов. При этом выделять какой-то один ведущий фактор из данного комплекса для объяснения всей трудовой мотивации человека не следует.

Трудовая мотивация — результат сочетания комплекса разнонаправленных потребностей и других факторов. При этом выделять какой-то один ведущий фактор из данного комплекса для объяснения всей трудовой мотивации человека не следует.

Сегодня в большинстве организаций принято опираться на общекорпоративную систему стимулирования, хотя специалисты все чаще отме-

чают необходимость индивидуального стимулирования ключевых сотрудников и сегментации стимулов для отдельных групп работников, например линейных менеджеров или вспомогательного персонала.

Наиболее результативным считается подход, в рамках которого общекорпоративное, групповое или индивидуальное стимулирование осуществляется с использованием разнообразных типов мотивации (рис. 29).

Данная классификация наглядно демонстрирует возможность мотивации персонала различными методами. Важно дополнять систему материального стимулирования разнообразными нематериальными элементами, предназначенными для удовлетворения психологических потребностей сотрудников.

Нематериальная мотивация персонала и влияние на нее руководителя. Трудовая мотивация человека — это не только фактор материального вознаграждения, но и влияние нематериальных факторов. Оптимальные формы материального стимулирова-



Рисунок 29. Типы мотивации персонала

ния (соотношение постоянной и переменной частей заработной платы, бонусы и др.) являются одним из ключевых инструментов управления продуктивностью труда работника, но действие этого инструмента ограничено. Например, при достаточно высоких уровнях заработной платы действие данного фактора может ослабевать, выдвигая на первый план нематериальные факторы мотивации. К ним относятся возможность участия в управлении и прибыли организации, публичное признание, похвала за успехи (почетные грамоты, размещение на доске почета), психологический климат в коллективе (комфортная атмосфера и отношения между коллегами), мероприятия внутри коллектива, корпоративы, мотивирующие совещания, поздравления со значимыми для сотрудников датами (дни рождения, профессиональные праздники), обратная связь от руководства, участие в принятии стратегических решений.

По данным исследований, основные мотивы трудового поведения медицинских работников начинают формироваться еще с момента выбора профессии. Выявлено, что для большинства медицинских работников при выборе профессии мотивом служит интерес к данной деятельности (54,1%). Вторым по значению является мотив желания приносить пользу обществу (29,3%). 13,4% медицинских работников избирают эту профессию в силу сформированной семейной традиции. При этом процент людей, которые случайно выбирают медицинские специальности, низкий (2%). Медицинскими работниками люди становятся осознанно, задолго до начала трудовой деятельности решив, кем они будут работать в будущем.

Однако есть и демотивирующие факторы (табл. 40).

Таблица 40

Факторы, негативно влияющие на мотивацию персонала, и способы ослабления их влияния

Негативный фактор	Способ ослабления влияния
Взаимодействие с нервными и агрессивными пациентами	Тренинги или группы психологической разгрузки, снятия эмоционального напряжения, разрядка. Коллективное обсуждение и решение ситуаций с «проблемными» пациентами (обмен опытом, поиск решения, разработка стратегии взаимодействия)

Окончание таблицы 40

Негативный фактор	Способ ослабления влияния
Высокая занятость	Профилактика синдрома эмоционального выгорания. Доброжелательные и уважительные отношения в коллективе, благоприятный психологический климат. Создание комфортных условий работы (место для обеда или отдыха и т.д.)
Большой спектр обязанностей	Тайм-менеджмент (развитие навыков управления своим временем), планирование. Делегирование полномочий. Тренинги навыков (или обсуждения в коллективе): расстановка приоритетов, распределение дел, обязанностей, отсутствие идеализации — работа в силу своих возможностей
Бюрократия	Делегирование. Выработка привычки (автоматическое выполнение рутинных задач)

В силах руководителя влиять на неблагоприятные условия труда и психологический климат в коллективе. Если мы говорим о том, что большинство медицинских работников находится в своей профессии по призванию, значит, к такого рода деятельности они так или иначе готовы. Однако это свидетельствует о необходимости осуществлять поддержку сотрудников для сглаживания неблагоприятных факторов условий труда. К таким факторам относятся неустроенность рабочих помещений, стрессы, вызванные взаимодействием с тревожными и агрессивными пациентами, высокая занятость, большой спектр обязанностей, бюрократизм. Их можно сгладить с помощью развитой корпоративной культуры и повышения уровня благоприятности психологического климата в коллективе.

Важно отметить, что недостаточно просто создавать условия, проводить тренинги и мероприятия. Необходимо объяснять коллективу значимость этих мер, транслировать убежденность в том, что они помогают создать благоприятные условия труда, демонстрировать подчиненным заинтересованность руководителя в создании максимально комфортных условий для работы,

чтобы люди понимали, зачем это нужно и как можно улучшить положение дел.

Несмотря на то, что существует множество нюансов в сфере здравоохранения, влияющих на мотивацию всего персонала в целом (от младшего медицинского до врачебного), эффективный руководитель может найти подходы и методы для создания таких условий, в которых каждый сотрудник будет стремиться к профессиональному развитию, работать на благо коллектива, пациента и заботиться о своем душевном и физическом состоянии. Имеет значение степень заинтересованности и самого руководителя в развитии своих сотрудников, его желание организовать рабочие процессы, мотивацию и нюансы корпоративной культуры для повышения уровня комфорта сотрудников.

Наиболее удобные способы диагностики мотивации сотрудников — проведение опросов и анкетирование.

Процесс увольнения является не менее важным, чем принятие на работу. Его необходимо организовывать таким образом, чтобы, несмотря на решение сотрудника уволиться, у него осталось приятное впечатление об организации, в которой он работал. Правильное и этичное увольнение способствует поддержанию имиджа организации. Анкетирование при увольнении позволяет выявить причины, снижающие работоспособность, мотивацию персонала к труду, а, следовательно, и эффективность, качество труда, и принять меры для изменения ситуации к лучшему.

3. УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТАМИ

Конфликт — явление, неизбежно присутствующее во всех областях деятельности. Это одновременное столкновение разнонаправленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов субъектов взаимодействия, фиксируемых ими в жесткой форме.

Более 65% проблем в трудовом коллективе связаны с нарушениями отношений между сотрудниками, а не с недостатками в их профессиональной подготовке и мотивацией. Согласно зарубежным исследованиям проблем управления, на улаживание конфликтов у руководителя уходит 25% рабочего времени.

Основные структурные компоненты конфликта.

Предмет конфликта — то, из-за чего возникает конфликт. Может быть как материальным, так и психологическим, достаточно значимым для участников противоборства (значимость может носить ситуативный характер), одним из факторов, определяющих поведение конфликтующих.

Объект конфликта — конкретная потребность (причина), мотивация, движущая сила. Точное знание объекта позволяет точно спрогнозировать поведение оппонента.

Стороны (оппоненты) конфликта — субъекты социального взаимодействия, находящиеся в состоянии конфликта.

Мотивы конфликта — внутренние побудительные силы, подталкивающие субъектов социального взаимодействия к конфликту, выступающие в форме потребностей, интересов, целей, идеалов, убеждений.

Позиции конфликтующих сторон — то, что оппоненты заявляют друг другу в ходе конфликта или в переговорном процессе.

Причины и условия возникновения конфликтов в медицине. Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в триаде «врач — пациент — общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.), а также различные типы социальных взаимодействий: конкуренцию, кооперацию, конфликт — с учетом набора функций каждого из них. В этой связи конфликт является одной из форм реализации взаимоотношений социальных субъектов в медицинской сфере.

Субъектами конфликтов в медицине выступают медицинские работники, пациенты, медицинские коллективы в целом, группы поддержки, принимающие сторону пациента и других участников, входящих в сферу медицинской деятельности.

Уровень готовности врача вступить в конфликт с пациентом зависит от материально-технической базы лечебного учреждения, степени квалификации медицинского персонала, стоимости и качества предоставляемых услуг, оценки пациентом объективных и субъективных составляющих медицинской помощи.

Стороны конфликта в медицине:

– в межличностных конфликтах: врач — пациент, врач — врач, врач — администратор;

– межгрупповых конфликтах: администрация ЛПУ — пациент, врач — родственники пациента, ЛПУ (юридическое лицо) — пациент (истец в суде).

Предмет конфликта в медицине:

– объективные причины (независящие от врача): организационно-технические, финансовые (экономические);

– субъективные причины (зависящие от врача): информационно-деонтологические, диагностические, лечебно-профилактические, тактические.

Ключевой характеристикой конфликта является динамика его развития, проходящего несколько этапов. Знание основного содержания каждого этапа важно для прогнозирования, оценки и выбора технологий управления этим конфликтом.

Этапы конфликта:

1. Возникновение и развитие конфликтной ситуации. Одним или несколькими субъектами социального взаимодействия создается конфликтная ситуация, выступая предпосылкой конфликта. При определенных условиях она переходит в конфликт.

2. Осознание конфликтной ситуации хотя бы одним из участников социального взаимодействия и эмоциональное переживание им этого факта. Следствием и внешним проявлением такого осознания и эмоциональных переживаний могут быть изменение настроения, критические и недоброжелательные высказывания в адрес потенциального противника и т.д.

3. Начало открытого конфликтного взаимодействия. Один из участников социального взаимодействия, осознавший конфликтную ситуацию, переходит к активным действиям в ущерб своему «противнику» в форме заявления, предупреждения и т.п. Другой участник осознает, что эта активность направлена против него, и предпринимает в ответ на нее активные действия против инициатора конфликта.

4. Развитие открытого конфликта. Участники конфликта открыто заявляют о своих позициях, выдвигают свои требования.

5. Разрешение конфликта. В процессе разрешения конфликта главным является устранение конфликтной ситуации и снятие ее предмета.

Учитывая, что конфликт — явление неоднозначное, целесообразно выделить его положительные и отрицательные функции.

Положительные функции конфликта в организации:

- инициация изменений, обновления, прогресс — любое обновление невозможно без конфликтов;
- демонстрация интересов конфликтующих сторон, т.е. выявление реальных позиций сторон в отношении конкретных вопросов, что позволяет яснее увидеть проблему и создает благоприятную почву для ее решения;
- формирование у участников конфликта чувства сопричастности к результату;
- разрядка психологической напряженности;
- выявление неформальных групп, их лидеров и более мелких группировок, что может быть использовано руководителем для повышения эффективности управления;
- усиление групповой сплоченности.

Отрицательные функции конфликта в организации:

- ухудшение социально-психологического климата, нарастание враждебности и агрессивности поведения, недоверия к руководству и окружающим;
- провоцирование развития стрессов и, как следствие, снижение производительности труда, увеличение текучести кадров;
- отвлечение персонала от реальных проблем и целей организации;
- снижение возможности сотрудничества с оппонентами в будущем.

Типы конфликтов в организации и их причины:

1. Межличностный конфликт. Самый распространенный тип в организациях, проявляется по-разному. В основе такого типа конфликтов лежат как объективные причины (борьба за ограниченные ресурсы), так и субъективные (различия в характерах, мнениях, взглядах людей).

2. Конфликт между личностью и группой. В неформальных группах существует свод своих норм и правил, которые должен соблюдать каждый член группы, отступление от них воспринимается как негативное явление, что ведет к развитию противостояния. Другой распространенный конфликт этого типа — конфликт между руководителем и группой. Наиболее тяжело такие конфликты протекают при авторитарном стиле руководства.

3. Межгрупповой конфликт. Организация состоит из множества формальных и неформальных групп, между которыми

могут возникать конфликты. Например, между руководством и исполнителями, между неформальными группами внутри подразделений, между администрацией и профсоюзом. Межгрупповые конфликты обусловлены несовместимостью целей в борьбе за ограниченные ресурсы (власть, богатство, территория, материальные ресурсы и т.п.), т.е. наличием реальной конкуренции, а также возникновением социальной конкуренции.

4. Внутрикorporативные конфликты можно разделить на трудовые и производственные (в зависимости от типа затрагиваемых отношений):

- Трудовой конфликт — столкновение интересов работодателя и работника (по поводу применения действующего законодательства о труде, установления новых или изменения существующих условий труда и т.п.).

- Производственный конфликт — скрытое или открытое столкновение индивидуальных и (или) групповых интересов в сфере деловых и профессиональных отношений, складывающихся в процессе совместной производственной деятельности.

Основные причины возникновения конфликта в организациях:

1. Распределение ресурсов. Именно руководство отвечает за эффективное распределение ресурсов (информация, материалы, финансы), носящих ограниченный характер, между различными группами, чтобы достичь организационных целей.

2. Взаимозависимость задач. Все организации являются системами, состоящими из взаимозависимых элементов, движущимися к достижению общей цели. При неадекватной работе одного подразделения или человека взаимозависимость задач может стать причиной конфликта.

3. Различия в целях. Вероятность возникновения конфликта возрастает по мере того, как организации становятся более специализированными и разбиваются на подразделения, а подразделения могут ставить свои специализированные цели выше общей.

4. Различия в представлениях и ценностях. Вместо объективной оценки ситуации люди могут руководствоваться теми взглядами, которые, по их мнению, благоприятны для их группы и личных потребностей.

5. Различия в манере поведения и жизненном опыте. Люди с авторитарными чертами характера быстрее вступают в конфликт, что снижает степень взаимопонимания и сотрудничества между представителями различных подразделений, несхожими в жизненном опыте, ценностях, образовании, стаже, возрасте и социальных характеристиках.

6. Неудовлетворительные коммуникации. Плохая передача информации может выступать причиной, катализатором и следствием конфликта, мешая отдельным работникам или группе понять ситуацию с точки зрения других.

Уровни конфликтов в медицине (рис. 30).

- Вертикальные конфликты в медицине:

1. Система здравоохранения — общество: высший уровень противоречий.

2. Учреждения здравоохранения (администрация) — медицинский персонал: средний уровень противоречий.

3. Медицинский персонал — пациенты (и их родственники): низший уровень противоречий.

- Горизонтальные конфликты в медицине:

1. Уровень «Общество»: по поводу проводимой в обществе политики в области здравоохранения между основной частью граждан (гражданским обществом) с одной стороны и высшими руководящими структурами (органами власти) с другой.

2. Уровень «Администрация»: возможны как вертикальные конфликты между различными уровнями управленческих структур, так и горизонтальные, например между различными лечебными учреждениями.

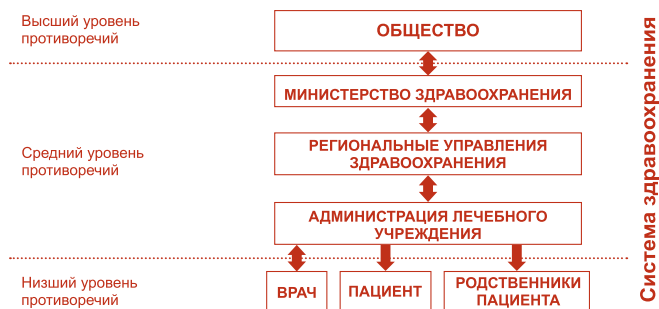


Рисунок 30. Вертикальные и горизонтальные конфликты в медицине

3. Уровень «Врач — пациент»: конфликты в системах «врач — врач», «пациент — пациент».

Противоречия, ведущие к возникновению конфликтов в системе здравоохранения:

Уровень «Общество — здравоохранение»:

1. Низкая информированность общества о концепции развития здравоохранения.

2. Недостаточность финансового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения.

Последнее может приводить к развитию социально-трудовых конфликтов, росту недовольства медицинского персонала уровнем вознаграждения своего труда, что вынуждает вести поиски дополнительного заработка и приводит к снижению качества работы.

Уровень «Врач — пациент»: сутью является столкновение мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Объективные конфликты в системе «врач — пациент» чаще вызваны неполучением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов. Например, врач обещал больному полное излечение, а в результате особенностей течения болезни наступила стойкая утрата трудоспособности.

Наиболее распространенные способы разрешения конфликтов в медицинской практике:

1. Досудебный: разрешение конфликта на первичном уровне врач — пациент заведующим отделением, администрацией ЛПУ, КЭК, этическим комитетом.

2. Судебный: разрешение конфликта органами государственной юрисдикции, органами негосударственной юрисдикции — специализированными третейскими судами.

Социально-экономические характеристики медицинских работников и пациентов практически аналогичны. Различия заключаются лишь в том, что в конфликт часто вступают врачи, имеющие высокую профессиональную квалификацию. Несмотря на осознанный выбор ими специальности и значительный опыт работы с людьми, демотивирующие факторы, перечисленные в предыдущем разделе, провоцируют ухудшение социально-психологического климата, определяя характер

межличностных отношений в момент оказания медицинской помощи.

Для разных отраслей медицинской деятельности ведущими являются разные причины, выступающие конфликтогенным фактором:

- отсутствие развитых навыков коммуникативной компетенции (во всех отраслях);
- сокращение продолжительности врачебного приема (в поликлинике);
- результаты экспертизы (в судебно-медицинской практике);
- несоответствие цены и качества услуги (в стоматологической практике);
- конфликт врача и фармацевта — конфликт профессионалов, который может быть позитивным, конфликт фармацевта и пациента — конфликт профессионала и непрофессионала (в фармации);
- риски для здоровья испытуемых (в клинических испытаниях).

Технологии управления конфликтами. Важным и ценным умением руководителя является эффективное, справедливое и грамотное управление конфликтами, которое может быть сформировано жизненным опытом, а также особой социально-психологической подготовкой.

Управление конфликтом — целенаправленное, обусловленное объективными законами воздействие на его динамику в интересах развития или разрушения той социальной системы, к которой имеет отношение данный конфликт. Управление конфликтами как сложный процесс включает следующие виды деятельности:

Регулирование конфликта — вид деятельности субъекта управления, направленный на ослабление и ограничение конфликта, обеспечение его развития в сторону разрешения.

Стимулирование конфликта — направленный на провокацию и развитие конфликта вид деятельности субъекта управления. Оправдано только по отношению к конструктивным конфликтам. Позитивное протекание конфликта, разрядка напряженности в трудовом коллективе позволяют избежать более острого противостояния, которое может привести к значительному материальному и моральному ущербу.

Разрешение конфликта — заключительный этап управления конфликтом, вид деятельности субъекта управления, связанный с завершением конфликта. Разрешение конфликта может быть полным и неполным. Полное разрешение конфликта достигается при устранении причин, предмета конфликта и конфликтных ситуаций. Неполное разрешение конфликта происходит тогда, когда устраняются не все причины или конфликтные ситуации. В таком случае неполное разрешение конфликта может быть этапом на пути к его полному разрешению.

При разрешении конфликтной ситуации руководителю стоит избегать следующих ошибок: нарушения служебной этики, нарушения трудового законодательства, несправедливой оценки руководителем подчиненных и результатов их труда.

Предупреждение конфликта — вид деятельности субъекта управления, направленный на недопущение возникновения конфликта.

Предупреждение конфликтов основывается на их прогнозировании. В этом случае на основе полученной информации о причинах зреющего нежелательного конфликта предпринимается активная деятельность по нейтрализации действия всего комплекса детерминирующих его факторов. Основным источником прогнозирования конфликтов является изучение объективных и субъективных условий и факторов взаимодействия между людьми, а также их индивидуально-психологических особенностей.

Основные пути предупреждения развития конфликтов:

- 1) постоянная работа по улучшению условий труда, совершенствованию системы оплаты, улучшению организации производства и бытовых условий работников;
- 2) подбор и расстановка сотрудников с учетом их индивидуально-психологических особенностей;
- 3) реализация принципа социальной справедливости в любых решениях, затрагивающих интересы коллектива и личности;
- 4) соблюдение служебной этики;
- 5) строгое следование трудовому законодательству;
- 6) воспитание сотрудников, формирование у них высокой психолого-педагогической культуры общения.

Структурные методы разрешения конфликта:

1. Разъяснение требований к работе, того, какие результаты ожидаются от каждого сотрудника и подразделения.

2. Координационные механизмы. Установление иерархии полномочий упорядочивает взаимодействие людей. Если два или более подчиненных имеют разногласия по какому-то вопросу, конфликта можно избежать, обратившись к их общему начальнику, предлагая ему принять решение.

3. Общеорганизационные комплексные цели. Эффективное осуществление этих целей требует совместных усилий двух или более сотрудников, групп или отделов и способствует сплочению.

4. Структура системы вознаграждений. Вознаграждения можно использовать как метод управления конфликтной ситуацией, оказывая влияние на поведение людей, чтобы избежать дисфункциональных последствий.

В заключение отметим, что конфликт — чрезвычайно сложное и противоречивое психологическое явление. При всех плюсах и минусах конфликтов они неизбежны, более того, иногда они нужны. Так, при переходе к пациент-центрированной системе отношений в здравоохранении существует необходимость использовать конструктивные функции конфликта на основе коллегиальной модели взаимоотношений врача и пациента. Другие модели взаимоотношений (контрактная, инженерная и патерналистская) содержат риски негативного развития конфликта.

ГЛАВА 3.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Средний медицинский персонал, наравне с врачами и организаторами здравоохранения, играет ключевую роль в оказании медицинской помощи населению. Профессиональная деятельность среднего медицинского персонала крайне важна на всех этапах оказания медицинской помощи. Именно поэтому современное здравоохранение уделяет пристальное внимание вопросам среднего профессионального образования, реализации профессиональных возможностей среднего и младшего медицинского персонала, а также формированию благоприятных и безопасных условий труда.

Особое место в деятельности среднего и младшего медицинского персонала занимает профилактическая работа, участие в реализации лечебно-диагностического процесса, поддержка и уход за пациентами с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями, повышение приверженности населения здоровому образу жизни, а также реабилитационная и медико-социальная помощь пациентам с ХНИЗ, осуществление патронажной деятельности, предоставление паллиативной помощи и т.д. В этой главе мы рассмотрим особенности нормативно-правового регулирования процесса допуска к профессиональной деятельности среднего и младшего медицинского персонала, квалификационные требования и должностные обязанности, уделив особое внимание соблюдению требований санитарно-эпидемиологического законодательства в работе среднего и младшего медицинского персонала.

1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Профессиональная деятельность среднего и младшего медицинского персонала определяется нормативными документами, формирующими требования к квалификации, аттестации и допуску к профессиональной деятельности среднего и младшего медицинского и фармацевтического персонала, в том числе регулируется возможность допуска к медицинской деятельности лиц без предъявления требований к образованию в качестве младшего медицинского персонала.

Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 205Н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» определяет более 30 наименований должностей средних медицинских работников, например:

- акушер;
- гигиенист стоматологический;
- заведующий молочной кухней;
- заведующий здравпунктом — фельдшер (медицинская сестра);
- заведующий фельдшерско-акушерским пунктом — фельдшер (акушер, медицинская сестра);
- зубной врач;
- зубной техник;
- инструктор по лечебной физкультуре;
- лаборант;
- медицинская сестра;
- медицинская сестра-анестезист;
- медицинская сестра участковая;
- медицинский оптик-оптометрист;
- медицинский регистратор;
- медицинский статистик;
- операционная медицинская сестра;
- помощник врача-эпидемиолога;
- рентгенолаборант;
- старшая медицинская сестра (акушер, фельдшер, операционная медицинская сестра, зубной техник);

- фельдшер;
- фельдшер-водитель скорой медицинской помощи.

Перечень квалификационных требований к специалистам со средним медицинским образованием утвержден одноименным приказом Минздравом России от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием», а также приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», где содержатся требования к уровню профессионального образования, виды дополнительного профессионального образования и периодичность повышения квалификации, а также наименования возможных должностей, которые могут занимать лица со средним профессиональным образованием в медицинской организации.

В силу обширности выполняемых видов деятельности не представляется возможным в рамках одной главы проанализировать весь функционал работы среднего и младшего медицинского персонала, поэтому рассмотрим должностные требования по отдельным группам.

Так, должностные обязанности руководителей (главная медицинская сестра, главная акушерка, главный фельдшер) и организаторов сестринского дела (старшая медицинская сестра, акушерка, фельдшер) определяют их функционал в рамках рационального руководства деятельностью среднего и младшего медицинского персонала, применения ресурсосберегающих технологий в управлении персоналом, учета, распределения и планирования расходования лекарственных средств и медицинских изделий, соблюдения требований санитарно-эпидемиологического законодательства, требований охраны труда и профилактики профессиональных заболеваний, а также ведения учетно-отчетной документации. Данные категории работников в своей профессиональной деятельности должны знать вопросы организации работы и нормирования труда среднего и младшего медицинского персонала, вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических веществ

и их прекурсоров, организации и обеспечения санитарно-противоэпидемического режима, профилактики заболеваний, профессиональной этики и деонтологии, вопросы экономического обеспечения деятельности медицинской организации и управления ее ресурсами, требования трудового законодательства, охраны труда и противопожарной безопасности.

Должностные обязанности среднего медицинского персонала определяются таким функционалом, как оказание доврачебной медицинской помощи, взятие биологических материалов, проведение дезинфекционно-стерилизационных мероприятий и мероприятий по обращению с медицинскими отходами, выполнение врачебных назначений и сестринских манипуляций, подготовка пациента к различным видам исследований, обращение с лекарственными средствами, ведение медицинской документации, осуществление санитарно-просветительской и профилактической работы, руководство деятельностью младшего медицинского персонала.

Перечень должностей младшего медицинского персонала включает шесть должностей младшего медицинского и фармацевтического персонала:

- младшая медицинская сестра по уходу за больными;
- младший фармацевт;
- сестра-хозяйка;
- фасовщица;
- санитарка;
- санитар-водитель.

Квалификационные требования, предъявляемые к должностям младшего медицинского персонала, определены приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н и професси-

ональными стандартами для каждой из должностей.

В 2016 г. были утверждены профессиональные стандарты квалификационных и должностных требований к средним и младшим медицинским работникам. Они определили обобщенные трудовые функции и их характеристики, например требования к обра-

В настоящее время каждая медицинская организация обязана учитывать требования профессиональных стандартов и применять их в отношении всех категорий должностей работников.

зованию, обучению, наличию опыта работы, условия допуска к работе, а также возможные наименования должностей. В настоящее время каждая медицинская организация обязана учитывать требования профессиональных стандартов и применять их в отношении всех категорий должностей работников.

2. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Основной вид деятельности среднего и младшего медицинского персонала — выполнение манипуляций — инвазивных и неинвазивных. Как известно, руки медицинского персонала являются в более чем 50% случаев факторами передачи инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее — ИСМП), поэтому средний и младший медицинский персонал должен осознавать важную задачу профилактики ИСМП при выполнении различных манипуляций и видов деятельности, сопряженных с опасностью распространения ИСМП.

Комплекс мер профилактики ИСМП предполагает соблюдение персоналом санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований, в первую очередь это требования дезинфекции помещений и предметов ухода, применения современных высокоэффективных дезинфицирующих средств, антисептиков и средств для стерилизации медицинских изделий, проведения качественной предстерилизационной обработки и стерилизации инструментария, неукоснительного следования правилам асептики и антисептики, выполнения комплекса мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (на примере профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»):

- организация рабочего места и безопасной окружающей среды в помещениях с асептическим режимом, в том числе в стерилизационном отделении (кабинете), медицинской организации;
- проведение экстренных профилактических мероприятий при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинских работников;

- дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий;
- упаковки медицинских изделий в соответствии с видом стерилизации;
- стерилизации медицинских изделий, контроль режимов стерилизации;
- контроля качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий;
- обеспечение хранения стерильных медицинских изделий;
- эксплуатация оборудования с соблюдением правил, инструкций по эксплуатации, требований охраны труда при работе в помещениях с асептическим режимом, в том числе в стерилизационном отделении (кабинете).

В целях обеспечения стандартов выполнения указанных выше алгоритмов средний медицинский персонал должен уметь организовывать рабочее пространство и поддерживать безопасную среду для проведения работ по стерилизации медицинских изделий; соблюдать санитарно-эпидемиологические требования и нормативы медицинской организации, в том числе санитарно-противоэпидемический режим стерилизационного отделения (кабинета); применять средства индивидуальной защиты; соблюдать меры асептики и антисептики, принципы индивидуальной изоляции при выполнении медицинских вмешательств; осуществлять сбор, обеззараживание и временное хранение медицинских отходов; соблюдать требования охраны труда при обращении с острыми (колющими и режущими) инструментами, биологическими материалами; осуществлять прием, хранение и выдачу медицинских изделий в стерилизационном отделении (кабинете); проводить стерилизацию медицинских изделий; осуществлять контроль режимов стерилизации; проводить дезинфекцию и предстерилизационную очистку медицинских изделий ручным и механизированным способом; производить отбор проб для определения качества предстерилизационной очистки медицинских изделий; осуществлять сортировку и упаковку медицинских изделий в соответствии с видом стерилизации; соблюдать правила эксплуатации оборудования и охраны труда при работе в помещениях с асептическим режимом.

Младший медицинский персонал также наделен обязанностями следовать санитарно-эпидемиологическим требованиям и выполнять работы по обращению с медицинскими отходами, правильно применять средства индивидуальной защиты, проводить гигиеническую обработку рук. В условиях профессиональной деятельности, направленной на обеспечение требований санитарно-эпидемиологического характера, младший медицинский персонал должен знать:

- правила инфекционной безопасности при выполнении трудовых действий;
- дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий;
- инструкции по применению моющих и дезинфицирующих средств, используемых в медицинской организации, правила обращения с инвентарем;
- характеристики и виды упаковок (емкостей), контейнеров для материальных объектов и медицинских отходов, правила герметизации упаковок для отходов различного класса опасности;
- схему обращения с медицинскими отходами;
- средства и способы перемещения и транспортировки материальных объектов, медицинских отходов и обеспечения их сохранности в медицинской организации;
- требования инфекционной безопасности, санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим при транспортировке материальных объектов;
- методы безопасного обезвреживания инфицированных и потенциально инфицированных отходов, а также чрезвычайно эпидемиологически опасных отходов;
- правила гигиенической обработки рук;
- способы обеззараживания воздуха и проветривания палат, помещений, кабинетов;
- правила санитарной обработки и хранения тела умершего человека.

СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» в настоящее время является ключевым документом, определяющим перечень требований по реализации санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в деятельности среднего и младшего медицинского персонала.

Для установления единых требований к технологиям медицинских манипуляций, структурирования методик их выполнения, унификации расчета затрат, а также стандартизации требований к уровню и объему профессиональных компетенций среднего и младшего медицинского персонала, оценки качества выполнения медицинских манипуляций утвержден национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода». Настоящий стандарт устанавливает требования к 31 технологии выполнения простых медицинских услуг и включает систему правил и условий технического обеспечения, порядок и последовательность действий при выполнении манипуляций, условия выполнения действий, функциональное назначение простой медицинской услуги, материальные ресурсы, требования к специалистам и вспомогательному персоналу, определяя неукоснительное соблюдение санитарно-эпидемиологических требований.

Неукоснительное соблюдение требований технических и санитарно-противоэпидемических регламентов в работе среднего и младшего медицинского персонала также лежит в основе разрабатываемых и утверждаемых стандартных операционных процедур (далее — СОП), которые представляют собой наборы пошаговых инструкций, алгоритмов для последовательного выполнения различных манипуляций, процедур, некоторых видов рутинной или однотипной работы. С 1 сентября 2021 года разработка и утверждение СОП обязательны для всех медицинских организаций применительно к манипуляциям, имеющим эпидемиологическое значение.

Перечень СОП зависит от профиля медицинской организации, но ГОСТ Р 52623.3-2015 утверждает стандартный перечень, который представлен следующими медицинскими манипуляциями:

- катетеризация периферических сосудов;
- катетеризация центральных сосудов;
- катетеризация мочевого пузыря;
- проведение искусственной вентиляции легких;
- бесконтактные перевязки;
- внутримышечные, внутривенные и другие виды инъекций;
- проведение инфузии и гемотрансфузии;

- забор венозной крови;
- забор капиллярной крови;
- обработка эндоскопов;
- гигиеническая обработка рук;
- обработка рук хирургов;
- обработка операционного поля;
- оказание неотложной помощи;
- проведение вакцинации взрослым и детям;
- применение средств индивидуальной защиты;
- порядок обращения с медицинскими отходами;
- инструкции по применению и эксплуатации медицинских изделий, средств, техники.

Создание и развитие системы стандартизации деятельности среднего и младшего медицинского персонала обусловлено объективной социально-экономической необходимостью, развитием системы менеджмента качества, ориентированностью на пациента, качеством и безопасностью оказываемых медицинских услуг. Это предполагает расширение перечня профессиональных стандартов, технологий выполнения медицинских вмешательств, алгоритмов профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, а также непрерывное повышение квалификации среднего и младшего медицинского персонала, направленное на формирование широкого спектра профессиональных компетенций.

Таким образом, руководитель медицинской организации должен создать условия для регулярного обучения персонала, получения необходимых знаний и формирования умений, контроля овладения ими, а также для их применения.

ЛИТЕРАТУРА

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Кодексы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации. Ч. 1 от 30.11.1994 № 51-ФЗ : принят Государственной Думой 21.10.1994 : ред. от 24.07.2023.

2. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ : принят Государственной Думой 23.10.2002 : одобрен Советом Федерации 30.10.2002 : ред. от 24.06.2023.

3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ : принят Государственной Думой 20.12.2001 : одобрен Советом Федерации 26.12.2001 : ред. от 04.08.2023.

4. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ : принят Государственной Думой 30.12.2001 : ред. от 01.09.2023.

5. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ : принят Государственной Думой 24.05.1996 : одобрен Советом Федерации 05.06.1996 : ред. от 04.08.2023.

Законы

1. О безопасности дорожного движения : Федеральный закон от 10.12.1995 № 196-ФЗ: принят Государственной Думой 15.11.1995 : ред. от 14.04.2023.

2. О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации : Федеральный закон от 26.07.2017 № 187-ФЗ : принят Государственной Думой 12.07.2017 : одобрен Советом Федерации 19.07.2017 : ред. от 26.07.2027.

3. О биомедицинских клеточных продуктах : Федеральный закон от 23.06.2016 № 180-ФЗ : принят Государственной Думой 08.06.2016 : одобрен Советом Федерации 15.06.2016.

4. О внесении изменений в Федеральный закон (надзора) и муниципального контроля : Федеральный закон от 13.07.2015 № 246-ФЗ : принят Государственной Думой 01.07.2015 : одобрен Советом Федерации 08.07.2015.

5. О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» : Федеральный закон от 02.07.2021 № 312-ФЗ : принят Государственной Думой 01.07.2015 : одобрен Советом Федерации 08.07.2015 : ред. от 26.07.2023.

6. О государственной социальной помощи : Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ : принят Государственной Думой 25.06.1999 : одобрен Советом Федерации 02.07.1999.

7. О государственной тайне : Закон РФ от 21.07.1993 г. №5485-1.

8. О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации : Федеральный закон от 31.07.2020 № 248-ФЗ : принят Государственной Думой 22.07.2020 : одобрен Советом Федерации 24.07.2020 : ред. от 05.12.2022.

9. О донорстве крови и ее компонентов : Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ : принят Государственной Думой 06.07.2012 : одобрен Советом Федерации 18.07.2012 : ред. от 28.06.2022.

10. О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц : Федеральный закон от 18.07.2011 № 223-ФЗ : принят Государственной Думой 08.07.2011 : одобрен Советом Федерации 13.07.2011 : ред. от 04.08.2023.

11. О защите конкуренции : Федеральный закон от 26.07.2006 № 135-ФЗ : принят Государственной Думой 08.07.2006 : одобрен Советом Федерации 14.06.2006 : ред. от 10.07.2023.

12. О защите прав потребителей : Федеральный закон от 07.02.1992 № 2300-1: принят Верховным Советом РФ 07.02.1992 : ред. от 04.08.2023.

13. О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля : Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ : принят Государственной Думой 19.12.2008 : одобрен Советом Федерации 22.12.2008 : с изм. и доп. от 24.07.2023.

14. О качестве и безопасности пищевых продуктов : Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ : принят Государственной Думой 01.12.1999 : одобрен Советом Федерации 23.12.1999.

15. О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд : Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ : принят Государственной Думой 22.03.2013 : одобрен Советом Федерации 27.03.2013 : ред. от 04.08.2023.

16. О лицензировании отдельных видов деятельности : Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ : принят Государственной Думой 22.04.2011 : одобрен Советом Федерации 27.04.2011 : ред. от 04.08.2023.

17. О наркотических средствах и психотропных веществах : Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ : принят Государственной Думой 10.12.1997 : одобрен Советом Федерации 24.12.1997 : ред. от 28.04.2023.

18. О персональных данных : Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ : принят Государственной Думой 08.07.2006 : одобрен Советом Федерации 14.07.2006 : ред. от 06.02.2023.

19. О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации : Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ : принят Государственной Думой 21.04.2006 : одобрен Советом Федерации 26.04.2006 : ред. от 04.08.2023.

20. О промышленной безопасности опасных производственных объектов : Федеральный закон от 27.07.1997 № 116-ФЗ : принят Государственной Думой 20.06.1997 : ред. от 29.12.2022.

21. О противодействии коррупции : Федеральный закон от 25.12.2008 № 273-ФЗ. принят Государственной Думой 19.12.2008 : одобрен Советом Федерации 22.12.2008 : ред. от 10.07.2023.

22. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения : Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ : принят Государственной Думой 12.03.1999 : одобрен Советом Федерации 17.03.1999 : ред. от 24.07.2023.

23. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ : принят Государственной Думой 20.07.1995 : одобрен Советом Федерации 15.11.1995 : ред. от 28.04.2023.

24. О специальной оценке условий труда : Федеральный закон от 28.12.2013 № 426-ФЗ : принят Государственной Думой 23.12.2013 : одобрен Советом Федерации 25.12.2013 : ред. от 24.07.2023.

25. О стратегическом планировании в Российской Федерации : Федеральный закон от 28.06.2014 № 172-ФЗ : принят Государственной Думой 20.06.2014 : одобрен Советом Федерации 25.06.2014 : ред. от 17.02.2023.

26. О техническом регулировании : Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ : принят Государственной Думой 15.12.2002 : одобрен Советом Федерации 18.12.2002 : ред. от 02.07.2021.

27. О трансплантации органов и (или) тканей человека : Федеральный закон от 22.12.1992 № 4180-I : ред. от 01.05.2022.

28. Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации : Федеральный закон от 31.05.2002 № 63-ФЗ : принят Государственной Думой 26.04.2002 : одобрен Советом Федерации 15.05.2002 : ред. от 24.07.2023.

29. Об аккредитации в национальной системе аккредитации : Федеральный закон от 28.12.2013 № 412-ФЗ : принят Государственной Думой 23.12.2013 : одобрен Советом Федерации 25.12.2013 : ред. от 24.07.2023.

30. Об информации, информационных технологиях и защите информации : Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ : принят Государственной Думой 08.07.2006 : одобрен Советом Федерации 14.07.2006 : ред. от 31.07.2023.

31. Об обращении лекарственных средств : Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ : принят Государственной Думой 24.03.2010 : одобрен Советом Федерации 31.03.2010 : ред. от 04.08.2023.

32. Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации : Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ : принят Государственной Думой 22.09.1999 : ред. от 21.12.2021.

33. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ : принят Государственной Думой 19.11.2010 : одобрен Советом Федерации 24.11.2010 : ред. от 19.12.2022.

34. Об обязательном социальном страховании : Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ : принят Государственной Думой 20.12.2006 : одобрен Советом Федерации 27.12.2006 : ред. от 03.04.2023.

35. Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний : Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ : принят Государственной Думой 02.07.1998 : одобрен Советом Федерации 09.07.1998 : ред. от 03.04.2023.

36. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ : принят Государственной Думой 01.11.2011 : одобрен Советом Федерации 09.11.2011 : ред. 24.07.2023.

37. Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции : Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ : принят Государственной Думой 12.02.2013 : одобрен Советом Федерации 20.02.2013 : ред. от 24.07.2023.

38. Об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации : Федеральный закон от 23.11.2009 № 261-ФЗ : принят Государственной Думой 11.11.2009 : одобрен Советом Федерации 18.11.2009 : ред. от 13.06.2023.

Указы

1. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики : Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597.

2. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 : с изм. и доп. от 21.07.2020.

3. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года : Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474.

4. О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра» : Указ Президента РФ от 05.01.2021 № 16.

5. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254.

Постановления, распоряжения

1. О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : Постановление Правительства РФ от 31.03.2021 № 512.

2. О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : Постановление Правительства РФ от 30.11.2019 № 1569.

3. О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ : Постановление Правительства РФ от 08.12.2011 № 1023: ред. от 20.05.2022 № 911.

4. О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в сфере обеспечения антитеррористической защищенности объектов (территорий) : Постановление Правительства РФ от 05.03.2022 № 289.

5. О внесении изменений в приложение № 10 к Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : Постановление Правительства РФ от 24.07.2021 № 1254.

6. О внесении изменений и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации : Постановление Правительства РФ от 31.03.2017 № 394 : ред. от 26.12.2017.

7. О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения : Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890.

8. О допуске к осуществлению профессиональной деятельности граждан ДНР, ЛНР и лиц, получивших образование в бывшем СССР. О допуске к осуществлению профессиональной деятельности на территории Российской Федерации лиц, получивших медицинское или фармацевтическое образование в Украине, Донецкой Народной Республике, Луганской Народной Республике и прибывших на территорию Российской Федерации : Письмо Минздрава РФ от 18.04.2022 № 16-7/И/2-6189.

9. О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений : Постановление Правительства РФ от 02.06.2022 № 1007.

10. О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») : Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852.

11. О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента : Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 № 403.

12. О порядке обучения по охране труда и проверки знания требований охраны труда : Постановление Правительства РФ от 24.12.2021 № 2464.

13. О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта–Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации : Постановление Правительства РФ от 26.11.2018 № 1416.

14. О признании лица инвалидом : Постановление Правительства РФ от 05.04.2022 № 588.

15. О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ : Постановление Правительства РФ от 17.08.2016 № 806 : ред. от 28.09.2022.

16. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год : Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382.

17. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов : Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505.

18. О системе управления государственными программами Российской Федерации : Постановление Правительства РФ от 26.05.2021 № 786 : ред. от 28.12.2022.

19. О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» : Постановление Правительства РФ от 29.10.2022 № 781 : с изм. и доп. от 26.05.2009.

20. О требовании к формированию лотов при осуществлении закупок медицинских изделий, являющихся объектом закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд : Постановление Правительства РФ от 19.04.2021 № 620.

21. О Федеральной службе по аккредитации : Постановление Правительства РФ от 17.10.2011 № 845 : ред. от 02.10.2021.

22. О федеральном государственном санитарно-эпидемиологическом контроле (надзоре) : Постановление Правительства РФ от 30.06.2021 № 1100 : ред. от 31.08.2022.

23. О хранении наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров : Постановление Правительства РФ от 30.04.2022 № 809.

24. Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации : Постановление Правительства РФ от 31.10.2018 № 1288 : ред. от 28.12.2022.

25. Об установлении запрета на допуск программного обеспечения, происходящего из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд : Постановление Правительства РФ от 16.11.2015 № 1236.

26. Об установлении предельного значения начальной (максимальной) цены контракта (цены лота), при превышении которого не могут быть предметом одного контракта (одного лота)

лекарственные средства с различными международными непатентованными наименованиями или при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями : Постановление Правительства РФ от 17.10.2013 № 929.

27. Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Нижегородской области» : Постановление Правительства Нижегородской области от 26.04.2013 № 274: с изм. от 15.02.2019.

28. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 г. № 1640 : ред. от 29.11.2022.

29. Об утверждении перечня государственных программ Российской Федерации : Распоряжение Правительства РФ от 11.11.2010 № 1950-р : ред. от 26.12.2022.

30. Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации : Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 № 681.

31. Об утверждении перечня товаров, работ и услуг, закупка которых осуществляется в электронной форме : Постановление Правительства РФ от 21.06.2012 № 616 : с изм. от 01.01.2016.

32. Об утверждении Положения о подготовке населения в области гражданской обороны : Постановление Правительства РФ от 02.11.2000 № 841.

33. Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности : Постановление Правительства РФ от 29.06.2021 № 1048 : ред. от 30.11.2021.

34. Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний : Постановление Правительства РФ от 15.05.2006 № 286.

35. Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий : Постановление Правительства РФ от 27.12.2012 № 1416 : с изм. и доп. от 24.11.2020.

36. Об утверждении Правил информационного взаимодействия страховщика, страхователей, медицинских организаций

и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа : Постановление Правительства РФ от 16.12.2017 № 1567 : ред. от 24.12.2022.

37. Об утверждении правил перевозки наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров на территории Российской Федерации, а также оформления необходимых для этого документов и о признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации : Постановления Правительства Российской Федерации от 31.03.2022 № 526.

38. Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу : Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736.

39. Об утверждении Региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2019–2024 годы» : Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 28.06.2019 № 21-рп.

40. Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПиН 2.3/2.4.3590-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения» : Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27.10.2020 № 32.

41. Об утверждении санитарных правил СанПиН 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг» : Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 № 44.

42. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений,

организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» : Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 3.

43. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания» : Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 2.

44. Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» : Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4.

45. Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных : утверждены Постановлением Правительства РФ от 01.11.2012 № 1119.

46. Правила оказания услуг общественного питания : утверждены Постановлением Правительства РФ от 21.09.2020 № 1515.

47. Программа развития перинатальных центров : утверждена распоряжением Правительства России от 09.12.2013 № 2302-р.

Постановления, определения, решения судебных органов

1. Апелляционное определение Московского городского суда от 14.11.2019 г. № 33-50564/2019 // Официальный портал судов общей юрисдикции г. Москвы : [сайт]. – URL: <https://mos-gorsud.ru/mgs/services/cases/appeal-civil/details/a5a7a641-35b3-41f2-a55f-8bb4a374dcb9> (дата обращения: 23.01.2023).

2. Апелляционное определение Орловского областного суда по делу от 28.11.2013 г. № 33-2608/2013 // Судебные и нормативные акты РФ : [сайт]. – URL: <https://sudact.ru/regular/doc/8N4LqniXxYWJ/> (дата обращения: 23.01.2023).

3. Апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Нижегородского областного суда от 02.05.2017 г. по делу № 33-5116/2017 // ГАРАНТ.РУ : [сайт]. – URL: <https://base.garant.ru/147282369/> (дата обращения: 05.10.2023).

4. Апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Нижегородского областного суда от 16.11.2021 г. по делу № 33-13064/2021 // Официальный пор-

тал Нижегородского областного суда : [сайт]. – URL: https://oblsud--nnov.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=case&case_id=21627182&case_uid=ee5c03ff-7494-4bac-980a-3aab82535eb6&delo_id=42&new=0 (дата обращения: 05.10.2023).

5. О компенсации морального вреда в связи с оказанием некачественной медицинской услуги, а также о взыскании штрафа : Определение Верховного суда РФ от 15.07.2019 г. №44-КП19-7 // Законы, кодексы и нормативно-правовые акты Российской Федерации : [сайт]. – URL: <https://legalacts.ru/sud/opredelenie-sudebnoi-kollegii-po-grazhdanskim-delam-verkhovnogo-suda-rossiiskoi-federatsii-ot-15072019-n-44-kg19-7/> (дата обращения: 23.01.2023).

6. О компенсации морального вреда, в связи с причинением вреда жизни и здоровью : Решение Нолинского районного суда (Кировская область) от 26.10.2016 г. по делу № 2-399/2016 // Судебные и нормативные акты РФ : [сайт]. – URL: <https://sudact.ru/regular/doc/gaMkEbUb7eoY/?page=3> (дата обращения: 23.01.2023).

7. О практике применения судами норм о компенсации морального вреда : Постановление Пленума Верховного суда РФ от 15.11.2022 г. № 33.

8. О признании частично недействующим абзаца второго пункта 35 Порядка выдачи листов нетрудоспособности, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 г. № 624н : Решение Верховного Суда РФ от 25.04.2014 г. № АКПИ14-105 // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_163522/ (дата обращения: 23.01.2023).

9. О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина : Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 г. № 1 // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96790/ (дата обращения: 23.01.2023).

10. О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации : Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 г. № 2 // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_47257/ (дата обращения: 26.01.2023).

11. О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей : Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 г. № 17 // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131885/ (дата обращения: 23.01.2023).

12. Определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 18.07.2022 № 88-14356/2022 // Время бухгалтера : [сайт]. – URL: <https://www.v2b.ru/documents/opredelenie-pervogo-ksoyu-ot-18-07-2022-g-88-14356-2022/> (дата обращения: 23.09.2023).

13. Решение Нижегородского районного суда от 15.03.2017 г. по делу № 2-372/2017.

Приказы, письма

1. О введении требований выписывания лекарственных препаратов на рецептурных бланках по международным непатентованным наименованиям : Письмо Минздрава России от 27.01.2014 г. № 129/25-О.

2. О введении формы учёта клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях : Приказ Минздрава России от 21.05.2002 № 154.

3. О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н : Приказ Минздрава РФ от 15.06.2017 № 328н : ред. от 15.06.2017.

4. О внесении изменений в Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 г. № 502н и от 20.12.2012 г. № 1175н Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов : Приказ Минздрава РФ от 02.12.2013 № 886н : ред. от 14.01.2019.

5. О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2022 г. № 379 «Об утверждении составов аккредитационных

комиссий Министерства здравоохранения Российской Федерации для проведения аккредитации специалистов с высшим медицинским и немедицинским образованием : Приказ Минздрава России от 06.09.2022 № 597.

6. О номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации : Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2008 № 176н : ред. от 30.03.2010.

7. О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование : Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н : ред. от 09.12.2019.

8. О порядке дачи информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, формах информированного добровольного согласия на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и отказа от медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации : Приказ Минздрава России от 21.07.2015 № 474н.

9. О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних : Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н : ред. от 19.11.2020.

10. О пособиях по временной нетрудоспособности, по беременности и родам в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию» : Письмо ФСС России от 11.01.2007 № 02-18/07-132.

11. О правомочности действия Приказа Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» : Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888.

12. О совершенствовании оказания стоматологической помощи инвалидам с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности : Приказ Минздрава Нижегородской области от 29.01.2016 № 296.

13. О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной

системы здравоохранения исходя из потребностей населения : Приказ Минздрава России от 27.02.2016 № 132н.

14. Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» : Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н.

15. Об определении Порядка, видов, сроков обучения лиц, осуществляющих трудовую или служебную деятельность в организациях, по программам противопожарного инструктажа, требований к содержанию указанных программ и категорий лиц, проходящих обучение по дополнительным профессиональным программам в области пожарной безопасности : Приказ МЧС России от 18.11.2021 г. № 806.

16. Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения : Приказ ФФОМС от 21.11.2018 г. № 247.

17. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих : Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н : ред. от 09.04.2018.

18. Об утверждении инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным : Приказ Минздрава России от 22.10.2021 № 1004н.

19. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием : Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 206н.

20. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием : Приказ Минздрава России от 10.02.2016 г. № 83н.

21. Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность : Приказ Минздрава России от 19.08.2021 № 866н.

22. Об утверждении критериев аккредитации и перечня документов, подтверждающих соответствие заявителя, аккредитованного лица критериям аккредитации» : Приказ Минэкономразвития России от 26.10.2020 № 707 : ред. от 23.01.2023.

23. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи : Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н.

24. Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового : Приказ Минздравсоцразвития России от 19.04.2007 № 282.

25. Об утверждении Межотраслевых правил обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты : Приказ Минтруда России от 29.10.2021 № 766Н.

26. Об утверждении Методики проведения специальной оценки условий труда, Классификатора вредных и (или) опасных производственных факторов, формы отчета о проведении специальной оценки условий труда и инструкции по ее заполнению : Приказ Минтруда России от 24.01.2014 № 33н : ред. от 27.04.2020.

27. Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения : Приказ Минздрава России от 20.04.2018 № 182.

28. Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации» : Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706.

29. Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи : Приказ Минздрава России от 17.05.2012 № 555н : ред. от 16.12.2014.

30. Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников : Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 205н.

31. Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи : Приказ Минздрава России от 17.05.2012 № 555н : ред. от 16.12.2014.

32. Об утверждении номенклатуры медицинских организаций : Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н : ред. от 19.02.2020.

33. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг : Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н : ред. от 24.09.2020.

34. Об утверждении основных требований к порядку разработки и содержанию правил и инструкций по охране труда, разрабатываемых работодателем : Приказ Минтруда России от 29.10.2021 № 772н.

35. Об утверждении особенностей проведения специальной оценки условий труда на рабочих местах отдельных категорий медицинских работников и перечня медицинской аппаратуры (аппаратов, приборов, оборудования), на нормальное функционирование которой могут оказывать воздействие средства измерений, используемые в ходе проведения специальной оценки условий труда : Приказ Минтруда России от 24.04.2015 № 250н : ред. от 30.06.2017.

36. Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры : Приказ Минтруда России и Минздрава России от 31.12.2020 № 988н/1420н.

37. Об утверждении перечня вредных производственных факторов на рабочих местах с вредными условиями труда, установленными по результатам специальной оценки условий труда, при наличии которых занятым на таких рабочих местах работникам выдаются бесплатно по установленным нормам молоко или другие равноценные пищевые продукты, норм и условий бесплатной выдачи молока или других равноценных пищевых продуктов, порядка осуществления компенсационной выплаты, в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов : Приказ Минтруда России от 12.05.2022 № 291н.

38. Об утверждении перечня должностей научных работников, подлежащих замещению по конкурсу, и порядка про-

ведения указанного конкурса : Приказ Минздрава России от 05.08.2021 № 715.

39. Об утверждении перечня индикаторов риска нарушения обязательных требований при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности : Приказ Минздрава России от 27.10.2021 № 1018н : с изм. и доп. от 26.06.2023.

40. Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний : Приказ Минздрава России от 24.09.2021 № 936н.

41. Об утверждении Положения об аккредитации специалистов : Приказ Минздрава России от 28.10.2022 № 709.

42. Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья : Приказ Минздрава России и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2019 № 345н/372н.

43. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н : ред. от 21.02.2020.

44. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям : Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н.

45. Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи : Приказ Минздрава России от 02.12.2014 № 796н : ред. от 27.08.2015.

46. Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка

выдачи выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста : Приказ Минздрава России от 22.11.2021 № 1082н.

47. Об утверждении Порядка выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, формы такой справки и признании утратившим силу приказа Минздрава России от 22.12.2016 № 988н» : Приказ Минздрава России от 04.05.2022 № 303н.

48. Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в Российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, полученным в Российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием : Приказ Минздрава России от 01.11.2022 № 715н : ред. от 01.11.2022.

49. Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях : Приказ Минздрава России от 03.08.2012 № 66н.

50. Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка

их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов : Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н.

51. Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке : Приказ Минздрава России от 01.07.2021 № 698н.

52. Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования : Приказ Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н.

53. Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента : Приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н.

54. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями : Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н : ред. 21.02.2020.

55. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях : Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н : ред. от 24.01.2022.

56. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях : Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 786н : ред. от 18.02.2021.

57. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком : Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 927н : ред. 21.02.2020.

58. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» : Приказ Минздрава России от 14.06.2019 № 422н.

59. Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи : Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н : ред. 21.02.2020.

60. Об утверждении Порядка оказания стоматологической помощи детям со стоматологическими заболеваниями : Приказ Минздрава России от 13.11.2012 № 910н : ред. от 21.02.2020.

61. Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы : Приказ Минтруда от 30.12.2020 № 979н.

62. Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий : Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н.

63. Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности : Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 787н.

64. Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых : Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н : ред. от 07.11.2022.

65. Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей : Приказ Минздрава России от 23.10.2019 № 878н.

66. Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы : Приказ Минздрава России от 02.10.2019 № 824н.

67. Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми : Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н.

68. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения : Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н : ред. от 07.07.2023.

69. Об утверждении Порядка осуществления фондом социального страхования Российской Федерации проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листов нетрудоспособности : Приказ Минздрава России от 23.11.2021 № 1090н.

70. Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании : Приказ Минздрава России от 16.05.2017 № 226н.

71. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми : Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н.

72. Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью 4 статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры : Приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н : ред. от 01.02.2022.

73. Об утверждении порядка проведения профилактических мероприятий, выявления и регистрации в медицинской организации случаев возникновения инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, номенклатуры инфекционных болезней, связанных с оказанием медицинской помощи, подлежащих выявлению и регистрации в медицинской организации : Приказ Минздрава России от 29.11.2021 № 1108н.

74. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения : Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н : ред. от 07.07.2023.

75. Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности : Приказ Минздрава России от 23.08.2016 № 625н.

76. Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование : Приказ Минздрава России от 20.05.2022 № 342н.

77. Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации : Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н : ред. от 02.12.2013.

78. Об утверждении Правил по охране труда в медицинских организациях : Приказ Минтруда России от 18.12.2020 № 928н.

79. Об утверждении Примерного положения о системе управления охраной труда : Приказ Минтруда России от 29.10.2021 № 776н.

80. Об утверждении профессионального стандарта «Акушерка (Акушер)» : Приказ Минтруда России от 13.01.2021 № 6н.

81. Об утверждении профессионального стандарта «Гигиенист стоматологический» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 469н.

82. Об утверждении профессионального стандарта «Зубной техник» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 474н.

83. Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра – анестезист» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 471н.

84. Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра по реабилитации» : Приказ Минтруда России 31.07.2020 № 476н.

85. Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 475н.

86. Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал» : Приказ Минтруда России от 12.01.2016 № 2н.

87. Об утверждении профессионального стандарта «Рентгенолаборант» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 480н.

88. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области лабораторной диагностики со средним медицинским образованием» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 473н.

89. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области медико-профилактического дела со средним медицинским образованием» : Приказ Минтруда России от 31.05.2021 № 348н.

90. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области охраны труда» : Приказ Минтруда России от 22.04.2021 № 274н.

91. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 481н.

92. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по организации сестринского дела» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 479н.

93. Об утверждении профессионального стандарта «Фармацевт» : Приказ Минтруда России от 31.05.2021 № 349н.

94. Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер скорой медицинской помощи» : Приказ Минтруда России от 13.01.2021 № 3н.

95. Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер» : Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 470н.

96. Об утверждении Рекомендаций по выбору методов оценки уровней профессиональных рисков и по снижению уровней таких рисков : Приказ Минтруда России от 28.12.2021 № 926.

97. Об утверждении рекомендаций по размещению работодателем информационных материалов в целях информирования работников об их трудовых правах, включая право на безопасные условия и охрану труда : Приказ Минтруда России от 17.12.2021 № 894.

98. Об утверждении состава центральной аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации : Приказ Минздрава России от 09.09.2022 № 609.

99. Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических и психотропных лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения : Приказ Минздрава России от 26.11.2021 № 1003н.

100. Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование, и подлежащих аккредитации специалистов : Приказ Минздрава России от 25.02.2016 № 127н.

101. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным полным отсутствием зубов (полная вторичная адентия) : Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 252.

102. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с изменениями зубов и их опорного аппарата : Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2006 № 445.

103. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с челюстно-лицевыми аномалиями, другими уточненными изменениями зубов и их опорного аппарата и другими

болезнями челюстей : Приказ Минздравсоцразвития России от 13.01.2006 № 17.

104. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при кариесе дентина и цемента : Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1526н.

105. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при приостановившемся кариесе и кариесе эмали : Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1490н.

106. Об утверждении Типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице : Приказ Минздрава России от 21.01.2022 № 19н.

107. Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций : Приказ Минздрава России от 24.12.2018 № 911н.

108. Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) по экспертизе качества медицинской помощи : Приказ Минздрава России 19.02.2021 № 117н.

109. Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности : Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н.

110. Об утверждении Требований к оснащению инженерно-техническими средствами охраны объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список 1 перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, для производства используемых в медицинских целях и (или) в ветеринарии наркотических средств и психотропных веществ : Приказ Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации от 15.09.2021 № 335/677.

111. Об утверждении требований к созданию систем безопасности значимых объектов критической информационной инфраструктуры Российской Федерации и обеспечению их

функционирования : Приказ ФСТЭК России от 21.12.2017 № 235 : ред. от 20.04.2023.

112. Об утверждении требований к форме, порядку оформления и направления адвокатского запроса : Приказ Минюста России от 14.12.2016 № 288 : ред. от 09.08.2023.

113. Об утверждении Требований о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах : Приказ ФСТЭК России от 11.02.2013 № 17 : ред. от 28.05.2019.

114. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению : Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н : ред. от 02.11.2020.

115. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения : Приказ Минздрава России от 05.08.2022 № 530н.

116. Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста : Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н : ред. от 10.02.2016.

117. Об утверждении Условий и порядка формирования листов нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листов нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации : Приказ Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н : ред. от 13.12.2022.

118. Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», порядка ее заполнения и сроков представления : Приказ Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н.

119. Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов, ответы на которые свидетельствуют

о соблюдении или несоблюдении контролируемым лицом обязательных требований), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности : Приказ Росздравнадзора от 11.02.2022 № 973.

120. Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности : Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 № 347н.

121. Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения : Приказ Минтруда России и Минздрава России от 12.08.2022 № 488н/551н.

122. Об утверждении формы ордера : Приказ Минюста России от 10.04.2013 № 47.

СанПины, ГОСТы

1. ISO/IEC 27001. Системы менеджмента информационной безопасности.

2. OHSAS 18001. Системы менеджмента безопасности труда и охраны здоровья.

3. SA 8000. Системы менеджмента социальной ответственности.

4. ГОСТ ISO 13485-2017. Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Требования для целей регулирования.

5. ГОСТ Р 52249. Правила производства и контроля качества лекарственных средств.

6. ГОСТ Р 52623.2-2015. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия : национальный стандарт РФ : утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.03.2015 № 198-ст : дата введения 2016-03-01 / разработан Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований».

7. ГОСТ Р 52623.3-2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода : национальный стандарт РФ : утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.03.2015 № 199-ст : дата введения 2016-03-01 / разработан Ме-

жрегиональной общественной организацией «Общество фармако-экономических исследований» ; Общероссийской общественной организацией «Ассоциация медицинских сестер России».

8. ГОСТ Р 52623.4-2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств : национальный стандарт РФ : утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.03.2015 № 200-ст : дата введения 2016-03-01 / разработан Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований».

9. ГОСТ Р ИСО/МЭК 17021-2012. Оценка соответствия. Требования к органам, проводящим аудит и сертификацию систем менеджмента.

10. ГОСТ Р ИСО/МЭК 17021-2012. Оценка соответствия. Требования к органам, проводящим аудит и сертификацию систем менеджмента.

11. ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Системы менеджмента качества. Требования.

12. СанПиН 1.2.3685-21. Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания : утверждены и введены в действие Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 2.

13. СанПиН 2.1.3684-21. Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий : утверждены и введены в действие Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 3 : ред. от 14.02.2022.

14. СанПиН 2.3.2.1324-03. Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов : утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ 21.05.2003 : введены в действие 25.06.2003.

15. СанПиН 2.3/2.4.3590-20. Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения :

утверждены и введены в действие Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 27.10.2020 № 32.

16. СанПиН 2.6.1.1192-03. Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований : утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ 14.02.2003 : введены в действие 01.05.2003 : ред. от 14.02.2006.

17. СанПиН 2.6.1.2523-09. Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009) : утверждены и введены в действие Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 07.07.2009 № 47.

18. СанПиН 2.6.1.2612-10. Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99/2010) : утверждены и введены в действие Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 № 40 : ред. от 16.09.2013.

19. СанПиН 3.3686-21. Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней : утверждены и введены в действие Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4 : ред. от 25.05.2022.

20. СП 2.1.3678-20. Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг : утверждены и введены в действие Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 № 44 : ред. от 14.04.2022.

Технические регламенты

1. О безопасности молока и молочной продукции : ТР ТС 033/2013 : Технический регламент Таможенного союза : принят Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 09.10.2013 № 67 : с изм. на 15.07.2022 : вступ. в силу 22.09.2023.

2. О безопасности пищевой продукции : ТР ТС 021/2011 : Технический регламент Таможенного союза : принят Решением Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 г. № 880 : с изм. на 25.11.2022 : вступ. в силу 25.07.2023.

3. О безопасности упаковки : ТР ТС 005/2011 : Технический регламент Таможенного союза : принят Решением Комиссии Таможенного союза от 16.08.2011 № 769 : с изм. на 18.10.2016.

4. О критериях отнесения продукции к медицинским изделиям в рамках Евразийского экономического союза : Рекомендации Коллегии Евразийской экономической комиссии от 12.11.2018 № 25.

5. О применении санитарных мер в Евразийском экономическом союзе : [Приложение № 2. Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащих санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)] : утверждены Решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 № 299 : ред. от 08.09.2020.

6. О принятии технического регламента Таможенного союза «О безопасности средств индивидуальной защиты» : Решение Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011. № 878.

7. Пищевая продукция в части ее маркировки : ТР ТС 022/2011 : Технический регламент Таможенного союза : принят Решением Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 881 : с изм. на 14.09.2018.

8. Р 2.2.4/2.2.9.2266-07. Гигиенические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования : руководство : утверждено Главным государственным санитарным врачом РФ 10.08.2007 : введено в действие 08.11.2007.

9. Технический регламент на масложировую продукцию : ТР ТС 024/2011 : Технический регламент Таможенного союза : принят Решением Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 883 : с изм. на 29.03.2022.

10. Технический регламент на соковую продукцию из фруктов и овощей : ТР ТС 023/2011 : Технический регламент Таможенного союза : принят Решением Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 882 : с изм. на 15.12.2015.

11. Технический регламент на табачную продукцию : Федеральный закон от 22.12.2008 № 268-ФЗ : принят Государственной Думой 03.12.2008 : одобрен Советом Федерации 17.12.2008.

12. Требования безопасности пищевых добавок, ароматизаторов и технологических вспомогательных средств : ТР ТС 029/2012 : Технический регламент Таможенного союза : принят

Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 20.07.2012 № 58 : с изм. на 18.09.2014.

Используемая (рекомендуемая) литература

1. Анцупов, А. Я. Конфликтология : учебник для вузов / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. – 6-е изд. – СПб. : Питер, 2015. – 528 с. – (Учебник для вузов). – ISBN 978-5-496-01605-6.

2. Апресян, С. В. Технология цифрового планирования стоматологического лечения: стандартизация и клиничко-экономическая эффективность / С. В. Апресян, А. Г. Степанов, М. Н. Забаева. – М. : Новик, 2021. – 167 с. – ISBN 978-5-904383-45-9.

3. Ветлужских, Е. Мотивация и оплата труда. Инструменты, методики, практика / Е. Ветлужских. – М. : Альпина, 2016. – 159 с. – ISBN 978-5-9614-5479-6.

4. Волгин, А. П. Управление персоналом в условиях рыночной экономики / А. П. Волгин. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2012. – 541 с.

5. Гигиена рук медицинского персонала : федеральные клинические рекомендации / Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»). – Н. Новгород : Ремедиум Приволжье, 2016. – 40 с. – ISBN 978-5-906125-27-9.

6. Григорьян, М. Р. Системы мотивации персонала в медицинском учреждении / М. Р. Григорьян // Современные научные исследования и инновации : электронный научно-практический журнал. – 2016. – № 7. – URL: <https://web.snauka.ru/issues/2016/07/69723> (дата обращения: 23.01.2023).

7. Гуров, А. Н. Управление конфликтами в медицинской организации : учебное пособие / А. Н. Гуров, М. И. Жукова. – М. : МОНИКИ, 2017. – 39 с. – ISBN 978-5-98511-352-5.

8. Двойников, С. И. Новые модели деятельности среднего медицинского персонала в России : [презентация] / С. И. Двойников. – URL: https://www.medsestra52.ru/images/doc/konf/161018msk/novye_modeli_deyatelnosti_smr.pdf (дата обращения: 23.01.2023).

9. Емельянов, С. М. Управление конфликтами в организации : учебник и практикум для вузов / С. М. Емельянов. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2020. – 219 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-07226-6.

10. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин [и др.] ; под ред. О. П. Щепина. – М. : Национальный НИИ общественного здоровья, 2009. – 376 с.

11. Иванова, И. А. Менеджмент : учебник и практикум для вузов / И. А. Иванова, А. М. Сергеев. – М. : Юрайт, 2020. – 305 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-04184-2. – URL: <https://urait.ru/bcode/450097> (дата обращения: 23.01.2023).

12. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы : учебное пособие / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2008. – 512 с. – (Мастера психологии). – ISBN 978-5-272-00028-6.

13. Кибанов, А. Я. Основы управления персоналом : учебник / А. Я. Кибанов. – М. : ИНФРА-М, 2010. – 313 с.

14. Клинико-ориентированные технологии для ранней визуализации патологических состояний слизистой оболочки рта : учебное пособие / С. И. Гажва, Т. П. Горячева, И. П. Горячева, Ю. В. Гажва. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2020. – 68 с. – ISBN 978-5-7032-1330-8.

15. Леонтьев, В. К. Проблема качества в стоматологии / В. К. Леонтьев // Стоматологическое сообщество (Dental Community) : [сайт]. – Раздел сайта «Актуальные статьи. Стоматология. Организация здравоохранения. Право». – URL: <https://dentalcommunity.ru/articles/2660/> (дата обращения: 23.01.2023).

16. Медведева, Т. А. Основы теории управления : учебник и практикум для вузов / Т. А. Медведева. – М. : Юрайт, 2020. – 191 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-991-67025-8. – URL: <https://urait.ru/bcode/451400> (дата обращения: 23.01.2023).

17. Менеджмент : учебник для вузов / под общ. ред. А. Л. Гапоненко. – М. : Юрайт, 2020. – 398 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-03650-3. – URL: <https://urait.ru/bcode/450034> (дата обращения: 23.01.2023).

18. Мкртычян, Г. А. Организационное поведение : учебник и практикум для академического бакалавриата / Г. А. Мкртычян. – М. : Юрайт, 2019. – 237 с. – (Бакалавр. Академический курс). – ISBN 978-5-9916-8789-8. – URL: <https://urait.ru/bcode/433912> (дата обращения: 23.01.2023).

19. МР 3.5.1.0113-16. Использование перчаток для профилактики ИСМП в медицинских организациях : методические указания : утверждены Главным государственным санитарным

врачом РФ 02.09.2016 г. // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/456020904?section=text> (дата обращения: 23.01.2023).

20. МУ 3.2.1.1756-03. Профилактика паразитарных болезней. Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями : методические указания : утверждены и введены в действие Главным государственным санитарным врачом РФ 28.03.2003 г. // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200042676?section=text> (дата обращения: 23.01.2023).

21. МУ 3.4.1030-01. Организация, обеспечение и оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий в случае завоза или возникновения особо опасных инфекций, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения Российской Федерации и международного сообщения : методические указания : утверждены и введены в действие Главным государственным санитарным врачом РФ 06.04.2001 г. // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200029624?section=text> (дата обращения: 23.01.2023).

22. МУ 3.4.2552-09. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения : методические указания : утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 17.09.2009 г. : введены в действие 01.11.2009 г. : взамен МУ 3.4.1028-01 // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200077726?section=tex> (дата обращения: 23.01.2023).

23. Мухина, С. А. Теоретические основы сестринского дела : учебник / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 366 с. – ISBN 978-5-9704-5416-9.

24. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины : руководство к практическим занятиям : учебное посо-

бие / под ред. В. И. Покровского, Н. И. Брико. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-1778-2.

25. Одинцов, А. А. Основы менеджмента : учебное пособие для вузов / А. А. Одинцов. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2020. – 210 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-04814-8. – URL: <https://urait.ru/bcode/453045> (дата обращения: 23.01.2023).

26. Оптимизация обеспечения эпидемиологической безопасности при использовании медицинского оборудования и медицинских изделий в режимных и специализированных отделениях медицинских организаций : федеральные клинические рекомендации / Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»). – Н. Новгород : Ремедиум Приволжье, 2016. – 40 с. – ISBN 978-5-906125-25-5.

27. Организация сестринской деятельности : учебное пособие / С. Р. Бабаян, Ю. А. Тарасова, И. А. Фомушкина [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 656 с. – ISBN 978-5-9704-5112-0.

28. Организация специализированного сестринского ухода : практикум / Н. В. Широкова, Н. Ю. Корягина, В. Р. Овсянникова [и др.] ; под ред. И. В. Островской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-6858-6.

29. Осипова, В. Л. Дезинфекция : учебное пособие / В. Л. Осипова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 136 с. – ISBN 978-5-9704-3886-2.

30. Петрова, Н. Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга : учебное пособие / Н. Г. Петрова, И. В. Додонова, С. Г. Погосян. – СПб. : Фолиант, 2013. – 352 с. – ISBN 978-5-93929-237-5.

31. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) // ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзор : [сайт]. – URL: http://cmkee.ru/activities/scientific-activity/?ELEMENT_ID=661 (дата обращения: 23.01.2023).

32. Пропедевтика стоматологических заболеваний : учебник / О. О. Янушевич, Э. А. Базилян, А. А. Чунихин [и др.] ; под ред. О. О. Янушевича, Э. А. Базиляна. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 790 с. – ISBN 978-5-9704-5433-6.

33. Профилактика инфекций области хирургического вмешательства : клинические рекомендации / С. А. Божкова, Н. И. Брико, Е. Б. Бруси́на, М. В. Жедаева. – Н. Новгород : Ремедиум Приволжье, 2018. – 72 с. – ISBN 978-5-906125-53-8.

34. Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером (ЦВК) : клинические рекомендации / Межрегиональная общественная организация «Общество врачей и медицинских сестер «Сепсис Форум» ; Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. – Н. Новгород : Ремедиум Приволжье, 2017. – 44 с. – ISBN 978-5-906125-52-1.

35. Решетников, А. В. Экономика здравоохранения / А. В. Решетников. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192 с. – ISBN 978-5-9704-3136-8.

36. Решетников, А. В. Экономика и управление в здравоохранении : учебник и практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин ; под общ. ред. А. В. Решетникова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Юрайт, 2020. – 328 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-10359-5. – URL: <https://urait.ru/bcode/450977> (дата обращения: 23.01.2023).

37. Руженков, В. А. Медицинская конфликтология : учебное пособие / В. А. Руженков, Я. А. Чернева. – Белгород : Изд-во БелГУ, 2011. – 143 с.

38. Саркисян, М. С. Научное обоснование концептуальной модели оказания комплексной стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в условиях сетевой формы организации специализированных клиник : 14.01.14 : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Саркисян Мартирос Сергеевич ; науч. консультанты В. М. Гринин, Р. В. Ушаков ; Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова. – М., 2020. – 48 с.

39. Скворцова, В. Лечить пациента по стандартам нельзя // Ускорение структурных измерений на рынке медицинских услуг: аналитика, тенденции и прогнозы : XVIII-й форум частных медицинских организаций регионов России (Нижний Новгород, 24–25 апреля 2023 г.) / Ассоциация независимых экспертов «Частное здравоохранение» : [сайт]. – URL: <https://www.privatmed.ru/article/141/1663/1795/> (дата обращения: 23.01.2023).

40. Справочник главной медицинской сестры / под ред. С. И. Двойникова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-5772-6.

41. Столяров, С. А. Менеджмент в здравоохранении : учебник для вузов / С. А. Столяров. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2019. – 764 с. – (Специалист). – ISBN 978-5-534-10638-1. – URL: <https://urait.ru/bcode/430971> (дата обращения: 23.01.2023).

42. Стоматологическая помощь пациентам с сопутствующими заболеваниями : учебное пособие / под ред. Е. Н. Анисимовой. – М. : Студия С. Рогова, 2020. – 284 с. – ISBN 978-5-4465-2972-8.

43. Татарников, М. А. Трудовая мотивация медицинских работников / М. А. Татарников // ГлавВрач. – 2007. – № 5. – С. 88–95.

44. Творогова, Н. Д. Психология управления : учебное пособие / Н. Д. Творогова, Д. В. Кулешов ; под ред. Н. Д. Твороговой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 480 с. – ISBN 978-5-9704-6219-5.

45. Трусъ, А. А. Психология управления : практикум : учебное пособие для студентов учреждений высшего образования / А. А. Трусъ. – Минск : Вышэйшая школа, 2015. – 347 с. – ISBN 978-985-06-2643-1.

46. Управление персоналом : учебник для вузов / под ред. Т. Ю. Базарова, Б. Л. Еремина. – 2-е изд. перераб. и доп. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 560 с. – ISBN 5-238-00290-4.

47. Шарапова, Т. В. Основы теории управления : учебное пособие для вузов / Т. В. Шарапова. – М. : Юрайт, 2020. – 210 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-01620-8. – URL: <https://urait.ru/bcode/453522> (дата обращения: 23.01.2023).

48. Шкарин, В. В. Дезинфекция, дезинсекция, дератизация : руководство для студентов медицинских вузов и врачей / В. В. Шкарин. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2006. – 580 с. – ISBN 5-7032-0626-X.

49. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / О. П. Щепин, В. А. Медик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 592 с. – (Послевузовское образование). – ISBN 978-5-9704-2216-8.

50. Эпидемиология : учебник. В 2 томах. Т. 1 / Н. И. Брико, Л. П. Зуева, В. И. Покровский, В. П. Сергиев, В. В. Шкарин. – М. : Медицинское информационное агентство, 2013. – 832 с. – ISBN 978-5-9986011-0-1.

51. Эпидемиология : учебник. В 2 томах. Т. 2 / Н. И. Брико, Л. П. Зуева, В. И. Покровский, В. П. Сергиев, В. В. Шкарин. – М. : Медицинское информационное агентство, 2013. – 656 с. – ISBN 978-5-9986011-1-8.

52. Clinical practice guidelines: directions for a new program, institute of medicine / edited by M. J. Field, Kn. Lohr. – Washington, DC : National Academy Press, 1990. – 38 p. – ISBN 0-309-04346-8.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Абросимова Елена Борисовна, канд. тех. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Алебашина Лилия Андреевна, ассистент кафедры эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины;

Гажва Светлана Иосифовна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой стоматологии ФДПО;

Дощанникова Ольга Александровна, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Ибрагимова Юлия Шамильевна, канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии ФДПО;

Карякин Николай Николаевич, д-р мед. наук, доцент, ректор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Качко Анна Вадимовна, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Китаева Юлия Игоревна, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Ковалишена Ольга Васильевна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой эпидемиологии, микробиологии и доказательной медицины;

Коптева Лариса Николаевна, канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Кочкурова Елена Адольфовна, канд. эконом. наук, доцент кафедры экономики, менеджмента и медицинского права;

Незнахина Мария Сергеевна, канд. мед. наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней;

Переслегина Ирина Александровна, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения;

Поздеева Татьяна Васильевна, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой экономики, менеджмента и медицинского права, декан медико-профилактического факультета;

Халак Мария Евгеньевна, канд. психол. наук, доцент кафедры общей и клинической психологии;

Шкаредная Ольга Васильевна, канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии ФДПО.

Учебное издание

под общ. ред. Н. Н. Карякина

Организация здравоохранения и общественное здоровье

Том 2

Редактор Е.В. Кадилова.
Корректор И.Е. Пылунина.
Компьютерная верстка Ю.Ю. Симонова.

Подписано к печати 18.10.2023. Формат 60х84 1/16.
Усл. печ. л. 16,0. Тираж 500 экз. Заказ 411.
Издательство Приволжского исследовательского
медицинского университета
603005, Н. Новгород, пл. Минина, 10/1
Тел.: (831) 465-42-23, 465-47-02

www.kupi-medbook.ru

Полиграфический участок ПИМУ
603104, Н. Новгород, ул. Медицинская, 5