Приложение 1

к письму РОБ ПРЗ РФ

от 26.05.2020г. №221

**Документы**

**необходимые для расследования страховых случаев, указанных в подпункте 6 пункта 2 Указа Президента Российской Федерации «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» (работники, непосредственно работающим с пациентами, у которых подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и пациентами с подозрением на эту инфекцию; диагноз соответствует Перечню, утвержденному распоряжением Правительства РФ от 15.05.2020 № 1272-р, случай повлек временную нетрудоспособность, но не привел к инвалидности)**

1. Уведомление об установлении факта заболевания работником новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), выдается медицинской организацией, установившей работнику заболевание.
2. Приказ о создании комиссии по расследованию страховых случаев, указанных в подпункте 6 пункта 2 Указа Президента Российской Федерации «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» (издается медицинской организацией, работником которой является заболевший).
3. Копия приказа о создании подразделения (врачебной группы) по работе с короновирусными больными.
4. Копия документа (трудовой договор, копия трудовой книжки, копия приказа), подтверждающего работу пострадавшего в данном подразделении заболевшего медицинского работника.
5. Копию (выписку из) приказа о назначении пострадавшему надбавок за работу с заболевшими новой коронавирусной инфекцией (COVID-19);
6. Выписка из истории болезни амбулаторного, стационарного больного (учетная форма 027-у), выдается медицинской организацией, подтверждающей лабораторными методами исследований наличие у заболевшего работника медицинской организации новой коронавирусной инфекции (COVID-19).
7. Копия лабораторных исследований, подтверждающей наличие у пациента новой коронавирусной инфекции (COVID-19).
8. Если больничный выдан на бумажном носителе – его копию.
9. Протокол работы комиссии по расследованию страховых случаев, указанных в подпункте 6 пункта 2 Указа Президента Российской Федерации «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» (составляется и подписывается председателем и всеми членами комиссии).
10. Если больничный выдан на бумажном носителе – его копию.
11. Справка, подтверждающая факт осуществления работы работником, а также содержащей сведения о наличии у работника заболевания (синдрома) или осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), с отражением способа осуществления выплат работнику для перечисления единовременной страховой выплаты.

Примечание: Расследование страховых случаев, указанных в подпункте 6 пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 06.05.2020 №313 проводится в сроки, предусмотренные в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.05.2020г. № 695.

По остальным случаям должно быть проведено расследование профессионального заболевания в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 967.

Приложение 2

к письму РОБ ПРЗ РФ

от 26.05.2020г. №221

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(полное наименование медицинской организации, учреждения)*

**ПРИКАЗ**

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

город

**о создании комиссии по расследованию**

Во исполнении Указа Президента Российской Федерации от 06 мая 2020 года № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников», а также в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.05.2020г. № 695 «Об утверждении Временного положения о расследовании страховых случаев причинения вреда здоровью медицинского работника в связи с развитием у него полученных при исполнении трудовых обязанностей заболевания (синдрома) или осложнения, вызванных подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Создать комиссии по расследованию случая заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и наличия осложнений, включенных в перечень, утверждаемый Правительством Российской Федерации и повлекший за собой временную нетрудоспособность, но не приведший к инвалидности в отношении работника (Ф.И.О., должность работника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в следующем составе:

Председатель комиссии – председатель ВК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Члены комиссии:

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– (Ф.И.О.)

Представитель ФСС (сотрудник филиала) – (Ф.И.О.)

Председатель Первичной профсоюзной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

1. Расследование провести в течении суток со дня создания врачебной комиссии.
2. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения) (подпись) (фамилия, инициалы)

Приложение 3

к письму РОБ ПРЗ РФ

от 26.05.2020г. №221

**Уведомление  
об установлении факта заболевания работником новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **№** |  | **от “** |  | **”** |  | **20** | **20** | **г.** |

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол

3. Возраст (полных лет)

4. Наименование предприятия

(указывается наименование предприятия,

организации, учреждения, его ведомственная принадлежность)

5. Наименование цеха, отделения, участка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия, должность

7. Заключительный диагноз (диагнозы) заболевания - заражения (заболеваний или отравлений), дата его (их) постановки, изменения, уточнения или отмены:

7.1.

(в случае изменения, уточнения или отмены диагнозов также указываются

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | г. |

первоначальные диагнозы)

7.2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | г. |

7.3.

8. Вредные производственные факторы и причины, вызвавшие заболевание

9. Причины изменения, уточнения или отмены диагноза (диагнозов)

10. Наименование учреждения, установившего, изменившего, уточнившего или отменившего диагноз (диагнозы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Главный врач |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (И.О.Ф.) |

М.П.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата отправления извещения “ | |  | | ” | |  | | | | 20 | | 20 | | г. | |
| Подпись врача, пославшего извещение | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | (И.О.Ф.) |
| Дата получения извещения “ |  | | ” | |  | | | | 20 | |  | | г. | |
| Подпись врача, получившего извещение | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | (И.О.Ф.) |

Приложение 4

к письму РОБ ПРЗ РФ

от 26.05.2020г. №221

**ПРОТОКОЛ**

заседания врачебной комиссии по расследованию страхового случая причинения вреда здоровью медицинского работника в связи с развитием у него полученных при исполнении трудовых обязанностей заболевания (синдрома) или осложнения, вызванных подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование медицинской организации)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_

*(наименование населенного пункта, субъекта РФ)*

**Состав комиссии (не менее 3 человек):**

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(представитель работодателя)*

Члены комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(представитель медицинской организации, установившей случай заболевания медицинского работника,*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*представитель регионального отделения ФСС РФ, специалисты медицинской организации, которой работал пострадавший и* ***представитель выборного органа первичной профсоюзной организации****)*

**ПОВЕСТКА ДНЯ:**

1. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16 мая 2020 г. № 695 расследование случая заболевания (синдрома) или осложнения, вызванные подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включенных в перечень, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2020 г. № 1272-р, и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности, в отношении работника *(наименование медицинской организации)* *(Ф.И.О., должность работника)*

**Материалы, рассмотренные в ходе заседания комиссии:**

**-** карты амбулаторного (стационарного) больного;

- копия листа временной нетрудоспособности *(при наличии)*;

- приказы и другие документы *(при необходимости)*.

**СЛУШАЛИ:**

1. Председатель Врачебной комиссии *(наименование медицинской организации) (Ф.И.О.)*, который в своем выступлении, подтвердил:

- наличие оформленных трудовых отношений, а также получение выплат стимулирующего характера за выполнение работ при оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19, и пациентам с подозрением на эту инфекцию, в период заболевания работника;

- факт заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19, подтвержденной лабораторными методами исследования и нахождение работника на лечении в связи с временной нетрудоспособностью;

- наличие у медицинского работника заболеваний и осложнений, включенных в перечень, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2020 г. № 1272-р.

2. Представитель *(наименование регионального отделения ФСС РФ) (Ф.И.О., должность)*, рассмотрев представленные медицинские и организационно-распорядительные документы пришел к выводу, что случай заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у *(Ф.И.О., должность работника) (наименование медицинской организации)* является страховым.

В ходе заседания комиссии выступили: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поступили предложения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПОСТАНОВИЛИ:**

1. Признать факт заболевания *(Ф.И.О., должность работника) (наименование медицинской организации)* новой коронавирусной инфекцией COVID-19, подтвержденной лабораторными методами исследования, полученным при исполнении трудовых обязанностей и повлекшим за собой временную нетрудоспособность, в связи с причинением вреда здоровью и развитием заболевания (синдрома) или осложнения *(КОД заболевания (синдрома) или осложнения по Перечню Распоряжения Правительства РФ от 15.05.2020 №1272-р)* у *(Ф.И.О., должность работника) (наименование медицинской организации)*, но не приведшего к инвалидности;
2. Признать случай заболевания *(КОД заболевания (синдрома) или осложнения по Перечню Распоряжения Правительства РФ от 15.05.2020 №1272-р)* с *(Ф.И.О., должность работника)* *(наименование медицинской организации)* страховым случаем и установить, что на данный случай распространяется положение подпункта «б» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 06.05.2020г. № 313;
3. Оформить справку, подтверждающую факт осуществления работы работником, по прилагаемой форме *(форма содержит информацию по пункту 5 Временного порядка, утвержденного постановлением Правительства РФ от 16.05.2020 г. № 695)*;
4. Предоставить в *(наименование регионального отделения ФСС РФ) :*

- справку, подтверждающую факт осуществления работы работником;

- копию приказа о создании врачебной комиссии по расследованию страхового случая;

- материалы расследования страхового случая *(при необходимости Акт)*.

**Подписи членов врачебной комиссии:**

Председатель комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись и расшифровка подписи)

Члены комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подписи и расшифровка подписей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подписи и расшифровка подписей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подписи и расшифровка подписей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подписи и расшифровка подписей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подписи и расшифровка подписей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подписи и расшифровка подписей)

МП

Приложение 5

к письму РОБ ПРЗ РФ

от 26.05.2020г. №221

**Форма справки, подтверждающая факт осуществления работы работником, а также содержащей сведения о наличии у работника заболевания (синдрома) или осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), с отражением способа осуществления выплат работнику для перечисления единовременной страховой выплаты**

1. Фамилия, имя, отчество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_\_\_месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_год\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Место регистрации:

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Период работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Период перенесенного заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Состояние здоровья : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Способ получения денежных средств (почтовый перевод или перечисление на расчетный счет):
   1. Перечисление на расчетный счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование банка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер банковской карты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. держателя карты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12.2 Почтовый перевод: индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_ город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи справки:

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г.

Главный врач медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

(подпись)

М.П.