



# **Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю**

Проект журнала

# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ЖУРНАЛ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

*Росздравнадзор проверяет клиники по новым индикаторам риска. Заместитель начальника Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора и специалисты из клиники при Президенте разделили индикаторы по пяти направлениям: лицензирование, летальность, лекарства, диспансеризация и МСЭ. Практики из центра компетенций и клиники-лидера по охране репродуктивного здоровья предложили меры профилактики – инструкции для сотрудников, образцы документов и чек-листов.*



---

**Автор-составитель**

---

Наталья КОТОВА, главный редактор

# Содержание

<b>26 новых оснований для проверок медорганизаций. Что взять на контроль в первую очередь</b>	<b>4</b>
<b>Росздравнадзор объяснил, как усилит цифровой контроль. Как проинформировать сотрудников</b>	<b>28</b>
<b>Обновления в контроле ИСМП для стационаров. Чек-лист для руководителя</b>	<b>39</b>
<b>«Повысили оклад, но снизили зарплату»: по жалобам врачей уже начались проверки. Будут ли санкции и к чему готовиться руководителям</b>	<b>59</b>

# 26 НОВЫХ ОСНОВАНИЙ для проверок медорганизаций. Что взять на контроль в первую очередь

*В статье – новые индикаторы риска, из-за которых в медорганизацию придут, несмотря на мораторий\*. Разделили индикаторы по пяти направлениям: лицензирование, летальность, лекарства, диспансеризация и МСЭ. Практики предложили меры профилактики – инструкции для сотрудников, образцы документов и чек-листов.*

---

Евгения АНИСИФОРОВА, заместитель главного врача по медицинской части ГАУЗ Тюменской области «Областная больница № 19»

Виктория БОЕВА, заместитель начальника Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора

Светлана ДВОРНИКОВА, начальник юридического отдела ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

Надежда КАН, заместитель по клинико-экспертной работе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»

Евгения КУРЦ, заведующая отделением клинической фармакологии, председатель ЛЭК КГБУЗ «Краевая клиническая больница», главный внештатный специалист по клинической фармакологии Минздрава Красноярского края, терапевт высшей категории

Елена ПОПОВА, заведующая аптекой КГБУЗ «Краевая клиническая больница», провизор высшей категории

Андрей СЕВОСТЬЯНОВ, ведущий юрисконсульт ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Важно

Индикаторы риска – это еще не нарушения обязательных требований, а только высокая вероятность таких нарушений. Несмотря на это, лучше подготовиться к проверке, если обнаружили такие индикаторы, например, в течение года сдавали в аренду помещения другой клинике

С 9 июля у Росздравнадзора появилось 18 дополнительных индикаторов риска, по которым проводят внеплановые проверки клиник. Еще восемь индикаторов по лекарствам действуют с апреля. Чтобы вам было проще проверить работу клиники по всем новым основаниям для проверок, мы разделили их по группам. В первом разделе рассмотрим группу индикаторов по лицензированию – ее проверят без взаимодействия с клиникой, поэтому группа требует повышенного контроля руководителя. Во втором разделе – по летальности, по ней проводят более половины проверок. В третьем разделе разберем индикаторы по лекарствам, диспансеризации и МСЭ.

### Индикаторы по лицензированию, которые проверят без взаимодействия с клиникой

Пять новых индикаторов по лицензированию касаются всех медорганизаций независимо от формы собственности (приложение 1). Два из них связаны с работой в ЕГИСЗ. Первый – когда в течение года медорганизация внесла в систему аппараты и приборы, которые принадлежат другой клинике в ином субъекте РФ. Второй – когда внесла здания и помещения, которые использует для меддеятельности другое медучреждение.

Третий индикатор связан с ситуацией, когда у медорганизации еще нет лицензии на экспертизу временной нетрудоспособности, но информацию о возможности провести такую экспертизу на сайте уже разместили. Такое нарушение чаще встречается у частных клиник.

Четвертый и пятый индикаторы связаны с оборотом мифепристона в системе МДЛП. Если в клинике нет лицензии на искусственное прерывание беременности, убедитесь, что этот препарат не выводят и не закупают. Кроме того, с 1 сентября препарат внесут в перечень ПКУ\*\*.

Инспекторы Росздравнадзора проверяют индикаторы по лицензированию без взаимодействия с медорганиза-

\* Приказы Минздрава от 04.06.2024 № 289н, от 13.02.2024 № 57н

\*\* Приказ Минздрава от 01.09.2023 № 459н

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Важно

Если на сайте обнаружат информацию о выдаче листов нетрудоспособности или медикаментозном прерывании беременности без лицензии на такую работу – оштрафуют на сумму от 40 до 50 тыс. руб. (п. 2 ст. 14.1 КоАП)

цией – с помощью мониторинга данных на официальном сайте, в ЕГИСЗ или МДЛП. Нарушения по медоборудованию выявляют по его идентифицирующим признакам в федеральном реестре: наименованию, марке, модификации, серийному номеру, производителю. Здания и помещения – по их адресу.

**Как руководителю усилить контроль за индикаторами по лицензированию.** Рекомендуем добавлять в договоры с собственником подтверждение, что по медизделию и помещению не предоставляли сведения об их использовании в ЕГИСЗ за последний год. Для дополнительной подстраховки можно предусмотреть неустойку, если такое подтверждение не соответствует действительности. Образец формулировки для договора с продавцом или арендодателем медизделия смотрите в приложении 2.

Если все же арендуете помещения, в которых расположены другие клиники, запросите подтверждение, что собственник направил заявление в Росздравнадзор о прекращении меддеятельности в данном помещении или здании. Также обратите внимание на условия расторжения договора аренды. Например, в каких случаях арендодатель может расторгнуть договор в одностороннем порядке. Так снизите риск, что арендодатель расторгнет договор с вашей клиникой, если у него не окажется пло-



### К сведению

В последнее время инспекторы Росздравнадзора все чаще фиксируют случаи, когда клиника вносит необходимые сведения в федеральный регистр мед- и фармработников и получает лицензию, а после удаляет личные дела таких медработников из регистра (далее – ФРМиФР). Росздравнадзор планирует добавить индикаторы риска по сведениям, которые клиники вносят в ЕГИСЗ, чтобы проводить внепла-

новые проверки, если такие данные обнаружат в ФРМиФР. Напомним, что с 1 апреля за несоблюдение порядка предоставления сведений в ЕГИСЗ, например, за их недостоверность и неактуальность, должностных лиц оштрафуют на 15–25 тыс. руб., за повторное нарушение – на 20–30 тыс. руб. или дисквалифицируют на срок до одного года (Федеральный закон от 31.07.2023 № 402-ФЗ).

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

\* Форма из приказа Минздрава от 17.06.2013 № 378н

\*\* Из доклада руководителя Росздравнадзора «Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в 2023 году, планах на 2024 год и плановый период», [roszdravnadzor.gov.ru](http://roszdravnadzor.gov.ru)

щадей, необходимых по санитарным правилам. Если сами собираетесь сдавать помещения в аренду или передавать их другой клинике, проверьте, остаются ли у вас необходимые помещения для оказания медпомощи и достаточный ли метраж.

Проверьте, как ответственные работают с препаратами ПКУ. С 1 сентября есть риск, что проверяющие обратят внимание и на эту область работы. Проконтролируйте, чтобы с сентября операции с мифепристоном фиксировали в журнале учета операций по обращению лекарств\*.

### 10 новых индикаторов по летальности, по которым проводят более половины проверок

Самое большое количество индикаторов, которые Минздрав добавил в июле, связаны с летальностью (приложение 3). Три из них – по материнской и младенческой смертности, которые в последнее время находятся под большим вниманием. Так, по акушерству и гинекологии за год выдали 1348 предостережений и 122 раза обратились в прокуратуру\*\*.

Еще четыре новых индикатора связаны с онконстороженностью по конкретным нозологиям. В перечень добавили заболевания дыхательной и пищеварительной системы, а также болезни крови и впервые выявленные онкозаболевания.

## Результаты проверок Росздравнадзора за прошедший год

# 4521

профилактический

визит

провели  
в 2023 году

# 2781

профилактический

визит

по акушерству  
и гинекологии

# 905

профилактических

визитов

по онко-  
настороженности

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

Новый индикатор роста досуточной летальности – традиционный показатель, который контролируют руководители медучреждений. При этом добавили индикатор роста случаев смерти по причине «старость». Он связан с разработкой нового проекта Минздрава по снижению избыточной смертности – «Федеральным инцидентом 9». Его цель – сократить демографические потери и достигнуть показателя ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет.

**Как руководителю усилить контроль за индикаторами по летальности.** Рекомендуем внедрить протоколы и стандарты по заболеваниям из перечня индикаторов, а также добавить дополнительные уровни разбора летальных случаев. Как это сделали в красноярском центре компетенций и в клинике-лидере по репродуктивному здоровью, читайте далее.



**Евгения Курц: Используем стандарты лечения по заболеваниям дыхательной системы.** Например, по оказанию медпомощи пациентам с пневмонией.

Контролируем время принятия решения с момента поступления до постановки диагноза, забора анализов. Так, в стандарте прописали, что лечащий врач в течение 50 минут от момента поступления пациента должен провести осмотр, назначить анализы и внести данные в МИС (фрагмент). Полный порядок оказания медпомощи пациентам с пневмонией в первые сутки смотрите в приложении 4.

### **Фрагмент. Порядок оказания медпомощи пациентам с пневмонией в первые сутки в отделении**

1. При поступлении пациента в отделение медицинская сестра принимает пациента, вносит данные в МИС.
2. Лечащий врач/дежурный врач в течение 50 минут от момента поступления пациента в отделение:

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

- идентифицирует пациента;
- оценивает жалобы и анамнез;
- проводит осмотр пациента.

Затем делает назначение на анализы:

- развернутый анализ крови;
- С-реактивный белок;
- калий, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, общий белок;
- общий анализ мочи;
- кал на я/г;
- цитологическое исследование мокроты (УДД 5, УУР С);
- мокрота на бактериологический посев (УДД 5, УУР С);
- исследование гемокультуры при подозрении на сепсис (до введения первой дозы антибактериального препарата);
- введение первой дозы антибактериального препарата (УДД 2, УУР В).

Далее лечащий врач/дежурный врач вносит данные в МИС.



### **Надежда Кан: Внедрили трехуровневую систему разбора летальных исходов.**

Благодаря ей за последние пять лет обнаружили всего два случая расхождения клинического и патолого-анатомического диагноза третьей категории. Расскажу подробнее, как выстроить такую систему.

На первом уровне разбирают все случаи госпитальной летальности на комиссии по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ). Например, устанавливают причины, по которым медработники допустили ошибки в лечении. Задачи КИЛИ – в памятке → 10.

Следующий уровень – лечебно-контрольная комиссия по профилям. Главное отличие от КИЛИ – нужно привлечь сторонних консультантов – сотрудников скорой помощи других медучреждений, специалистов из мед-университетов. На заседаниях такой комиссии обсуждают случаи летальных исходов, которые требуют более глубокого изучения и анализа, например, своевременно не диагностированные инфекционные заболевания. Что

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

еще анализируют на лечебно-контрольной комиссии, смотрите в приложении 5.

Высший уровень разбора летальных исходов – клинико-патолого-анатомическая конференция. На ней обсуждают, например, летальные исходы с дефектами диагностики и лечения, которые повторяются систематически. Какие еще случаи разбирают на конференции, смотрите в приложении 6.

По итогам работы каждой комиссии выносят заключение о предотвратимости летального исхода, диагностических и лечебных дефектах при оказании медпомощи. После этого проводят профилактические мероприятия, например, разбирают клинреки на планерках или формируют учебные материалы для персонала. Какие еще профилактические мероприятия провести, смотрите в приложении 7.

### Новые индикаторы риска по лекарствам, диспансеризации и МСЭ

В этом разделе разберем, как контролировать новые индикаторы по лекарствам, диспансеризации и МСЭ.

#### Памятка. Какие задачи решают на КИЛИ

- 1 Изучают своевременность и правильность лечебно-диагностических мероприятий на всех этапах оказания медпомощи, соблюдение порядков, стандартов и клинреков (протоколов ведения).
- 2 Выявляют дефекты и ошибки при оказании медпомощи.
- 3 Устанавливают причины допущенных дефектов при оказании медпомощи умершему пациенту.
- 4 Разрабатывают мероприятия по устранению нарушений, если таковые имелись.

**Как руководителю усилить контроль за индикаторами по лекарствам.** Проверьте, как ответственные работают с системой МДЛП. С апреля действуют восемь индикаторов риска в сфере обращения лекарств. Например, клинику проверяют, если в системе МДЛП указали, что препарат передали на уничтожение, но не предоставили информацию о факте уничтожения в срок более полугода. Полный перечень новых индикаторов по работе с лекарствами смотрите в приложении 8. Как красноярский центр компетенций рекомендует контролировать работу в системе МДЛП, читайте далее.



**Елена Попова: Стандартизировали действия специалистов аптеки в МДЛП на этапе приемки и отпуска лекарственных препаратов.** Например, при приемке ответственный сотрудник сканирует QR-

код упаковки для подтверждения системой МДЛП его подлинности. В случае успешного завершения проверки получает от ИС МДЛП квитанцию о фиксации. Только после получения квитанции о фиксации ответственный сотрудник аптеки может внести данные о поступлении лекарственного препарата в систему учета товаров и осуществить его фактическую приемку.

Лекарственные препараты, которые подлежат уничтожению, например, из-за истекшего срока годности, в системе МДЛП выводит из оборота ответственный сотрудник медорганизации. Напомните сотрудникам, что организация, которая занимается уничтожением лекарственных препаратов, не регистрирует движение лекарственных препаратов в МДЛП – это обязанность клиники. Алгоритм для ответственных, как действовать при приемке, отпуске и уничтожении лекарственного препарата, смотрите в приложении 9.

Для дополнительного контроля ежемесячно заместитель заведующей аптекой совместно с программистом сверяют фактическое наличие или отсутствие недоброка-

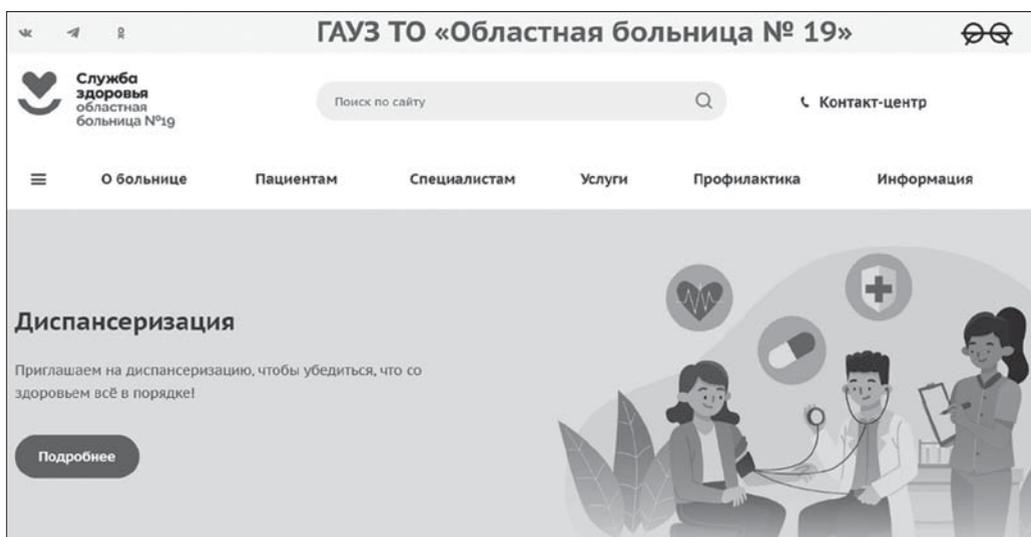
## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

чественных лекарств с данными системы учета товаров клиники и МДЛП.

**Как руководителю усилить контроль за индикаторами по диспансеризации.** Проинформируйте ответственных за диспансеризацию, что нужно уделить внимание двум направлениям, которые будет проверять Росздравнадзор. Добавили индикаторы по количеству отказов от маммографии и анализа кала на скрытую кровь. Пример, в каком случае в клинику придут с внеплановой проверкой, смотрите ниже. Как практики контролируют показатели, далее в статье.



**Евгения Анисифорова: Используем различные способы привлечения трудоспособного населения на диспансеризацию.** Например, пациент, который редко посещает клинику, обратился за неотложной помощью. Участковая медсестра приглашает такого пациента после оказания медпомощи пройти



Скриншот. Информационный баннер-приглашение на диспансеризацию на главной странице сайта.  
Источник: [ob19.ru](http://ob19.ru)

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

диспансеризацию. Так же действуют, если трудоспособное население обращается за скорой медпомощью или в приемные отделения дежурных стационаров. Кроме стандартных телефонных обзвонів и подворовых обходов, используем нестандартные способы – приглашаем пациентов через родственников, например, супругов, которые пришли на прием к врачу.

Все медработники от среднего медперсонала до узких специалистов принимают участие в направлении пациентов на диспансеризацию. Например, если пациент пришел на прием к офтальмологу, специалист после осмотра предложит записаться в кабинет профилактики. После этого пациент заполнит ИДС и сможет начать диспансеризацию. Кроме этого, мы работаем с организованными коллективами. Например, используем выездные формы работы на предприятиях.

В соцсетях, на сайте медучреждения и в СМИ проводим активную информационную кампанию о необходимости диспансеризации (скриншот). Для информирования пациентов используем памятки с основными вопросами об актуальности профилактических мероприятий, а также информацией об исследованиях, консультациях и маршрутизации в рамках диспансеризации (смотрите на [e.zdravohrana.ru/1095305](http://e.zdravohrana.ru/1095305)).

**Как руководителю усилить контроль за индикаторами по МСЭ.** В новом перечне также есть самостоятельный индикатор по МСЭ – неполный комплект документов. Его будут применять для поликлиник, чтобы мотивировать их более ответственно подходить к формированию документов для МСЭ и не передавать эту работу пациентам.

Ранее уже вводили самостоятельные индикаторы, которые нельзя отнести к конкретной группе. Например, случаи расхождения клинического и патолого-анатомических диагнозов и рост числа ЭКМП со стороны СМО. Полный перечень таких индикаторов риска смотрите в приложении 10.

## **Памятка. Пять новых индикаторов риска по лицензированию**

- 1** В лицензирующий орган за календарный год поступило заявление о предоставлении лицензии на меддеятельность или о внесении изменений в реестр лицензий от лицензиата, которому принадлежат на праве собственности или ином законном основании медизделия, — оборудование, аппараты, приборы, инструменты, — которые также принадлежат иному лицензиату. При условии, что лицензиаты находятся в разных субъектах РФ. Сверку проводят по идентифицирующим признакам — наименованию, марке, модификации, серийному номеру, производителю.
- 2** В лицензирующий орган за календарный год поступило заявление о предоставлении лицензии на меддеятельность или о внесении изменений в реестр лицензий от лицензиата, которому принадлежат на праве собственности или ином законном основании здания, строения, сооружения или помещения для меддеятельности, которые также принадлежат на праве собственности или ином законном основании иному лицензиату. При условии, что такой лицензиат не направил в лицензирующий орган заявление о внесении изменений в реестр лицензий по данному адресу либо заявление о прекращении меддеятельности.
- 3** На сайте медорганизации разместили информацию об оформлении листков временной нетрудоспособности при условии, что у медорганизации нет лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности.
- 4** По данным ФГИС МДЛП выводили мифепристон без лицензии на услуги по акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).
- 5** По данным ФГИС МДЛП закупали мифепристон без лицензии на услуги по акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

## Образец формулировки для договора с продавцом или арендодателем медизделия

«Сторона 1 заверяет Сторону 2 в том, что документы на медицинское изделие в течение 12 месяцев, предшествующих дате заключения настоящего договора, не предоставлялись в лицензирующий орган для получения лицензии на медицинскую деятельность, внесения изменений в реестр лицензий на медицинскую деятельность. В случае недостоверности указанного заверения Сторона 1 обязуется выплатить Стороне 2 неустойку в размере \_\_\_\_\_ рублей».

**Примечание.** Приложение подготовила Елена Хмелевская, адвокат, советник ООО «Специализированная юридическая компания в области медицинского права “РМК”».

## Памятка. Индикаторы риска по летальности

### 10 новых индикаторов риска по летальности

- 1 Больничная летальность от заболеваний дыхательной системы выросла более чем на два процента за квартал по сравнению с предыдущим кварталом.
- 2 Больничная летальность от заболеваний пищеварительной системы выросла более чем на два процента за квартал по сравнению с предыдущим кварталом.
- 3 Число умерших беременных, рожениц и родильниц увеличилось более чем на один процент за год.
- 4 Число умерших детей в возрасте до года увеличилось более чем на один процент за год.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

- 5 Число новорожденных, которые умерли в первые 168 часов жизни, увеличилось более чем на один процент за год.
- 6 Досуточная летальность увеличилась более чем на 10 процентов в год.
- 7 Количество случаев смерти от старости увеличилось более чем на 10 процентов за полугодие по сравнению с предыдущим полугодием.
- 8 Доля пациентов, которые умерли от злокачественного новообразования до истечения года со дня установления диагноза, от числа пациентов, которым впервые в жизни установили диагноз злокачественного новообразования и которым установили диспансерное наблюдение в отчетном году, увеличилась за год более чем на 10 процентов.
- 9 Доля умерших от болезней системы кровообращения от числа лиц с болезнями системы кровообращения, которым установили диспансерное наблюдение, увеличилась за год более чем на 10 процентов.
- 10 По итогам года общий коэффициент смертности обслуживаемого медорганизацией населения (на 1000 населения) вырос по сравнению с общим коэффициентом смертности по субъекту РФ (на 1000 населения).

### Три индикатора по летальности, которые действовали прежде

- 1 Больничная летальность от инфаркта миокарда выросла более чем на два процента за год.
- 2 Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения выросла более чем на два процента за год.
- 3 За год на три процента снизилось число злокачественных новообразований, которые выявили на ранних стадиях (I–II стадии).

## **Полный порядок оказания медпомощи пациентам с пневмонией в первые сутки**

1. При поступлении пациента в отделение медицинская сестра принимает пациента, вносит данные в МИС.

2. Лечащий врач/дежурный врач в течение 50 минут от момента поступления пациента в отделение:

- идентифицирует пациента;
- оценивает жалобы и анамнез;
- проводит осмотр пациента.

Затем делает назначение на анализы:

- развернутый анализ крови;
- С-реактивный белок;
- калий, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, общий белок;
- общий анализ мочи;
- кал на я/г;
- цитологическое исследование мокроты (УДД 5, УУР С);
- мокрота на бактериологический посев (УДД 5, УУР С);
- исследование гемокультуры при подозрении на сепсис (до введения первой дозы антибактериального препарата);
- введение первой дозы антибактериального препарата (УДД 2, УУР В).

Далее лечащий врач/дежурный врач вносит данные в МИС.

Примечание: При необходимости завершения осмотра другого пациента (невозможности проведения осмотра в течение 50 минут) дежурный врач передает информацию по пациенту, нуждающемуся в осмотре и назначении исследований, коллеге.

3. Получив назначения на анализы, медицинская сестра:

- идентифицирует пациента;
- выдает пациенту контейнер под биоматериалы и просит пациента осуществить сбор биоматериала.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

После гигиенической обработки полости рта пациента производит забор мазка из зева и затем сбор мокроты. Для бактериологического исследования мокрота собирается пациентом самостоятельно в стерильный контейнер. Заполненный контейнер с биоматериалами пациент передает медицинской сестре.

Далее медицинская сестра осуществляет забор крови на бактериологическое исследование. Кровь вносит в готовые флаконы с питательной средой, соблюдая правила асептики, согласно инструкции: не менее 10 мл в каждый флакон из 2–3 сосудов или двух участков кровеносного сосуда через 20–30 минут на подъеме температуры. Медицинская сестра после забора биологических проб вводит первую дозу АБ препарата при клинике шока в течение 1-го часа поступления в отделение, в остальных случаях — в течение 4 часов (УДД 2, УУР В).

Затем медицинская сестра направляет контейнеры с биоматериалами в КДЛ (общий анализ мочи, цитологическое исследование мокроты, кал на я/г, исследование крови при подозрении на применение наркотических веществ у ВИЧ-инфицированных) и не позднее 2 часов от момента забора — в бактериологическую лабораторию (мокрота на бактериологический посев, забранная на бактериологическое исследование кровь, при септическом состоянии, бактериологическое исследование мазка из зева). Готовность результатов исследований мокроты и мазка из зева через 3–5 суток. В нерабочее время флаконы с кровью доставляются в СоСМП (ПО) и помещаются в термостат. Мокроту допускается хранить в холодильнике при температуре 4–8 °С не более 24 часов.

4. Сотрудники КДЛ, получив биоматериал, проводят исследования, результаты вносят в МИС.

5. Сотрудники бактериологической лаборатории, получив биоматериал, проводят исследования, результаты вносят в МИС.

6. Лечащий врач/дежурный врач, получив результаты исследований, оценивает результаты, принимает решение о дальнейшей тактике ведения, вносит данные в МИС.

7. Каждые три часа медицинская сестра проводит оценку состояния пациента, контролируя следующие показатели:

- сатурация кислорода;
- температура тела;

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

- артериальное давление;
- ЧСС.

В случае ухудшения состояния пациента медицинская сестра вызывает лечащего врача/дежурного врача. Условием для вызова лечащего врача/дежурного врача являются следующие показатели:

- сатурация кислорода < 95 процентов;
- температура тела > 38 °С;
- артериальное давление < 100/70 мм рт. ст.;
- ЧСС > 100.

Медицинская сестра выполняет инъекции или выдает лекарственные препараты согласно назначениям врача. Вносит данные в МИС.

8. Если нет показаний для вызова лечащего врача/дежурного врача (условия вызова указаны в п. 7), то продолжается лечение по назначенной схеме.

9. Получив вызов от медицинской сестры, лечащий врач/дежурный врач:

- идентифицирует пациента;
- оценивает состояние пациента согласно шкале NEWS (ПИ 21.26);
- назначает или корректирует лечение;
- принимает решение о дальнейшей тактике ведения, в том числе вызове врача ОАР;
- вносит данные в МИС. Пациенту в стабильном состоянии продолжается лечение по назначенной схеме.

10. Получив вызов, врач ОАР прибывает в отделение и выполняет мероприятия по восстановлению ЖВФ, принимает решение о необходимости перевода в ОАР, вносит данные в МИС.

### **Памятка. Какие случаи анализируют на лечебно-контрольной комиссии**

- 1** Отмена патолого-анатомического вскрытия (если есть в медорганизации).
- 2** Летальные исходы, причиной которых явились ошибки прижизненной диагностики, квалифицированные по III категории расхождения диагнозов.
- 3** Смерть больных на операционном столе, после инвазивных манипуляций и исследований, а также после переливания крови и кровезаменителей.
- 4** Ятрогенные осложнения II и III категории.
- 5** Грубые лечебно-диагностические ошибки при ургентной патологии (хирургической, урологической, терапевтической, акушерской и иной).
- 6** Своевременно не диагностированные инфекционные заболевания.
- 7** Случаи грубых нарушений назначения и использования лечебно-диагностических методов и средств.
- 8** Спорные ситуации, которые не решили на КИЛИ.

### **Памятка. Какие случаи разбирают на клинико-патолого-анатомической конференции**

- 1** Случаи летального исхода, которые представляют научный и практический интерес для широкого круга клиницистов, вне зависимости от того, насколько правильно это заболевание было диагностировано при жизни.
- 2** Редкие наблюдения и необычно протекающие заболевания.
- 3** Лекарственные болезни и лекарственный патоморфоз заболеваний.
- 4** Ошибочная прижизненная диагностика, летальные исходы с наиболее систематически повторяющимися дефектами диагностики, лечения.
- 5** Случаи, которые выходят за рамки возможности их полноценного анализа на заседаниях КИЛИ, ЛКК.
- 6** Случаи ошибочной прижизненной диагностики, оставшиеся недостаточно ясными или спорными после их обсуждения на КИЛИ и ЛКК.

### **Памятка. Какие мероприятия разрабатывают по итогам контроля летальных исходов, чтобы предотвратить их повторение**

- 1** Разработка СТУ, алгоритмов по обследованию и лечению по нозологиям на основании клинических рекомендаций с последующим проведением учебы.
- 2** Разбор клинреков на планерках с составлением презентаций.
- 3** Формирование файлов с учебными материалами для персонала в папке по контролю качества на рабочем диске медорганизации.
- 4** Система снижения стимулирующих выплат за повторяющиеся нарушения при оказании медпомощи согласно балльной системе оценки качества труда.
- 5** Строгое соблюдение маршрутизации и перетранспортировка пациентов с верифицированным диагнозом/невозможностью исключения диагноза согласно профилю заболевания, при отсутствии специалистов в медорганизации.

## Памятка. Восемь новых индикаторов по лекарствам

- 1** В течение года поступал запрос лицензии на фармдеятельность (внесение в нее изменений) от лицензиата, которому принадлежит оборудование, также принадлежащее иному лицензиату из иного субъекта РФ.
- 2** В течение года поступал запрос лицензии от лицензиата, которому принадлежит производственный объект, используемый для фармдеятельности, также принадлежащий иному лицензиату.
- 3** У лицензиата есть работник, непосредственно связанный с фармдеятельностью, который также заключил в течение календарного года трудовой договор с иным лицензиатом в ином субъекте РФ, с которым нет общих административных границ.
- 4** В системе мониторинга есть сведения о списании препарата без передачи на уничтожение или уничтожении его в объеме 10 процентов от объема поступления в течение трех месяцев.
- 5** В системе мониторинга есть сведения о передаче на уничтожение препарата без представления сведений о факте его уничтожения в срок более шести месяцев.
- 6** В системе мониторинга нет сведений о выводе из оборота препарата из групп согласно АТХ других антисептиков и дезсредств (Этанол), противоопухолевых препаратов, противоопухолевых гормональных препаратов, иммуностимуляторов, иммунодепрессантов, гипогликемических синтетических и других средств, гипогликемических синтетических и других средств в комбинациях, антипсихотических средств, иммунных сывороток и иммуноглобулинов медорганизацией более 15 месяцев в случае наличия в системе мониторинга информации о поступлении этого препарата в медорганизацию.
- 7** В системе мониторинга нет сведений о реализации препарата из групп согласно АТХ других антисептиков и дезинфицирующих средств (Этанол), противоопухолевых препаратов, противоопухолевых гормональных препаратов, иммуностимуляторов, иммунодепрессантов, гипогликемических синтетических и других средств, гипогли-

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

кемических синтетических и других средств в комбинациях, антипсихотических средств, иммунных сывороток и иммуноглобулинов, а также лекарственных средств, подлежащих ПКУ, организацией оптовой торговли более шести месяцев в случае наличия в системе информации о поступлении этого препарата в организацию.

**8** В системе мониторинга нет сведений о реализации аптечной организацией, ИП препарата из групп согласно АТХ гипогликемических синтетических и других средств, гипогликемических синтетических и других средств в комбинациях, лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, более шести месяцев в случае наличия в системе мониторинга информации о поступлении этого препарата.

## Алгоритм для ответственных, как действовать при приемке, отпуске, изъятии и уничтожении лекарственного препарата

### Приемка лекарственного препарата

- 1 Получите информацию из МДЛП о контрольно-идентификационных знаках, которые направил поставщик.
- 2 Отсканируйте QR-код упаковки и проверьте контрольно-идентификационные знаки от поставщика.
- 3 Получите от МДЛП квитанцию о фиксации сведений о перемещении лекарственного препарата.
- 4 Внесите данные о поступлении лекарственного препарата в систему учета товаров медорганизации и осуществите фактическую приемку товара.

### Отпуск лекарственного препарата

- 1 Отсканируйте QR-код упаковки.
- 2 Создайте в системе учета товаров и направьте уведомление о выдаче в МДЛП.
- 3 Получите ответ от системы МДЛП о выбытии лекарственного препарата из оборота.

### Изъятие и уничтожение лекарственного препарата

- 1 Если в медицинской организации выявили лекарственные препараты, которые подлежат изъятию и уничтожению в установленном законом порядке, по решению медорганизации или Росздравнадзора, немедленно переместите их в «карантинную зону».

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

- 2 Отрадите в системе МДЛП по схеме 541\* передачу информации о лекарственных препаратах, переданных на уничтожение.
- 3 Передайте препарат специализированной организации, которая осуществляет уничтожение лекарств, на основании договора.
- 4 Подтвердите факт уничтожения недоброкачественных лекарственных препаратов Актом об уничтожении.
- 5 Отрадите в системе МДЛП по схеме 542\* факт уничтожения лекарственных препаратов.

Важно! Организация, которая занимается уничтожением лекарственных препаратов, не регистрирует движения лекарственных препаратов в МДЛП. Этим занимаются ответственные специалисты медорганизации.

## Самостоятельные индикаторы риска, которые нельзя отнести к конкретной группе

**Новый индикатор по МСЭ** — более чем на пять процентов за отчетный период выросло количество возвратов документации в медорганизацию из федеральных учреждений медико-социальной экспертизы из-за того, что нет данных о результатах проведения полного объема медобследований по перечню (абз. 3 п. 17 постановления Правительства от 05.04.2022 № 588).

### Два самостоятельных индикатора, которые действовали прежде

- 1 За квартал более чем на 10 процентов выросло число случаев расхождения клинического диагноза, установленного в медорганизации, и диагноза, поставленного по результатам патолого-анатомических исследований, по сравнению с предыдущим кварталом.
- 2 В одной медорганизации более чем на 10 процентов за квартал увеличилось число ЭКМП, проведенных страховыми медорганизациями, с выявленными несоблюдениями стандартов медпомощи по сравнению с предыдущим кварталом.

# Росздравнадзор объяснил, как усилит цифровой контроль. Как проинформировать сотрудников

*В статье – материалы для совещания по цифровому контролю, который Росздравнадзор вводит с этого года. Вместе с экспертами Росздравнадзора разобрались, как подготовиться к визиту «мобильного инспектора» и чего ожидать руководителям от электронного лицензирования через реестры.*

---

Виктория БОЕВА,  
заместитель начальника  
Управления лицензирования  
и контроля соблюдения  
обязательных требований  
Росздравнадзора

Рузалия КОЧЕТКОВА,  
юриисконсульт и специа-  
лист по охране труда ГБУЗ  
«ГП № 12 ДЗМ», доцент  
кафедры «Управление пер-  
соналом» УлГТУ, к. э. н.

Никита КУЧИН,  
член комиссии по аттеста-  
ции экспертов Росздравнад-  
зора в Челябинской области,  
доцент кафедры обществен-  
ного здоровья и здравоохра-  
нения Южно-Уральского госу-  
дарственного медицинского  
университета, к. м. н.

Используйте статью как конспект для совещания по цифровому контролю. В начале разберитесь с ответственными сотрудниками, как Росздравнадзор планирует проводить проверки с помощью специального приложения «Инспектор». Далее – объясните, что нового добавят в лицензирование через реестры.

## **«Мобильный инспектор» – как взаимодействовать с Росздравнадзором через приложение**

С этого года начнут проводить дистанционные проверочные и профилактические мероприятия с помощью мобильного приложения «Инспектор». Пока в формате пилотного проекта – минимум 20 процентов от общего количества проверок пройдет удаленно\*. Первыми участниками проекта станут Росздравнадзор, МЧС и Ростехнадзор. Обучать контролеров уже начали. Как именно

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

*\* Сообщил руководитель аппарата Правительства Дмитрий Григоренко в ходе совещания с руководством контрольно-надзорных органов по вопросам совершенствования сферы контроля и надзора, 8 февраля, [government.ru/news/50825](http://government.ru/news/50825)*

будут проходить проверки медорганизаций с помощью мобильного приложения, разберем далее.

**Как работает «Инспектор».** С помощью мобильного приложения «Инспектор» вас будут проверять дистанционно в режиме видео-конференц-связи. Такие проверки знакомы медорганизациям, например так проводят некоторые выездные мероприятия. Изменится только формат взаимодействия, вместо сторонних сервисов для видео-конференц-связи будут использовать специальное приложение. Для этого ответственному медорганизации необходимо скачать его на мобильное устройство по QR-коду или на сайте разработчика (памятка).

Во время проверки приложение показывает контролеру, на каком расстоянии от объекта находится ответственный – это возможно только после того, как сотрудник медорганизации подключится к видео-конференц-связи. Геопозицию определяют, чтобы убедиться в достоверности данных, которые предоставляет клиника.

После дистанционной проверки в приложении формируется интерактивный журнал, в нем зарегистрированы все этапы проверочного мероприятия, хранятся видеозапись,

### Памятка. QR-коды для доступа к приложению «Инспектор»



Скачать приложение на RuStore



Перейти на сайт разработчика [knd.gov.ru](http://knd.gov.ru)

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Важно

Рекомендуем поручить ответственным подготовить дорожную карту по лицензированию через реестры. Так сможете определить сроки готовности по каждому этапу. Образец смотрите в приложении 5

фото- и аудиоматериалы проверки. История контрольных мероприятий доступна инспекторам и медорганизациям.

Авторизацию в мобильном приложении «Инспектор» проходят через Госуслуги. Результаты можно подписывать госключом. Подробнее о том, как подготовиться к проверке, читайте далее.

**Как подготовиться к проверке мобильного «Инспектора».** Чтобы участвовать в проверке, необходимо добавить ответственного сотрудника организации в ЕСИА. Это нужно, чтобы войти в приложение. Вам необходимо авторизоваться в личном кабинете руководителя на портале Госуслуги и во вкладке «Организации» пригласить нового сотрудника. Пошаговый алгоритм смотрите в приложении 1.

Когда ответственный получил доступ к «Инспектору», у него есть возможность увидеть список проверок, которые проведут в клинике с помощью приложения. Для этого нужно перейти в раздел «Мои» и обновить список мероприятий, потянув экран вниз. Если мероприятие назначили, в разделе появится дата и время проверки, ОГРН, наименование и адрес медорганизации, а также ее геолокация. Памятку, чтобы проверить наличие контрольно-надзорного мероприятия в мобильном «Инспекторе», смотрите в приложении 2.



### К сведению

Сейчас во многих клиниках выездные проверки обязательных лицензионных требований проводятся дистанционно с помощью сторонних сервисов видеосвязи, например Яндекс. Телемост. Для этого инспектор связывается с руководителем медорганизации по телефону или электронной почте. Оговаривает дату и время проверки.

Ответственный ожидает подключения к видеоконференц-связи на улице у здания медорганизации. Далее начинается съемка – ответственный представляется на камеру, показывает паспорт и доверенность, потом адрес и вывеску с названием клиники. После такой верификации начинается проверка по кабинетам.

## **Автоматизированный лицензионный контроль – какую информацию проверить в базах и реестрах**

Росздравнадзор планирует утвердить новый регламент по лицензионному контролю – всю информацию будут брать из реестров, чтобы полностью автоматизировать проверки обязательных требований\*. Клиникам больше не придется предоставлять бумажные или электронные версии документов. При этом руководителям придется усилить контроль работы в реестрах. Из них эксперты будут брать всю обязательную информацию о медорганизации.

С конца марта Правительство уже начало вносить точечные изменения в постановление о лицензировании\*\* – например, больше не требуется предоставлять копии документов о регистрации медизделий, если информация есть в ФРМиФО\*\*\*.

Какие преимущества получают от нового регламента руководители медучреждений, смотрите ниже. Какую информацию нужно проверить в реестрах и базах и что принципиально нового принесет автоматизированный контроль, читайте далее.

*\* Проект приказа Росздравнадзора «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги “Лицензирование медицинской деятельности”», ID 142198*

*\*\* Постановление Правительства, от 20.03.2024 № 334 и от 01.06.2021 № 852*

*\*\*\* ФРМО и ФРМР обновили названия, теперь реестр мед- и фарморганизаций, ФРМиФР – федеральный регистр мед- и фармацевтиков, [roszdravnadzor.gov.ru](http://roszdravnadzor.gov.ru)*

**Какие данные о клиниках Росздравнадзор будет получать в немедицинских реестрах.** Чтобы получить лицензию по новому регламенту, необходимо будет своевременно и в полном объеме предоставлять информацию в базы и реестры. Так, данных о немедицинских работниках нет в ФРМиФР. Но контролерам надо убедиться, что в клинике есть, например, инженер по медоборудованию. Эти сведения инспекторы посмотрят в Пенсионном фонде. Поэтому клинике важно удостовериться, что она передает эти данные о сотруднике.

Сейчас, чтобы получить лицензию, клиника передает в Росздравнадзор сведения о своих зданиях. По новому регламенту эти данные инспекторы получают в Росреестре. Какие еще документы больше не придется отправлять контролерам, смотрите в приложении 3.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

\* Приказ Росздравнадзора  
от 28.10.2020 № 9936

Передайте ответственному памятку, как подготовить клинику к электронному лицензированию, важно обратить внимание на очередность некоторых процессов (приложение 4). Например, параллельно оформлению СЭЗ необходимо начать проверять наличие оборудования и вносить его в ФРМиФО. Это связано с тем, что оформление СЭЗ занимает месяц.

**Какие сложности пока не позволяют полностью перейти на цифровой лицензионный контроль.** На данный момент работать полностью в электронном виде пока не получается, потому что есть сложности: например, нельзя внести в ФРМиФО сведения о мебели, если она не является медицинской и не имеет регистрационного удостоверения. При этом такую мебель требуют по стандарту. По текущему регламенту\* клиники предоставляют обратную ведомость на такое оборудование. По новому регламенту эту информацию Росздравнадзор будет брать из реестра, но пока информации о таком реестре нет. Вероятнее всего, добавят вкладку в самом ФРМиФО. Если к моменту утверждения проекта проблему решат, то процесс оценки лицензионных требований значительно ускорится и станет проще для руководителей медучреждений.

# 4

преимущества,  
которые получают  
медорганизации  
от обновленного  
регламента  
по лицензированию

1. Персональное информирование о статусе рассмотрения заявления – руководитель медорганизации сможет по электронному каналу в непрерывном режиме моментально получить необходимые сведения, срок и состав процедур.
2. Непрерывный режим обращений в лицензирующий орган – запросы будут регистрировать круглосуточно и сразу указывать срок предоставления услуги с момента подачи заявления.
3. Электронный формат исключит необоснованные временные, финансовые, организационные и иные издержки для руководителей медорганизаций.
4. Лицензирующие органы будут использовать профилирование – у клиник перестанут запрашивать сведения, которые есть в распоряжении других органов власти и организаций.

## Алгоритм, как добавить сотрудника к медорганизации в ЕСИА

- 1 Авторизуйтесь в личном кабинете контролируемого лица в ЕСИА под учетной записью руководителя организации или администратора.
- 2 Нажмите на иконку учетной записи в правом верхнем углу, затем — «Все организации и роли».
- 3 Перейдите во вкладку «Организации», выберите организацию, нажмите «Подробнее», затем «Сотрудники».
- 4 На открывшейся странице со списком сотрудников нажмите «Пригласить нового сотрудника».
- 5 В открывшемся меню введите данные сотрудника:
  - Ф. И. О.;
  - адрес электронной почты. На нее сотрудник получит ссылку-приглашение для входа в личный кабинет организации, почта может быть любая — необязательно привязанная к учетной записи на Госуслугах;
  - СНИЛС. Требуется, чтобы к организации не смог присоединиться однофамилец приглашаемого сотрудника.
- 6 Нажмите «Пригласить».
- 7 Сотруднику необходимо перейти по ссылке в полученном письме, авторизоваться на Госуслугах и присоединиться к организации во вкладке «Организации». Ссылка из письма активна 60 дней с момента получения. Воспользоваться приглашением можно только один раз.
- 8 Если истек срок действия ссылки, руководителю потребуется повторно сформировать и отправить приглашение.
- 9 Дополнить и изменить данные сотрудника и назначенную ему роль можно будет после того, как он перейдет по ссылке. Данные появятся в разделе «Сотрудники».

### Памятка. Как проверить наличие контрольно-надзорного мероприятия в приложении «Инспектор»

- 1 Авторизоваться в приложении «Инспектор» через ЕСИА.
- 2 Перейти в раздел «Мои».
- 3 Обновить список мероприятий, протянув экран вниз.
- 4 Проверить информацию назначенного мероприятия:
  - дата и время проведения ВКС;
  - ОГРН, наименование и адрес организации;
  - геолокация места объекта проведения мероприятия.

**Примечание.** В случае возникновения проблем технического характера необходимо обратиться в службу технической поддержки ГИС ТОР КНД ([knd.gov.ru/help](http://knd.gov.ru/help)).

**Таблица. Какие документы будут иначе предоставлять по новому регламенту**

Требования к ме- дучреждению	Документы, которые клиники предоставляют по текущему регламенту*	Реестры, в которых Росздравнадзор будет проверять данные по новому регламенту**
Наличие здания	Документ, который подтверждает право собственности на здание, договор безвозмездного пользования помещением, договор аренды. Если документы еще оформляют, но открытие поликлиники уже запланировали — гарантийное письмо о том, что документы предоставят позднее	Росреестр
Наличие медоборудования	Сведения о медоборудовании вносятся в ФРМиФО	ФРМиФО
Наличие оборудования по стандартам	Для оборудования, которое не вносятся в ФРМиФО, например: столы, стулья, лампы настольные, которое нужно по стандарту, но не имеет регистрационной ведомости, — требуется оборотная ведомость	На данный момент реестра нет, предполагается отдельный реестр или вкладка в ФРМиФО
Наличие санитарно-эпидемиологического заключения на услуги или помещение	Санитарно-эпидемиологическое заключение на услугу или помещение медорганизации	Реестр Роспотребнадзора
Наличие трудоустроенных медработников	По каждому сотруднику подают копию трудового договора и допсоглашения. Если лицензируют новый адрес, в допсоглашении указывают, что место работы сотрудника меняется. Если сотрудник менял фамилию, подают копии документов, которые это подтверждают. Это поможет избежать вопросов, которые возникнут у экспертов, если диплом сотруднику выдали на другое имя	ФРМиФР, Пенсионный фонд

\* Приказ Росздравнадзора от 28.10.2023 № 9936.

\*\* Проект приказа Росздравнадзора «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги “Лицензирование медицинской деятельности”», ID 142198.

## Памятка по подготовке к электронному лицензированию

Необходимо проследить, чтобы у ответственного за подачу заявления на лицензирование была ЭЦП, чтобы подписать заявление на портале Госуслуг. Обычно это делает главврач или лицо, у которого есть право на подписание. На странице профиля главврача учреждения можно оформить такое право на любого сотрудника, если у него есть ЭЦП. Как правило, в каждом медучреждении уже сложилась традиция, по которой за подачу заявления отвечает конкретный работник. На кого бы ни решили оформить такое право — на главную медсестру, программиста, инженера по медоборудованию или юрисконсульта, — проконтролируйте, чтобы у сотрудника была ЭЦП.

### Как оформить санэпидзакключение и внести в ФРМиФО оборудование

- 1 Параллельно оформлению СЭЗ необходимо начать проверять наличие оборудования и вносить его в ФРМиФО. Оформление СЭЗ занимает месяц. Подготовка заявления и документы на оформление может главная медсестра совместно со старшими медсестрами. Учтите, невозможно добавить данные о медоборудовании в ФРМиФО, если ранее в реестр не внесли сведения об организации.
- 2 В ФРМиФО необходимо внести сведения о зданиях, которыми располагает учреждение. В реестр можно добавить только те здания, которым присвоили адрес или в отношении которых есть распоряжение о передаче учреждению.
- 3 На следующем этапе заполните информацию обо всех этажах и кабинетах в соответствии с документами БТИ. Только после этого можно будет добавить сведения о медоборудовании для каждого кабинета.

**Примечание.** Оснащение медкабинетов по каждой выполняемой работе (услуге) проводят в соответствии со стандартами и порядками оснащения. Сотрудники должны сверяться с ними при подготовке документов на оборудование для лицензирования. Если на какой-то вид деятельности есть и стандарт оснащения, и порядок оснащения, учитывайте оба документа при оборудовании кабинета.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

Например, стандарт для кабинета врача-педиатра участкового утвердили в приложении № 3 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям (приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н). Порядок оснащения — в приложении № 3 к Порядку оказания педиатрической помощи (приказ Минздрава России от 16.04.2012 № 366н). В соответствии с ним, помимо перечня оборудования из приказа 92н необходимо добавить в кабинет настольную лампу, набор врача-педиатра и кушетку.

### Какие данные о медработниках внести

- 1** Необходимо проверить, все ли данные обо всех медработниках внесли в ФРМиФР. Для каждого человека следует указать наличие образования, сертификата или аккредитации, повышения квалификации.
- 2** Сведения о трудоустройстве эксперты будут запрашивать в пенсионном фонде. С этим связан один нюанс, по поводу которого пока не дали разъяснений: изменение адреса работы сотрудника. Если сведения о приеме на работу, увольнении и переводах кадровики подают в электронном виде, то при смене адреса оформляют допсоглашение. Сведения об этом не направляют ни в Пенсионный фонд, ни в ФРМиФР. Можно предположить, что в дальнейшем копии допсоглашений заявители будут предоставлять в лицензирующий орган. Например, посредством электронной почты в процессе проведения документарной проверки по запросу эксперта или во время выездной проверки.
- 3** Обратите внимание, что соблюсти лицензионные требования можно, только если в штат медорганизации включили инженера по медоборудованию. Сотрудника на эту должность следует оформить в штат, а сведения о нем подать в соответствии с законодательством в Пенсионный фонд. Так как инженер не медработник, в ФРМиФР его не добавляют. Чтобы проверить документы инженера, эксперты сделают запрос в Пенсионный фонд.

**Примечание.** Проверку данных о медработниках можно поручить кадровику. Предложите ему распечатать готовое заявление на СЭЗ и рядом с каждой услугой карандашом вписать Ф. И. О. медработника. Получится список сотрудников, данные которых следует проверить.

«СОГЛАСОВАНО»  
Главный врач  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

## ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ (ДОРОЖНАЯ КАРТА)

по подготовке к внесению изменений в реестр лицензий

№ п/п	Мероприятия	Ответственный	Сроки
1	Подготовка документов для получения СЭЗ для главной медицинской сестры: на здание – выписка из ЕГРН, договор безвозмездного пользования, договор аренды; подготовка заверенных копий устава, свидетельства ОГРН, свидетельства о постановке на учет в налоговом органе, доверенности на представительство интересов в Роспотребнадзоре	Юрисконсульт	15.07.2024
2	Подготовка заявления на получение санитарно-эпидемиологического заключения	Главная медицинская сестра	15.07.2024
3	Получение санитарно-эпидемиологического заключения	Главная медицинская сестра	15.08.2024
4	Проверка сведений в ФРМИФР о медработниках, их образовании, повышении квалификации, аккредитации. Подготовка копии трудового договора, документов об образовании, о смене фамилии инженера по медицинскому оборудованию. Подготовка списка медицинских работников, которые будут заявлены на лицензирование с указанием СНИЛС (передаются инженеру по медоборудованию для указания сведений при подаче заявления на лицензирование)	Начальник отдела кадров	20.07.2024
5	Внесение сведений о медицинском оборудовании в ФРМИФО / проверка правильности сведений в ФРМИФО	Главная медицинская сестра, старшая медицинская сестра, инженер по медицинскому оборудованию	01.08.2024
6	Подготовка оборотной ведомости на медицинские изделия, или внесение сведений в реестр	Бухгалтер / главная медицинская сестра	05.08.2024
7	Подача заявления на внесение изменений в реестр лицензий на портале Госуслуг	Юрисконсульт / инженер по медоборудованию	16.08.2024
8	Получение выписки из реестра лицензий	Инженер по медоборудованию	26.08.2024

# Обновления в контроле ИСМП для стационаров. Чек-лист для руководителя

*Предлагаем чек-лист для стационаров, чтобы проверить, как перестроили работу по профилактике ИСМП. Его подготовила руководитель направления эпидемиологической безопасности московского центра компетенций. Читайте, как перестроить профилактику ИСМП по методике, которую Роспотребнадзор выпустил в конце лета. Есть образцы локалки, чтобы быстро закрыть пробелы.*

---

## **Проконтролируйте, что работаете по новым Методрекомендациям и учитываете клинреки**

Рекомендуем проверить, что в клинике проводят микробиологический мониторинг по новым Методрекомендациям Роспотребнадзора\*. Их приняли этим летом. Также поручите ответственным удостовериться, что медперсонал учитывает клинические рекомендации по микробиологическому мониторингу от НАСКИ 2014 года\*\*. Это важно, поскольку микробиологический мониторинг за возбудителями ИСМП – обязательное мероприятие по предупреждению возникновения и распространения внутрибольничной инфекции (п. 3515 СанПиН 3.3686-21). Далее поясним, что регулирует каждый из документов.



Оксана ЧИКИНА,  
руководитель направления  
эпидемиологической безо-  
пасности Департамента  
качества и безопасности  
медицинской деятельности  
АО «Медскан», Москва

**Новые Методрекомендации Роспотребнадзора.** До лета 2024 года не было официальных документов, которые бы устанавливали порядок проведения микробиологического мониторинга, его этапы, алгоритмы, методики проведения в медорганизациях, в первую очередь в ста-

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

\* МР 3.1.0346-24 «Организация и проведение микробиологического мониторинга в медицинских организациях», утв. Роспотребнадзором 26.04.2024, далее – Методрекомендации

\*\* Клинические рекомендации НП «НАСКИ» «Принципы организации мониторинга устойчивости ведущих возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, к антимикробным препаратам в лечебно-профилактических медицинских организациях здравоохранения», 2014 год. Далее – Клинические рекомендации

ционарах, а также формы отчетности и анализа данных. Теперь эти рекомендации появились в новом документе Роспотребнадзора.

**Клинические рекомендации.** В Клинических рекомендациях представили основные принципы организации и проведения наблюдения за циркулирующими в стационарах бактериями – возбудителями ИСМП. Цель – мониторинг их чувствительности и устойчивости к антимикробным препаратам. Клинические рекомендации предназначены для госпитальных эпидемиологов, бактериологов, специалистов, которые занимаются эпиднаблюдением за ИСМП в медорганизациях.

В Клинических рекомендациях зафиксировали, какие группы пациентов нужно обследовать при микробиологическом мониторинге, какие сведения о каждом пациенте собирать, что включать в направление на исследование. Также даны принципы практического использования результатов мониторинга антибиотикорезистентности с использованием компьютерных аналитических программ.

### Проверьте, что распределили обязанности между сотрудниками

Ответственные за микробиологический мониторинг должны распределить ответственность между сотрудниками.



#### К сведению

Микробиологический мониторинг в системе эпиднадзора за ИСМП – главный метод оценки этиологии, фенотипа, механизмов резистентности к антимикробным препаратам (АМП), а также комплекса других биологических свойств инфекционных агентов. С его помо-

щью следят за циркуляцией возбудителей ИСМП, изменениями в их структуре, тенденциями развития устойчивости к АМП. Выявляют эпидемиологические связи между заболеваниями, что особенно важно при инфекциях, которые связаны с оказанием медпомощи.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

\* Пункты 3533, 3535, 3537,  
3633, 3577 СанПиН 3.3686-21

Если это уже сделали, поручите свериться по таблице, что учли Методрекомендации.

### Удостоверьтесь, что предусмотрели все обследования по Методрекомендациям

В порядок микробиологического мониторинга включают четыре типа обследований\*. Убедитесь, что ответственные не пренебрегают ни одним из них.

**Обследование пациентов** с факторами риска развития ИСМП. Например, это пациенты отделений или палат реанимации и интенсивной терапии, отделений трансплантации и других отделений в зависимости от эпидситуации в медорганизации.

**Обследование объектов больничной среды.** Например, к таким объектам относят смесители раковин, предметы, которые контактируют с больными, руки и специальную одежду медперсонала, медицинские изделия. Их обследуют на санитарно-показательную микрофлору. В отделениях высокого эпидемиологического риска рекомендуют исследования на наличие ESCAPE-патогенов. К отделениям такого риска относят отделения реанима-



#### К сведению

Медорганизация заполняет «Паспорт штамма возбудителя ИСМП», если выявляет устойчивые к противомикробным препаратам ESCAPE-патогены, которые выделили от пациентов и объектов внешней больничной среды, а также штаммы с продукцией карбапенемаз в фенотипическом тесте или с сомнительными результатами феноти-

пического теста. Штамм направляют в референс-центры по закону о порядке передачи и транспортировки патогенных биологических агентов. Результаты расшифровки данных генома возбудителей инфекционных и паразитарных заболеваний передают во ФГИС сведений санитарно-эпидемиологического характера.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Таблица. Как распределить обязанности по микробиологическому мониторингу

Должность	Обязанности
Главный врач или заместитель главного врача	Координация работы специалистов, организация взаимодействия с органами управления здравоохранением, органами, которые уполномочены проводить федеральный государственный санэпиднадзор, в том числе с целью формирования региональных баз данных чувствительности или устойчивости микроорганизмов, контроль выполнения функциональных обязанностей ответственными
Заведующий лабораторией или врач-микробиолог	Разработка протокола микробиологического мониторинга в отделениях медорганизации, контроль за качественным выполнением микробиологических исследований в лаборатории, организация ведения электронной базы данных чувствительности или резистентности штаммов микроорганизмов, своевременный анализ данных и представление отчетов заинтересованным сотрудникам, например: эпидемиологу, клиническому фармакологу, заведующим медорганизации, представление результатов микробиологического мониторинга для обсуждения на заседании комиссии по профилактике ИСМП
Заведующий эпидемиологическим отделом или врач-эпидемиолог	Согласование протоколов микробиологического мониторинга по отделениям медорганизации, эпидемиологический анализ чувствительности или устойчивости микроорганизмов, которые выделили в медорганизации с целью раннего выявления признаков формирования госпитального штамма и вспышек ИСМП, представление результатов эпиданализа для обсуждения на заседании комиссии по профилактике ИСМП
Врач — клинический фармаколог	Учет данных микробиологического мониторинга при составлении протоколов антимикробной терапии и профилактики, анализ потребления ПМП, динамическая оценка и корректировка проводимой терапии ПМП в медорганизации, своевременная корректировка формуляра лекарственных препаратов медорганизации, формирование политики закупок и использования ПМП в медорганизации
Заведующий клиническим отделением медорганизации	Организация и контроль микробиологического мониторинга в отделении, анализ результатов микробиологического мониторинга в отделении, организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий совместно с врачом-эпидемиологом или другим сотрудником, ответственным за работу по профилактике ИСМП, а также другими заинтересованными сотрудниками, например: клиническим фармакологом, микробиологом
Врачи клинических подразделений, специалисты со средним образованием	Качественный отбор биологического материала пациентов, которые участвуют в мониторинге

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

ции и интенсивной терапии, отделения гнойной хирургии, урологии, трансплантации и пересадки органов, гематологии, онкогематологии, акушерские стационары и отделения для новорожденных.

**Контроль стерильности.** При этом типе проводят обследования медицинских изделий и лекарственных форм после стерилизации.

**Обследование рабочих растворов** дезинфицирующих средств и кожных антисептиков.

### **Проверьте частоту забора материала при плановом мониторинге**

Удостоверьтесь, что ответственные соблюдают частоту забора материала от пациентов в ОРИТ, отделениях гнойной хирургии, урологии, трансплантации и пересадки органов, акушерских стационарах и отделениях для новорожденных. Это же касается отделений для тяжелобольных и иммунокомпрометированных лиц, например: отделений гематологии, онкогематологии, для лечения пациентов с муковисцидозом. Там рекомендуют проводить отбор и исследование проб ежемесячно.

Дополнительно раз в полгода выборочно необходимо проводить процедуры индикации и разрушения матрикса биопленок, затем выявлять свободноживущие микроорганизмы в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

### **Проконтролируйте особенности забора материала при внеплановом мониторинге**

Внеплановый мониторинг проводят по эпидпоказаниям, при этом учитывают особенности отбора проб смывов

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

с объектов больничной среды и у пациентов. Удостоверьтесь, что ответственные соблюдают эти особенности.

**Сбор смывов с объектов больничной среды.** Перечень объектов для исследований и количество проб в каждом структурном подразделении определяет врач-эпидемиолог или иное лицо, ответственное за работу по профилактике ИСМП, исходя из особенностей лечебно-диагностического процесса и ведущих факторов передачи ИСМП в медорганизации.

Пробы смывов берут с объектов больничной среды, которые имеют высокое эпидемиологическое значение. Это контактные поверхности, предметы, которые контактируют с больными, руки и специальная одежда персонала, медицинские изделия, включая дозаторы для жидкого мыла и антисептиков. Также нужен отбор проб рабочих растворов дезинфицирующих средств и кожных антисептиков.

Пробы берут в процессе работы структурного подразделения. Это не равнозначно отбору проб по контролю качества проведенной дезинфекции, который выполняют после дезинфекционных мероприятий.

**Отбор биоматериала у пациентов.** Прежде всего проводят микробиологическое обследование пациентов отделения, где есть предпосылки, предвестники осложнения эпидемиологической ситуации. Причем неважно, есть ли клинические показания, – проверить нужно не менее 25 процентов от количества пациентов в отделении. Также необходимо проводить микробиологическое обследование персонала. Биологический материал определяют спецификой эпидемиологической ситуации.

### **Проверьте работу с локальными документами**

Каждая медорганизация, где есть стационар, реанимация, родильный дом или хосписная онкологическая

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

помощь, должна разработать программу микробиологического мониторинга. Проинформируйте сотрудников: нужно включить в программу определение микробиологического мониторинга, порядок распределения ответственных по должностям, группу пациентов, которым нужно проводить регулярные исследования, частоту забора биоматериала от пациентов. Образец – в приложении.

Заметим, что перинатальные центры чаще используют программу микробиологического мониторинга, нежели, например, больницы скорой медпомощи, центральные районные больницы. Не всегда сотрудники понимают, зачем нужен мониторинг, поэтому лечащие врачи самостоятельно определяют для себя, у каких пациентов проводить обследование и в какие сроки. Однако считать, что программа нужна не везде, – заблуждение. Напомним: микробиологический мониторинг за возбудителями ИСМП – обязательное мероприятие по предупреждению возникновения и распространения ИСМП (п. 3515 СанПиН 3.3686-21).

### **Удостоверьтесь, что учли особенности мониторинга в вашей клинике**

Программа микробиологического мониторинга будет разной в зависимости от медорганизации. Рассмотрим на примере роддома, реанимации хирургического профиля, ОРИТ.

**Роддом.** Пробы необходимо забирать, например, из зева новорожденных, проверять отделяемое кишечника, мочу. При удалении пупочного катетера его либо рутинно направляют на исследование, либо исследуют по эпидемиологическим показаниям. Все зависит от рисков ИСМП, которые есть в медорганизации.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Важно

В ОРИТ риск ИСМП наиболее высок. Часто источником инфекции становятся пациенты, колонизированные условно-патогенными микроорганизмами, устойчивыми к антибиотикам

**Реанимация хирургического профиля.** У пациентов берут на исследование мокроту, если пациент находится на ИВЛ, исследуют, например, катетеры подключичные или периферические, отделяемое раны.

**ОРИТ.** У пациентов ОРИТ исследуют кровь на стерильность – при наличии центрального катетера, аспират из трахеобронхиального дерева – если пациент интубирован. Исследуют желудочный зонд, если установлена назогастральная трубка, мочу – если катетеризирован мочевого пузырь. Также смотрят все катетеры после их удаления.

Исследование назначает лечащий врач, чтобы выделить и идентифицировать возбудителя, либо врач-эпидемиолог, чтобы оценить эпидемиологическую ситуацию в отделении. Микробиологическое обследование проводят на вторые-третьи сутки после поступления пациента в ОРИТ и далее каждые семь дней. Такая периодичность позволяет отслеживать колонизацию и вовремя корректировать антимикробную терапию.

### Проверьте, что проводят мониторинг при производственном контроле

Пробы берут с объектов больничной среды вокруг пациента – спинки кровати, ручки входных дверей, выключатели, стерильные пеленки в отделении новорожденных, пеленальные столы. Кроме того, исследуют поверхности лечебно-диагностического оборудования, операционных и процедурных столов, кушеток в смотровых, родильных кроватей, шкафчиков для лекарственных препаратов, расходных материалов и инструментов.

Исследование назначает врач-эпидемиолог. Он определяет периодичность и объем исследований. Цель мониторинга – оценить качество дезинфекции и стерилизации.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

Мониторинг проводит врач-эпидемиолог, помощник эпидемиолога или старшая медицинская сестра.

Периодичность исследований – не менее одного раза в квартал в отделениях высокого риска развития гнойно-септических инфекций: операционные, родильные залы, палаты ПИТ, палаты реанимации. В палатах, чистых бельевых – не реже раза в шесть месяцев. Периодичность зависит от профиля отделения, категории объекта по степени класса чистоты и результатов предыдущих мониторингов. Приоритетные изоляты для медорганизации смотрите в памятке.

### Памятка. Приоритетные изоляты для медорганизации

- 1 Escherichia coli (E. coli)
- 2 Klebsiella pneumoniae (K. pneumoniae)
- 3 Salmonella spp.
- 4 Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa)
- 5 Acinetobacter spp.
- 6 Staphylococcus aureus (S. aureus)
- 7 Streptococcus pneumoniae (S. pneumoniae)
- 8 Enterococcus faecalis (E. faecalis)
- 9 Enterococcus faecium (E. faecium)

## **Программа микробиологического мониторинга**

### **Нормативные ссылки:**

1. Пункт 3429 СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных заболеваний».
2. МР 3.1.0346-24 «Организация и проведение микробиологического мониторинга в медицинских организациях», где изложена пошаговая организация и проведение микробиологического мониторинга (ММ) в МО.
3. МУК 4.2.2942-11 «Методические указания. Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы».
4. Федеральные клинические рекомендации от 2014 года «Принципы организации мониторинга распространения устойчивости ведущих возбудителей внутрибольничных инфекций к антимикробным препаратам в учреждениях здравоохранения».
5. ГОСТ Р 53079.4-2008 «Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа».
6. МУ 4.2.2039-05. Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

### **Определение**

Микробиологический мониторинг является частью эпидемиологического надзора за ИСМП, позволяющей проводить раннюю диагностику ИСМП, осуществлять слежение за динамикой эпидемического процесса, факторами и условиями, влияющими на его распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки научно обоснованных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

**Микробная колонизация** — это заселение участков кожи, слизистых оболочек и различных изделий медицинского назначения микроорганизмами, не сопровождающееся признаками и симптомами заболевания.

**Инфекция** — это инвазия и размножение чужеродных агентов в организме хозяина, приводящие к патологическому состоянию или заболеванию.

**Клинически значимые изоляты**, то есть изоляты, являющиеся причиной инфекционного процесса конкретной локализации, например: *S. pneumoniae* при инфекциях нижних дыхательных путей, *E. coli* при глубоких инфекциях в области хирургического вмешательства. С понятием «клинически значимые изоляты» неразрывно связано определение случая инфекции.

**Колонизирующие микроорганизмы**, то есть микроорганизмы, не являющиеся причиной инфекции конкретной локализации, например: зеленящие стрептококки в ротовой полости, *S. epidermidis* на поверхности кожи; *E. coli* на поверхности мочевого катетера при отсутствии симптомов инфекции мочевыводящих путей; микроорганизмы, выделенные из нестерильных локусов при исследовании на носительство. Следует отметить, что при наличии определенных условий (входные ворота инфекции, ослабленный иммунный статус и т. п.) колонизирующий изолят способен вызвать инфекционный процесс, то есть стать клинически значимым.

### **Задачи микробиологического мониторинга:**

- выявление колонизации пациента микроорганизмами из группы ESCAPE с целью своевременного проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- оценка частоты контаминации объектов внешней (больничной) среды;
- динамическая оценка и корректировка проводимой терапии ПМП на основе организации взаимодействия врачей структурных подразделений МО, включая врачей-медицинских микробиологов, врачей-клинических фармакологов и других профильных специалистов;
- изучение свойств циркулирующих в МО микроорганизмов (устойчивость к ПМП и дезинфицирующим средствам, чувствительность к бактериофагам);
- выявление бактерионосителей возбудителей ИСМП среди медицинского персонала, факторов передачи возбудителя в ходе лечебно-диагностического процесса;
- микробиологическая оценка качества проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- выявление штаммов, получивших приоритетное распространение в МО.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Ответственность

Главный врач / заместитель главного врача: координация взаимодействия заинтересованных специалистов, организация взаимодействия с органами управления здравоохранением, органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в том числе с целью формирования региональных баз данных чувствительности/устойчивости микроорганизмов, контроль выполнения функциональных обязанностей ответственными лицами.

Заведующий лабораторией, в которой выполняются микробиологические исследования: разработка протокола микробиологического мониторинга в отделениях МО, контроль за качественным выполнением микробиологических исследований в лаборатории, организация ведения электронной базы данных чувствительности/резистентности штаммов микроорганизмов, своевременный анализ данных и представление отчетов заинтересованным лицам (например, врачу-эпидемиологу, врачу-клиническому фармакологу, заведующему отделением МО), представление результатов микробиологического мониторинга для обсуждения на заседании комиссии по профилактике ИСМП (п. 3430 СанПиН 3.3686-2).

Заведующий эпидемиологическим отделом / врач-эпидемиолог: согласование протоколов микробиологического мониторинга по отделениям МО, эпидемиологический анализ чувствительности/устойчивости микроорганизмов, выделенных в МО с целью раннего выявления признаков формирования госпитального штамма и вспышек ИСМП, представление результатов эпидемиологического анализа для обсуждения на заседании комиссии по профилактике ИСМП.

Клинический фармаколог: учет данных микробиологического мониторинга при составлении протоколов антимикробной терапии и профилактики, анализ потребления ПМП, динамическая оценка и корректировка проводимой терапии ПМП в МО, своевременная корректировка формуляра лекарственных препаратов МО, формирование политики закупок и использования ПМП в МО.

Заведующий отделением МО: организация и контроль микробиологического мониторинга в отделении, анализ результатов микробиологического мониторинга в отделении, организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий совместно с врачом-эпидемиологом или другим лицом, ответственным за работу по профилактике ИСМП, а также другими заинтересованными лицами (например, врач-клинический фармаколог, врач-микробиолог).

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

Врачи клинических подразделений МО, специалисты со средним медицинским образованием: качественный отбор биологического материала пациентов, включенных в мониторинг.

Мониторинг антибиотикорезистентности — это систематический, непрерывный процесс сбора, анализа и представления данных по резистентности к антимикробным препаратам. Полученная в рамках мониторинга информация имеет практические точки приложения, включая организацию лечебных и профилактических мероприятий.

### **Принципами мониторинга являются:**

1. Непрерывность.
2. Стандартизация.
3. Комплексность.
4. Курируемость.

Непрерывность — мониторинг проводится на постоянной основе.

Стандартизация — соблюдение единого дизайна и принципов проведения исследования: сбора, анализа и интерпретации результатов, осуществляется через ЛИС.

Комплексность — в данные по каждому возбудителю включают не только результаты определения чувствительности, но и дополнительную информацию о пациенте, заболевании и лечебном учреждении. Сбор данных в таком объеме позволяет выявить (или обнаружить) неявные причинно-следственные связи между появлением устойчивости микроорганизмов к АМП и наличием определенных факторов.

Курируемость — регулярный контроль качества процесса получения данных (включая процессы сбора, микробиологических исследований, хранения и обработки данных).

### **Основными этапами работы с данными мониторинга являются:**

- непрерывный сбор данных;
- анализ данных;
- интерпретация данных;
- практическое использование результатов.

### **Ключевые задачи мониторинга АР (антибиотикорезистентность):**

- выявление АР;
- анализ АР;
- прогнозирование изменений в показателях АР;

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

- установление новых механизмов АР;
- сравнение активности новых антибиотиков до и после их внедрения в клиническую практику;
- обучение медицинского сообщества, пациентов, заинтересованных лиц;
- разработка практических мер для снижения уровня АР;
- оценка эффективности профилактических вмешательств по контролю АР.

Не реже 1 раза в 6 месяцев клинический фармаколог проводит оптимизации АМТ инфекций путем актуализации протоколов по антимикробной терапии и формуляров антимикробных средств на основе данных по активности АМП в отношении ключевых возбудителей инфекций.

### Порядок проведения микробиологического мониторинга

1. Плановый микробиологический мониторинг осуществляется в каждом отделении в зависимости от его профиля согласно приложениям № 1.1, 1.2, 1.3. В отделениях хирургического профиля, отделениях анестезиологии-реанимации, отделениях трансплантации костного мозга проводится этиологическая диагностика ИСМП и микробиологический мониторинг. Проведение планового микробиологического мониторинга осуществляется с учетом клинических данных, а также факта и продолжительности проведения инвазивных процедур, например: оперативные вмешательства, продленная искусственная вентиляция легких (далее – ИВЛ), установка инвазивных медицинских изделий в соответствии с разработанным и внедренным в МО протоколом микробиологического мониторинга.

2. Особенности отбора биологического материала у пациентов в рамках внепланового микробиологического мониторинга:

- проводится микробиологическое обследование пациентов отделения, где выявлены предпосылки и (или) предвестники осложнения эпидемиологической ситуации независимо от наличия клинических показаний (не менее 25% от количества пациентов в отделении);
- микробиологическое обследование персонала (биологический материал определяется спецификой эпидемиологической ситуации);
- количество проб и перечень лиц, подлежащих обследованию, определяется врачом-эпидемиологом (или иным лицом, ответственным за работу по профилактике ИСМП) исходя из особенностей лечебно-диагностического процесса и ведущих факторов передачи ИСМП в МО.

### **Микробиологический мониторинг по эпидпоказаниям**

Если при плановом обследовании от пациентов выделены вирулентные штаммы одного вида и эти штаммы сопоставимы по биологическим признакам и антибиотикограмме, проводят мониторинг по эпидпоказаниям. Решение принимает врач-эпидемиолог. Исследуют биоматериалы пациентов, подверженных наибольшему риску инфицирования, и материалы, которые дали наибольший высеv микрофлоры.

Забор материала проводит персонал функционального отделения под контролем сотрудника микробиологической лаборатории. Пробы берут одновременно у 10–15 человек – не важно, есть ли у пациентов клинические признаки заболевания. В небольших структурных подразделениях, где пациентов недостаточно, исследования проводят от двух до семи дней.

Определяют вид штамма, вирулентные свойства, делают антибиотикограмму, изучают чувствительность к растворам дезинфектантов, которые используют работники отделения. Параллельно с исследованием биоматериала берут пробы с объектов внешней среды. Результат будет точнее, если пробы отберут специалисты бактериологической службы.

Поскольку мониторинг по эпидпоказаниям направлен на определенных представителей микрофлоры, в микробиологические исследования вносят коррективы: используют высокообогащенные транспортные среды, расширяют набор питательных сред для первичного посева, включают в них специальные селективные добавки, используют хромогенные питательные среды в качестве первичного посева, корректируют дифференцирующие тесты и т. д.

По результатам мониторинга выбирают тактику лечения и профилактику ИСМП.

### **Микробиологический мониторинг больничной среды**

Проведение микробиологического мониторинга объектов внешней (больничной) среды осуществляется в соответствии с программой производственного контроля, составленной с учетом имеющихся факторов риска.

В плановом порядке проводят исследования по контролю качества дезинфекции объектов внешней (больничной) среды на санитарно-показательную микрофлору – стафилококки, бактерии группы кишечной палочки (далее – БГКП), общую бактериальную обсемененность (представлено в приложении № 1.4), в отделениях высокого эпидемиологического риска (ОРИТ, отделения гнойной хирургии, урологии, трансплантации и пересадки органов, гематологии, онкогематологии, акушерские стационары и отделения для новорожденных) рекомендуется проведение исследований на наличие ESCAPE-патогенов.

### **Порядок микробиологического исследования в лаборатории**

1. Выделить микроорганизмы из биологического материала или из материала объектов окружающей среды.
2. Посеять микроорганизмы на питательные среды, культивировать, чтобы изучить устойчивость к антибиотикам или дезсредствам.
3. Внести полученные данные в компьютерные программы по микробиологическому мониторингу или базу данных.
4. Проанализировать результаты.

### **Показания и особенности взятия биоматериала для микробиологического исследования**

Клинические: подтверждение диагноза или установление этиологии инфекционного процесса; обоснование выбора или смены АБТ; оценка эффективности АБТ.

Эпидемиологические: определение условно-патогенных возбудителей в воздухе, на объектах; определение широты распространения, уровня и массивности носительства медперсоналом и пациентами возбудителей инфекций.

При определении показаний и подготовке пациента для МИ необходимо учитывать соответствие назначения клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи для соответствующей патологии.

### **Общие правила взятия и транспортировки клинического материала**

Перед взятием образца, особенно при применении инвазивных методов, необходимо оценить соотношение риска и пользы для пациента, а также значимость данного вида клинического материала для целей объективизации клинического диагноза и оценки проводимых или планируемых лечебных мероприятий. Неадекватные и (или) неправильно собранные образцы для исследования не обеспечивают получение полезной клинической информации и могут ввести в заблуждение.

Все медицинские работники, выполняющие взятие материала, должны проходить обучение (инструктаж) по правилам взятия и транспортировки материала для МИ не реже 1 раза в год или при устройстве на работу.

В случае самостоятельного сбора клинического материала (мочи, мокроты) медицинским персоналом пациенту даются устные четкие пошаговые инструкции.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

Взятие материала для исследования должно проводиться в острой фазе заболевания, до начала АБТ или непосредственно перед введением (приемом) очередной дозы антибиотика.

Внимание! Необходимость взятия материала для микробиологического исследования не должна быть причиной отложенного начала антибактериальной терапии.

### **При взятии материала необходимо руководствоваться следующими принципами:**

- соблюдать технику асептики и антисептики для предотвращения инфицирования пациента в процессе выполнения инвазивных манипуляций;
- проводить взятие клинического материала непосредственно из очага инфекции;
- собирать клинический материал в количестве (вес, объем), достаточном для проведения исследования;
- обеспечить минимально возможную контаминацию материала нормальной микрофлорой (присутствие в заключении информации о представителях нормальной микрофлоры может привести к ошибочной интерпретации результатов исследования материала нестерильных локусов организма, например, при исследовании мокроты, мазков из рото- и носоглотки, гениталий и др.);
- использовать специализированные стерильные одноразовые контейнеры, предназначенные для сбора и транспортировки биологического материала, или транспортные системы, содержащие или не содержащие транспортную среду для сохранения жизнеспособности и количественного состава микроорганизмов, с плотно закрывающимися крышками. Выбор контейнера для сбора клинического материала определяется типом пробы и целью МИ.

Некоторые образцы требуют специальной транспортной среды для сохранения микроорганизмов (например, исследования при подозрении на анаэробную инфекцию). Образцы материала для МИ следует доставить в лабораторию в максимально короткие сроки (для большинства образцов не позднее 1,5–2 часов после их получения), за исключением случаев использования специальных изделий, допускающих отсроченную доставку материала в лабораторию.

### **Основными требованиями к транспортировке клинического материала в микробиологическую лабораторию являются:**

- наличие четкой маркировки образца для безошибочной идентификации;
- наличие заполненного бланка направления, содержащего необходимую клинико-демографическую и эпидемиологическую информацию;

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

- предотвращение контакта направления на исследование (и других сопроводительных материалов) с клиническим материалом (например, упаковка документов в отдельный пластиковый пакет);
- соблюдение дополнительных правил, предъявляемых к транспортировке отдельных видов клинического материала для МИ.

**При невозможности немедленной доставки в лабораторию образцы хранят при температуре 2–8 °С за исключением следующих случаев:**

- использование специальных транспортных систем, содержащих транспортную среду;
- подозрение на наличие температурозависимых микроорганизмов (*Neisseria spp.*).  
Временное хранение и доставка образцов осуществляются при температуре 18–20 °С.

При использовании транспортных систем следует соблюдать условия хранения и доставки, указанные в инструкции производителя.

Требования к взятию, хранению и транспортировке материала в микробиологическую лабораторию доступны в действующих на данный момент национальном стандарте и методических указаниях:

- ГОСТ Р 53079.4-2008 «Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа»;
- МУ 4.2.2039-05. Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

Указанные нормативные документы введены в действие более 10 лет назад и носят общий характер, в связи с чем целесообразна разработка соответствующих локальных стандартных операционных процедур, учитывающих профиль выполняемых исследований. При этом полезно ориентироваться на рекомендации, отражающие современное состояние лабораторных технологий, например, для посева крови (культуры крови (гемокультуры)). Ключевое исследование для диагностики инфекций кровотока).

При возникновении вопросов необходимо проконсультироваться со специалистами лаборатории.

### **Оформление направления на микробиологическое исследование**

Клинические и демографические данные являются необходимыми для оптимизации процедуры исследования в лаборатории (выбор питательных сред для первичного посева и условий инкубации и др.), определения клинической значимости выделенных микроор-

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

ганизмов и правильной интерпретации результатов исследования в целом. Сопроводительная информация, содержащаяся в направлении (вместе с полученными результатами идентификации и определения чувствительности выделенных возбудителей), будет являться частью массива данных для анализа в процессе мониторинга АР. Поэтому отдельное внимание должно быть уделено модификации или разработке бланка направления на МИ.

Образцы клинического материала должны отправляться в лабораторию в сопровождении бланка направления, включающего следующую информацию:

- фамилию, имя, отчество обследуемого;
- дату рождения;
- лечебное учреждение;
- отделение: наименование и профиль (например, хирургический, терапевтический);
- номер истории болезни или амбулаторной карты;
- диагноз и локализацию инфекционного процесса, явившегося поводом к МИ;
- тип инфекции в зависимости от времени возникновения (внебольничная или нозокомиальная);
- вид биологического материала;
- задачи исследования при необходимости (например, исследование мазка из ротоглотки с целью выявления *Corynebacterium diphtheriae*);
- дату и время взятия материала;
- получаемые antimicrobные препараты;
- при направлении аутопсийного материала – отделение, в котором умер пациент, дату и время смерти, дату и время вскрытия;
- дополнительные клинические данные при необходимости (факторы риска развития инфекции и (или) наличия резистентных возбудителей);
- фамилию, имя, отчество и контактный телефон врача, назначившего исследование.

### Анализ результатов микробиологического мониторинга

Свод данных о результатах планового микробиологического мониторинга проводится врачом-бактериологом (медицинским микробиологом, специалистом в области медицинской микробиологии) и в виде форм (приложения № 1.1 и 1.2 к настоящим МР) ежемесячно представляется врачу-эпидемиологу (или иному лицу, ответственному за работу по профилактике ИСМП). При наличии в МО медицинских информационных систем и ЛИС представление результатов микробиологических исследований может осуществляться в электронном виде.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

В рамках оценки эпидемиологической ситуации в МО лицо, ответственное за работу по профилактике ИСМП, совместно с руководителями структурных подразделений организует оперативный анализ данных, включая данные по устойчивости к ПМП и дезинфицирующим средствам:

- о результатах микробиологических исследований материала от пациентов (этиологическая расшифровка) и персонала;
- результатах мониторинговых исследований;
- результатах санитарно-бактериологических исследований внешней (больничной) среды.

Эпидемиологически значимыми штаммами являются:

- штаммы, занимающие 1–8-е места при ранжировании по частоте выявления в рамках микробиологического мониторинга;
- штаммы микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью, метициллин (оксациллин) резистентных стафилококков, ванкомицин-резистентных энтерококков, грамотрицательных микроорганизмов — продуцентов бета-лактамазы расширенного спектра действия (далее — БЛРС) и карбапенемаз.

**Примечание.** Полную версию с приложениями № 1.1–1.4 смотрите на [e.zdravohrana.ru/1105740](http://e.zdravohrana.ru/1105740).

# «Повысили оклад, но снизили зарплату»: по жалобам врачей уже начались проверки. Будут ли санкции и к чему готовиться руководителям

*В статье – алгоритм, как снизить риски санкций при новых проверках по соцвыплатам и окладам. В Госдуме и Совете по правам человека начали проверки жалоб медиков на зарплаты. Большинству медорганизаций, чтобы повысить оклады персоналу, пришлось уменьшить стимулирующую часть. СФР\* уже утвердил новый приказ по проверке спецвыплат, а Госдума подготовила проект по депремированию\*\*, чтобы урегулировать вопросы невыплаты или уменьшения размера стимулирующих. Читайте, какие риски есть уже сейчас и какие санкции появятся в ближайшее время.*

Виктория ЧЕРНИКОВА,  
медицинский юрист, главный юрисконсульт Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга

Мария КОРОБЕНКОВА, юрист, управляющий партнер ООО «Специализированная юридическая компания в области медицинского права “РМК”»

Роман ЖЕРЕБЦОВ, руководитель группы практики трудового и миграционного права «Пепеляев Групп»

Виталия КУЗНЕЦОВА, руководитель группы практики трудового и миграционного права «Пепеляев Групп», к. ю. н.

Мы разделили статью на три раздела. В первом главный юрисконсульт ТФОМС Санкт-Петербурга подсказала, что проконтролировать, чтобы СФР не пришел с проверкой по новому основанию. Оно появилось в начале осени. Во втором управляющий партнер специализированной юридической компании в области медицинского права объяснила, в каком случае руководителю медицинской организации грозят санкции за снижение стимулирующих выплат. Сможете убедиться, что без нарушений подняли оклады медицинским работникам. В третьем разделе эксперты по трудовому и миграционному праву из «Пепеляев Групп» разобрали проект по депремированию и показали на примерах, как он повлияет на работу медицинских учреждений.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

\* Приказ СФР от 02.07.2024 № 1140, далее – приказ СФР № 1140

\*\* Проект Федерального закона № 690246-8 «О внесении изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации», [sozd.duma.gov.ru](http://sozd.duma.gov.ru), далее – проект по депрессивности

### Как проверить, что не нарушили новые требования к начислению спецсоцвыплат

С 20 сентября появилось новое основание для проверки медорганизаций по специальным соцвыплатам (приказ СФР № 1140). Напомним, что с 1 марта размер выплаты стал зависеть еще и от количества жителей населенного пункта, в котором работает медик. Законодатель установил градацию: чем меньше численность населения, тем выше размер соцвыплаты (приложение 1).

**Пример, как размер соцвыплаты зависит от численности населения.** Врач районной больницы в населенном пункте до 50 тыс. человек получает спецвыплату в размере 50 тыс. руб. Врач районной больницы в населенном пункте от 50 до 100 тыс. человек – 29 тыс. руб. А врач районной больницы населенного пункта от 100 тыс. человек – 18,5 тыс. руб.

### Памятка. Документы, которые СФР может запросить у медорганизации

- 1 Документ, который подтверждает факт трудоустройства. Например, трудовая книжка, сведения о трудовой деятельности, трудовой договор, приказ о приеме на работу.
- 2 Документ, который подтверждает категорию, должность (профессию) медработника.
- 3 Документ, который подтверждает суммарное отработанное время по табелю учета рабочего времени за дни работы в месяце.
- 4 Документ, который подтверждает число рабочих часов по норме рабочего времени месяца, исчисленной исходя из установленной работнику продолжительности рабочей недели.
- 5 Документ, который подтверждает фактическую работу медика в медорганизации по адресу в пределах ее местонахождения.
- 6 Документы (сведения), которые подтверждают численность населения в населенных пунктах по адресу медорганизации (структурного подразделения медорганизации) в пределах ее местонахождения.
- 7 Иные документы, которые могут служить основанием для осуществления выплаты.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Важно

Медорганизации несут ответственность за представление недостоверных сведений, которые влияют на право получения работником специальной соцвыплаты, или их сокрытие. Если СФР определит нарушение, медорганизации придется возместить расходы фонда

Чтобы убедиться, что не нарушили новые требования к начислению соцвыплат, поручите проверить документы, которые вправе запросить контролеры по новым правилам. В частности, те, которые подтверждают численность жителей в населенных пунктах по адресу медорганизации или структурного подразделения в пределах их местонахождения. Перечень документов, которые могут запрашивать контролеры, смотрите в памятке. Обращаем внимание на то, что перечень открытый, это означает, что проверяющие могут запросить дополнительные документы. Медорганизация обязана предоставить сведения, как и раньше, в течение трех рабочих дней со дня получения запроса от СФР.

Напомним, что проверку проводят на основании приказа руководителя территориального органа СФР, с которым клинику обязаны ознакомить проверяющие. Срок проведения проверки – три месяца с даты издания приказа. Все основания для проверок по спецвыплатам смотрите в приложении 2.

## В каком случае руководителю грозят санкции за снижение стимулирующих

Многим руководителям, чтобы повысить оклады персоналу, пришлось уменьшить стимулирующую часть. Такой ход сам по себе не нарушение. Стимулирующие в большинстве случаев не гарантированы. Их начисление зависит от множества критериев, которые связаны с показателями как самого работника, так и клиники в целом. Далее рассмотрим пример, когда стимулирующие можно снизить.

**Пример, когда снижение стимулирующих разрешено.** В системе оплаты труда прописано, что начисление стимулирующих выплат возможно только при наличии экономии фонда оплаты труда. Когда в фонде недостаточно средств, стимулирующие допустимо не выплачивать.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

В условиях повышения окладов ситуация со снижением стимулирующих оказалась особенно показательной. Выплату премии за достижение каких-либо показателей, результативную работу клиники зачастую привязывают к наличию финансовой возможности, поэтому такие выплаты работникам не гарантированы. При этом не все клиники учитывают, что утвержденные условия по стимулирующим дают возможность сотрудникам оспорить снижение выплат.

**Пример, когда снижение стимулирующих запрещено.** В системе оплаты труда указали условия начисления стимулирующих выплат. Сотрудник их фактически выполнил и обратился в трудовую инспекцию. Снижение стимулирующих расценили как неполную выплату заработной платы.

Если медработник выполнил условия по начислению стимулирующих, он может взыскать недополученное в судебном порядке. В случае удовлетворения требований суд взыщет не только саму выплату, но и проценты за задержку (ст. 236 ТК). Также работник может потребовать компенсацию морального вреда.

Чтобы вы могли проверить, законно ли снизили стимулирующие персоналу, используйте памятку – в ней указали, когда клиника вправе снижать такие выплаты.



### К сведению

Минтруд внедрит новые индикаторы риска нарушений трудового законодательства (проект приказа Минтруда <О внесении изменений в перечень индикаторов риска...>, ID 151315). Например, проверки проведут, если работодатель начислил зарплату ниже МРОТ за каждый месяц предыдущего квартала 60 и более работникам, если их доля равна или превышает 50 процентов штата. Этот индикатор коснется всех

медорганизаций. Кроме того, к индикаторам добавили сокращение квартального фонда оплаты труда на 80 процентов и более при стабильной численности работников от 15 человек. Проверки в медорганизациях также планируют проводить, если в предыдущем квартале снизили зарплаты у 25 процентов и более медработников. Это касается и врачей, медработников с высшим образованием, а также среднего и младшего медперсонала.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Важно

Неполная выплата заработной платы влечет административную ответственность в виде предупреждения или штрафа. Должностным лицам грозит штраф от 10 тыс. до 20 тыс. руб.; ИП – от 1 тыс. до 5 тыс. руб.; юридическим лицам – от 30 тыс. до 50 тыс. руб. (ч. 6 ст. 5.27 КоАП)

Памятку со всеми условиями и запретами по новым размерам окладов смотрите в приложении 3.

### Как повлияет на работу проект по депремированию и какие требования клиники обязаны выполнять уже сейчас

В Совет по правам человека из регионов поступили жалобы о снижении зарплат медработников. Вопрос подняли на встрече с председателем Комитета Госдумы по труду, социальной политике и делам ветеранов Ярославом Ниловым\*. После этого в Госдуму поступил новый законопроект по депремированию, главная цель которого – установить единые правила снижения стимулирующих, чтобы работодатели не злоупотребляли этим правом. В пояснительной записке указали, что необходимость закрепить в ТК нормы о невыплате или уменьшении размера стимулирующих связана в том числе с постановлением КС от 15.06.2023 № 32-П (далее – постановление № 32-П). В нем КС обозначил несоответствие статьи 135 ТК

## Памятка. В каком случае снижать стимулирующие для выравнивания окладов

### Законно

- 1 Стимулирующие выплаты за достижение показателей, например, результативную работу клиники, которые привязаны к наличию финансовой возможности.

Условие – в системе оплаты труда указали, что стимулирующие начисляют только при наличии экономии фонда оплаты труда. Если в фонде не окажется средств, выплаты не гарантированы.

### Запрещено

- 1 Нормативно регламентированные выплаты, например, за онконастороженность. Если есть основания для таких выплат, их обязательно начисляют.
- 2 Стимулирующие выплаты за стаж работы или выслугу лет.
- 3 Выплаты за категорию.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

Конституции из-за того, что работодатели могут произвольно устанавливать на локальном уровне правила исчисления выплат. Далее разберем, какие требования работодатели должны соблюдать уже сейчас, а какие обязанности появятся по новому проекту.

**Какие требования уже необходимо соблюдать клиникам.** Сейчас действует позиция КС из постановления № 32-П, по которой наличие дисциплинарного взыскания не может препятствовать начислению работнику допвыплат. Это касается тех случаев, когда сотрудник получает выплаты за непосредственное участие в отдельных, финансируемых в особом порядке видах деятельности, например, оказании платных медуслуг, высокотехнологичной медпомощи, услуг по ОМС и ДМС. Суды учитывают эту позицию в спорах о выплате стимулирующих медработникам.

**Судебная практика, которая установила действующие требования к депремированию.** Сотрудницу клиники офтальмологии привлекли к дисциплинарной ответственности в виде выговора и лишили всех стимулирующих надбавок до снятия взысканий. При этом выплаты полагались за достижение показателей по платным медуслугам, сотрудница выполнила это условие. Конституционный суд указал, что стимулирующие надбавки являются оплатой труда, а не премией. Тем самым признал часть 2 статьи 135 ТК неконституционной, так как она позволяет работодателям произвольно уменьшать зарплату за счет уменьшения стимулирующих выплат работникам с дисциплинарным взысканием (постановление КС от 15.06.2023 № 32-П).

Бюджетные медучреждения и сейчас должны устанавливать стимулирующие выплаты с учетом критериев, которые позволяют оценить результативность и качество работы сотрудников (приказ Минздравсоцразвития от 29.12.2007 № 818). Система критериев оценки эффективности работы и размер поощрения руководители госмедучреждений обязаны включать в текст трудового

*\* Об этом 19 июля сообщила пресс-служба Совета по правам человека. Ярослав Нилов – один из разработчиков проекта по депремированию*

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

### Важно

Для своей деятельности Госдума и Совет по правам человека могут собирать необходимую информацию даже в мораторий, потому что они не являются органами государственного надзора и контроля

договора с каждым работником, например, это касается наименования выплаты и условия ее получения. Полный список критериев смотрите в приложении 4.

Чтобы окончательно закрепить позицию КС в законодательстве и установить основания, по которым работодатель имеет право снижать стимулирующие выплаты, Госдума подготовила проект по депремированию.

**Как изменит работу проект по депремированию.** Когда проект примут, бюджетным медучреждениям нужно будет пересмотреть условия выплаты премий работникам, ввести в них понятие депремирования и установить основания для невыплаты стимулирующих выплат или выплаты их в меньшем размере. Снижать стимулирующие можно будет только при наличии основания в локальном нормативном акте, например, в коллективном договоре. Кроме того, в проекте указали, что уменьшить стимулирующие можно только за период, в котором к работнику применили дисциплинарное взыскание. Лишать работника премии или уменьшать ее за другие периоды или на весь срок действия дисциплинарного взыскания запрещено.

**Пример, когда снижение стимулирующих не посчитают депремированием.** Работодатель оставил за собой свободу определять размер премии или ее выплаты, в локальных актах показатели не прописали. В таком случае он вправе выплачивать премии в меньшем размере или не выплачивать вовсе. Такое снижение стимулирующих нельзя назвать депремированием.

Подход из примера выше наиболее характерен для коммерческих клиник, новый проект исключит такую возможность для госучреждений. Какие недочеты есть в проекте, смотрите в приложении 5.

**Таблица. Размер соцвыплаты в зависимости от категории медработника и численности населения**

<b>Категория медработника</b>	<b>Размер выплаты</b>
Врачи и медработники с высшим (немедицинским) образованием центральных районных, районных и участковых больниц, больниц и медико-санитарных частей, в том числе центральных, которые находятся в ведении ФМБА, расположены на отдельных территориях РФ, включая закрытые административно-территориальные образования	В населенных пунктах с населением: до 50 тыс. чел. — 50 000 руб.; от 50 тыс. до 100 тыс. чел. — 29 000 руб.; от 100 тыс. чел. — 18 500 руб.
Врачи, к которым обращаются (которых посещают) граждане по поводу заболеваний (состояний) или с профилактической целью, включая проведение исследований, и медработники с высшим (немедицинским) образованием, которые работают в медорганизациях, где оказывают первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу прикрепленному населению, а также осуществляют диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию (состоянию)	В населенных пунктах с населением: до 50 тыс. чел. — 50 000 руб.; от 50 до 100 тыс. чел. — 29 000 руб.; от 100 тыс. чел. — 14 500 руб.;
Врачи и медработники с высшим (немедицинским) образованием, которые проводят прижизненные гистологические и цитологические исследования по направлениям медработников, указанных в пунктах «а» и «б» постановления Правительства от 20.03.2024 № 343 (далее — постановление № 343)	11 500 руб.
Врачи станций (отделений) скорой медицинской помощи	11 500 руб.
Средний медперсонал центральных районных, районных и участковых больниц, а также больниц и медико-санитарных частей, в том числе центральных, которые находятся в ведении ФМБА, расположенных на отдельных территориях РФ, включая закрытые административно-территориальные образования	В населенных пунктах с населением: до 50 тыс. чел. — 30 000 руб.; от 50 тыс. до 100 тыс. чел. — 13 000 руб.; от 100 тыс. чел. — 8000 руб.
Средний медперсонал, который работает с врачами, указанными в пункте «б» постановления № 343, а также оказывает первичную медико-санитарную помощь по поводу заболеваний (состояний) или с профилактической целью, включая проведение исследований, по территориально-участковому принципу прикрепленному населению и (или) осуществляющий диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию (состоянию)	В населенных пунктах с населением: до 50 тыс. чел. — 30 000 руб.; от 50 тыс. до 100 тыс. чел. — 13 000 руб.; от 100 тыс. чел. — 6500 руб.

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

Категория медработника	Размер выплаты
Фельдшеры и медсестры станций (отделений) скорой медпомощи	7000 руб.
Младший медперсонал центральных районных, районных и участковых больниц, а также больниц и медико-санитарных частей, в том числе центральных, которые находятся в ведении ФМБА, расположены на отдельных территориях РФ, включая закрытые административно-территориальные образования	4500 руб.
Младший медперсонал медорганизаций, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь гражданам по территориально-участковому принципу	4500 руб.
Младший медперсонал станций (отделений) СМП	4500 руб.
Медсестры (фельдшеры) по приему вызовов скорой медпомощи и передаче их выездным бригадам скорой медпомощи	4500 руб.

## Памятка. Основания для проверок со стороны СФР по спецвыплатам

- 1 Медорганизация представила уточняющий (корректирующий) реестр работников, у которых есть право на получение выплаты, более двух раз в течение отчетного месяца.
- 2 Клиника направила нескольких реестров по одному работнику, в том числе из другой медорганизации, за один календарный месяц.
- 3 СФР нашел несоответствие категории, должности (профессии) работника.
- 4 В реестре обнаружили несоответствие соотношения суммарного отработанного времени за дни работы в месяце и числа рабочих часов по норме рабочего времени месяца с фактическим соотношением указанных величин.
- 5 Поступило обращение работника о недостоверности/неполноте представленных сведений или в связи с неполучением выплаты/несвоевременным получением/получением не в полном размере.
- 6 Поручение руководства СФР или обращение правоохранительных органов/органов, уполномоченных на государственный или муниципальный надзор (контроль).
- 7 В реестре обнаружили несоответствие между положенным и реальным размером соцвыплаты в зависимости от численности населенного пункта, на территории которого располагается медорганизация (добавили с 20.09.2024).

**Важно.** Перечень оснований закрытый. Для проведения проверки достаточно одного или нескольких оснований.

### Памятка. Условия и запреты по новым размерам окладов

- 1 Доля окладов в ФОТ должна быть не ниже 50 процентов без учета компенсационных выплат и выплат, осуществляемых исходя из расчета среднего заработка.
- 2 Размер оклада зависит от сложности выполняемых работ.
- 3 Расчет изменения окладов (должностных окладов), ставок заработной платы медицинских работников рекомендуется проводить с учетом анализа расходов прошлых лет на указанные цели.
- 4 Зарплата сотрудника должна быть не ниже МРОТ без учета допвыплат:
  - районные коэффициенты;
  - оплата сверхурочной работы;
  - оплата работы в ночное время;
  - выплаты за работу в выходные и нерабочие праздничные дни;
  - доплаты (повышенные оклады минимум на 4 процента) за работу во вредных условиях труда.

**Примечание.** Рекомендации из письма Минздрава и Минтруда от 29.03.2024 № 16-3/И/1-5816, № 14-1/10/П-2380.

## Памятка. По каким правилам госмедучреждения должны устанавливать стимулирующие выплаты

- 1** Систему критериев оценки эффективности деятельности и размер поощрения включают в текст трудового договора с каждым работником, включая:
  - наименование выплаты;
  - условия получения выплаты;
  - показатели и критерии оценки эффективности деятельности;
  - периодичность выплаты;
  - размер выплаты (приказ Минздравсоцразвития от 29.12.2007 № 818).
  
- 2** Условия получения вознаграждения излагают в доступной и понятной работодателю и работнику форме, без возможности двойного толкования (приказ Минтруда от 26.04.2013 № 167н).

## Памятка. Какие недочеты есть в проекте о депремировании

**1** Не включили трудовой договор в перечень документов, в которых можно устанавливать стимулирующую выплату и основания для депремирования. В проекте указали, что это можно будет сделать в коллективном договоре, соглашениях, локальных нормативных актах. Однако трудовой договор в этот список законодатель не включил. Проблема в том, что зачастую премии устанавливают индивидуальными соглашениями с работниками. Поэтому проект необходимо дополнить. Это особенно актуально для руководителей организаций, так как их вознаграждение не входит в общую систему оплаты труда — его устанавливают в индивидуальном порядке в трудовом договоре. В противном случае значительная часть стимулирующих попадет в область пробела в законодательстве, что может спровоцировать споры с работниками и ГИТ.

**2** Не определили период, в который работодатель может депремировать. Указали, что депремирование будет возможно только при начислении стимулирующих за период, когда к работнику применили дисциплинарное взыскание. Теоретически можно предположить, что период — это месяц, поскольку окончательный расчет заработной платы производят ежемесячно. Хотя под периодом, когда к работнику применено взыскание, можно понимать и день, неделю, месяц. Год применим быть не может — о недопустимости распространения действия взыскания в целях депремирования в течение года прямо писал Конституционный суд в постановлении № 32-П. Вероятнее всего, законодатель предполагает под периодом месяц. При этом непонятно, можно ли депремировать в случае годовой или квартальной премии и как рассчитать размер такого депремирования. Если в проекте не сделают уточнение, то для снятия неопределенности потребуются разъяснения компетентных госорганов.

**3** Не обозначили, как рассчитывать уменьшение месячной зарплаты в пределах 20 процентов. Пока непонятно, нужно ли сначала прибавить премию к зарплатку и из него уже вычесть 20 процентов для определения суммы депремирования или 20 процентов считать без учета самой премии, только от оклада. Очевидно, что в первом случае сумма «вычета» будет больше, чем во втором. Тем не менее

## Новые основания для проверок медорганизаций. Как подготовиться к контролю

предполагаем, что именно первый способ нужно считать верным. Причина — в законопроекте и в постановлении № 32-П указано уменьшение заработной платы в целом, а не только должностного оклада, например.

**4** Не указали, может ли работодатель установить несколько оснований для депремирования работников. В проекте прописали основание для депремирования в единственном числе: «Депремирование может быть осуществлено только при наличии основания, установленного в коллективном договоре...». При этом указали, что депремирование возможно в результате применения к работнику дисциплинарного взыскания. В текущей редакции проекта непонятно, означает ли это, что единственным основанием для депремирования может быть только применение дисциплинарного взыскания или работодатель вправе установить и иные основания для депремирования.