

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СОЮЗ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САРАТОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
КОМИТЕТ**

ПРЕЗИДИУМ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

13 декабря 2019 г.

№ 3-16

г. Саратов

О продлении действия Постановления Президиума комитета областной организации № 2-10 от 11.11.19 г. «О страховании профессиональных рисков членов Профсоюза - работников фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области».

Науменко Е.Н., Козлова Е.А.,
Прохоров С.А.

Для повышения уровня социальной защищенности и обеспечения дополнительных социальных гарантий, мотивации профсоюзного членства, адресной финансовой поддержки членов Профсоюза - работников фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области, **участвующих в оказании медико-санитарной помощи на дом,**

Президиум комитета Саратовской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Продлить действие Постановления Президиума комитета областной организации Профсоюза № 2-10 от 11.11.19 г. «О страховании профессиональных рисков членов Профсоюза – работников фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области»

Председатель Саратовской областной организации
Профсоюза работников здравоохранения РФ



С.А. Прохоров

Приложение
К Постановлению Президиума
комитета Саратовской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ
№ 2-10 от 11.11.2019 г.

**Положение о
страховании профессиональных рисков
членов Профсоюза - работников фельдшерско-акушерских пунктов
районных больниц Саратовской области.**

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Положение устанавливает единый подход к выплате **профсоюзного страхового пособия** членам Профсоюза – работникам фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области, **участвующих в оказании медико-санитарной помощи на дому в связи с профессиональными рисками.**

1.2. Настоящее Положение вводится для повышения уровня социальной защищенности и обеспечения дополнительных социальных гарантий, мотивации профсоюзного членства, адресной финансовой поддержки членов Профсоюза - работников фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области, **участвующих в оказании медико-санитарной помощи на дому.**

Основные термины и понятия, применяющиеся в данном Положении:

работник – физическое лицо, работающее в организации на основании трудового договора (ст.2, п.2 Устава Профессионального союза работников здравоохранения РФ);

профессиональный риск - это вероятность причинения вреда здоровью в результате воздействия вредных или опасных производственных факторов при исполнении работником обязанностей по трудовому договору или в иных случаях, установленных ТК РФ и другими федеральными законами (ст. 209 ТК РФ);

несчастный случай – событие, произошедшее при выполнении работником фельдшерско-акушерских пунктов своих трудовых обязанностей, в результате которого им были получены: телесные повреждения (травмы), в том числе нанесенные другим лицом; тепловой удар; ожог; обморожение; утопление; поражение электрическим током, укусы и другие телесные повреждения,

нанесенные животными и насекомыми; иные повреждения здоровья, обусловленные воздействием внешних факторов, повлекшие за собой временную или стойкую утрату трудоспособности (ст. 227 ТК РФ).

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания), острые респираторные заболевания, инфекционные заболевания.

1.3. Настоящее Положение распространяется на членов Профсоюза, которые состоят на учете в первичных организациях Профсоюза, входящих в Реестр Саратовской областной организации Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (далее – Саратовская областная организация Профсоюза) признающих Устав, регулярно уплачивающих членские взносы в Профсоюз (ст. 7, п.1 Устава Профессионального союза работников здравоохранения РФ).

Право на членство в Профсоюзе сохраняют: лица, временно прекратившие трудовую деятельность в связи с уходом за детьми или за тяжелобольным членом семьи (ст. 14, п.1 Устава Профессионального союза работников здравоохранения РФ).

1.4. Профсоюзное страховое пособие выплачивается за счет членских профсоюзных взносов из бюджета Саратовской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ.

1.5. Если несчастный случай, повлекший за собой причинение вреда здоровью происходил в календарном году неоднократно, профсоюзное страховое пособие выплачивается члену Профсоюза по каждому случаю причинения вреда здоровью.

1.6. Минимальный профсоюзный стаж для получения профсоюзного страхового пособия исчисляется с момента вступления в Профсоюз работников здравоохранения РФ.

II. УСЛОВИЯ ПОЛУЧЕНИЯ И РАЗМЕР ПРОФСОЮЗНОГО СТРАХОВОГО ПОСОБИЯ

2.1. Для участия в программе страхования профессиональных рисков членов Профсоюза – работников фельдшерско-акушерских пунктов, осуществляющих

оказание медико-санитарной помощи на дому необходимо наличие договора коллективного страхования (*Приложение № 1*).

Для заключения договора коллективного страхования первичная организация Профсоюза предоставляет в Саратовскую областную организацию Профсоюза работников здравоохранения следующие документы:

1. ФИО члена Профсоюза (полностью);
2. год рождения члена Профсоюза;
3. занимаемая должность;
4. согласие на обработку персональных данных;
5. паспортные данные (серия, номер, дата выдачи);
6. профсоюзная карточка (копия)

2.2. Выплата профсоюзного страхового пособия:

2.2.1. при причинении **легкого вреда здоровью** (временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы (до 21 дня включительно) - **7000 рублей;**

2.2.2. при причинении вреда здоровью **средней тяжести:** (временное нарушение функций органов и (или) систем (временная нетрудоспособность) продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня)) –**12 000 рублей;**

2.2.3. при причинении **тяжкого вреда здоровью:** (вред здоровью, опасный для жизни человека, который по своему характеру непосредственно создает угрозу для жизни, а также вред здоровью, вызвавший развитие угрожающего жизни состояния) – **17 000 рублей;**

2.2.4. при причинении **тяжкого вреда здоровью**, повлекшего за собой получение:

первой группы инвалидности – **45 000 рублей;**

второй группы инвалидности – **35 000 рублей;**

третьей группы инвалидности – **25 000 рублей;**

2.2.5. в случае гибели члена Профсоюза – **60 000 рублей** (ближайшим родственникам).

2.2.6. Размер профсоюзного страхового пособия определяется решением Президиума областной организации.

2.2.7. В исключительных случаях, по решению Председателя Саратовской областной организации, учитывая обстоятельства несчастного случая, его исход или длительность временной нетрудоспособности, социальное положение, общий профсоюзный стаж работника медицинского учреждения – члена Профсоюза, а также при ходатайстве первичной организации Профсоюза и наличии финансовых возможностей Саратовской областной организации Профсоюза работников здравоохранения размер профсоюзного страхового пособия может быть увеличен до **100 000 рублей**.

2.3. Выплаты профсоюзного страхового пособия не производятся, если:

2.3.1. несчастный случай, происшедший при совершении пострадавшим действий (бездействия), квалифицированных правоохрнительными органами как уголовно наказуемое деяние;

2.3.2. несчастный случай произошёл в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения пострадавшего;

2.3.3. несчастный случай произошёл в результате самопричинения вреда здоровью;

2.3.4. не представлены доказательства факта произошедшего несчастного случая.

2.4. Необходимые документы.

2.4.1. Для принятия решения о выплате профсоюзного страхового пособия в областную организацию направляются следующие документы:

- ходатайство профсоюзного комитета о выплате профсоюзного страхового пособия (*Приложение № 2*);
- профсоюзная карточка (копия);
- заявление о выплате профсоюзного страхового пособия (*Приложение № 3*);
- акт о несчастном случае по форме Н-1 (копия) (*Приложение № 4*);

- листок нетрудоспособности (копия);
- в случае получения инвалидности – справка медико-социальной экспертной комиссии с указанием группы инвалидности (копия);
- в случае смерти члена Профсоюза – свидетельство ЗАГСа о смерти (копия).

2.4.2. Соответствующие документы предоставляются в Саратовскую областную организацию Профсоюза в течение 14 дней с момента окончания листка временной нетрудоспособности или освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией.

2.4.3. Профсоюзное страховое пособие выплачивается в течение 10 дней с момента принятия решения.

III. Заключительные положения.

3.1. Настоящее Положение утверждается на заседании Президиума комитета Саратовской областной организации Профсоюза работников здравоохранения сроком до 31.12.2019 г.

3.2. Положение считается пролонгированным на следующий календарный год на основании решения заседания Президиума.

Приложение № 1
к Положению о
страховании профессиональных рисков
членов Профсоюза - работников
фельдшерско-акушерских пунктов
районных больниц Саратовской области

Договор
коллективного страхования членов Профсоюза первичной организации
Профсоюза

(полное наименование учреждения)

г. Саратов

«__» _____ 20__ г.

В целях повышения уровня социальной защищенности и обеспечения дополнительных социальных гарантий членов Профсоюза – работников фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области, участвующих в оказании медико-санитарной помощи на дому Саратовская областная организация Профсоюза работников здравоохранения РФ, в лице председателя **Прохорова Сергея Александровича**, с одной стороны и

Первичная организация Профсоюза _____

(наименование первичной организации Профсоюза)
в лице председателя профкома _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

с другой стороны, действующими на основании Устава Профсоюза работников здравоохранения РФ, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о коллективном страховании членов Профсоюза в форме единовременной денежной выплаты членам Профсоюза - работникам фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области,

участвующих в оказании медико-санитарной помощи на дому в связи с профессиональными рисками.

1. Коллективному страхованию подлежат члены Профсоюза, предоставившие сведения в соответствии с п.2.1. р.П Положения о страховании профессиональных рисков членов Профсоюза - работников фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области, участвующих в оказании медико-санитарной помощи на дому, утвержденного постановлением Президиума комитета Саратовской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ от «11» ноября 2019 г. № 2-10 (далее – Положение) по форме Приложения № 1 к настоящему Договору.

На каждого члена Профсоюза, подлежащего коллективному страхованию, предоставляется копия профсоюзной карточки и Согласие на обработку персональных данных по форме приложения № 2 к настоящему Договору.

2. В целях реализации настоящего Договора единовременная денежная выплата производится Саратовской областной организацией Профсоюза работников здравоохранения РФ в соответствии с Положением из собственного бюджета за счет членских профсоюзных взносов.

3. Документы, необходимые для осуществления выплаты, представляются первичной организацией Профсоюза в Саратовскую областную организацию Профсоюза работников здравоохранения РФ не позднее 14 дней после окончания нетрудоспособности.

4. Настоящий Договор вступает в силу с _____ 2019 года и действует до 31 декабря 2019 года.

Председатель Первичной организации
Профсоюза

Председатель Саратовской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ

М.П.

М.П.

Приложение № 1

к Договору
коллективного страхования членов
Профсоюза первичной организации
Профсоюза

Сведения о членах Профсоюза - работниках фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской области, участвующих в оказании медико-санитарной помощи на дому, подлежащих коллективному страхованию в связи с профессиональными рисками

((наименование учреждения, район, город, МО)

№ п/п	ФИО члена профсоюза (полностью)	Год рождения члена Профсоюза	Должность члена профсоюза	Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)	Контактный телефон члена Профсоюза
1.					
2.					
3.					

Приложение № 2

к Договору

коллективного страхования членов
Профсоюза первичной организации
Профсоюза

СОГЛАСИЕ

НА ХРАНЕНИЕ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ (ФИО) паспорт _____
_____ (серия, номер), выдан _____

_____ (когда и кем)., в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ выражаю своё согласие Саратовской областной организации профессионального союза работников здравоохранения РФ (г.Саратов ул. им. Сакко и Ванцетти, д. 50), далее также – Профсоюз, на хранение и обработку (действия (операции) с персональными данными) моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, с использованием либо без использования средств автоматизации, а также хранение копий моих документов, содержащих персональные данные.

Нижеуказанные персональные данные получены Профсоюзом с моего согласия:

фамилия, имя, отчество; дата рождения; профессия; место работы; паспорт (серия, номер, дата выдачи, кем выдан); номер телефона.

Профсоюз может обрабатывать мои персональные данные в следующих целях: обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов в области персональных данных; исполнение региональных проектов в области здравоохранения, исполнение постановлений организаций Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента представления бессрочно и может быть отозвано мной при представлении Профсоюзу заявления в простой письменной форме.

_____/_____

«__» _____ 20__ г.

Приложение № 2
к Положению «О страховании
профессиональных рисков
членов Профсоюза - работников
фельдшерско-акушерских пунктов
районных больниц Саратовской области»

Председателю Саратовской
областной организации
Профсоюза работников
здравоохранения РФ
Прохорову С.А.

Профсоюзный комитет _____
(полное наименование первичной организации Профсоюза)

ходатайствует о выплате профсоюзного страхового пособия члену Профсоюза -
работнику - фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц Саратовской
области, участвующих в оказании медико-санитарной помощи на дому

(ФИО полностью)

в соответствии с Положением «О страховании профессиональных рисков членов
Профсоюза - работников фельдшерско-акушерских пунктов районных больниц
Саратовской области, участвующих в оказании медико-санитарной помощи на
дому» **№ 2-10 от 11 ноября 2019 г.**

Общий профсоюзный стаж _____ лет.

Председатель ППО _____ / _____
(подпись) (ФИО)

М.П.

Приложение № 3
к Положению «О страховании
профессиональных рисков
членов Профсоюза - работников
фельдшерско-акушерских пунктов
районных больниц Саратовской области»

Председателю Саратовской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ
Прохорову С.А.

от _____
(ФИО полностью)

(должность)

(наименование лечебного учреждения)

Конт. телефон _____

Заявление

Прошу выплатить мне профсоюзное страховое пособие по несчастному случаю, произошедшему «_____» _____ 20____ г.

Выплату произвести:

☐ Наличными деньгами;

☐ На мой лицевой счет (расчетный счет)*

(число)

(подпись)

* Если выплата производится безналичным путем необходимо предоставить в Саратовскую областную организацию реквизиты для перечисления (номер лицевого счета).

Приложение № 4
к Положению «О страховании
профессиональных рисков
членов Профсоюза - работников
фельдшерско-акушерских пунктов районных
больниц Саратовской области»

Форма 2

(в ред. Приказов Минтруда России
от 20.02.2014 № 103н, от 14.11.2016 № 640н)

Форма Н-1

Один экземпляр
направляется
пострадавшему или его
доверенному лицу

УТВЕРЖДАЮ

(подпись, фамилия, инициалы работодателя
(его представителя))

“ ____ ” _____ 20 ____ г.

Печать (при наличии печати)

**АКТ № _____
о несчастном случае на производстве**

1. Дата и время несчастного случая _____

(число, месяц, год и время происшествия несчастного случая,

количество полных часов от начала работы)

2. Организация (работодатель), работником которой является (являлся) пострадавший _____

(наименование, место нахождения, юридический адрес, ведомственная и отраслевая

принадлежность /код основного вида экономической деятельности по ОКВЭД/;

фамилия, инициалы работодателя – физического лица)

Наименование структурного подразделения _____

3. Организация, направившая работника _____

(наименование, место нахождения, юридический адрес, отраслевая принадлежность)

4. Лица, проводившие расследование несчастного случая:

(фамилии, инициалы, должности и место работы)

5. Сведения о пострадавшем:

фамилия, имя, отчество _____
 пол (мужской, женский) _____
 дата рождения _____
 профессиональный статус _____
 профессия (должность) _____
 стаж работы, при выполнении которой произошел несчастный случай _____,
 (число полных лет и месяцев)

в том числе в данной организации _____
 (число полных лет и месяцев)

6. Сведения о проведении инструктажей и обучения по охране труда

Вводный инструктаж _____
 (число, месяц, год)

Инструктаж на рабочем месте /первичный, повторный, внеплановый, целевой/

(нужное подчеркнуть)

по профессии или виду работы, при выполнении которой произошел несчастный случай

_____ (число, месяц, год)
 Стажировка: с “ ____ ” _____ 200 ____ г. по “ ____ ” _____ 200 ____ г.

(если не проводилась – указать)

Обучение по охране труда по профессии или виду работы, при выполнении которой произошел несчастный случай: с “ ____ ” _____ 200 ____ г. по “ ____ ” _____ 200 ____ г.

(если не проводилось – указать)

Проверка знаний по охране труда по профессии или виду работы, при выполнении которой произошел несчастный случай _____

(число, месяц, год, № протокола)

7. Краткая характеристика места (объекта), где произошел несчастный случай _____

(краткое описание места происшествия с указанием опасных и (или) вредных производственных

факторов со ссылкой на сведения, содержащиеся в протоколе осмотра места несчастного случая)

Оборудование, использование которого привело к несчастному случаю _____

(наименование, тип, марка, год выпуска, организация-изготовитель)

7.1. Сведения о проведении специальной оценки условий труда (аттестации рабочих мест по условиям труда) с указанием индивидуального номера рабочего места и класса (подкласса) условий труда _____ *

7.2. Сведения об организации, проводившей специальную оценку условий труда (аттестацию рабочих мест по условиям труда) (наименование, ИНН) _____ *

8. Обстоятельства несчастного случая

(краткое изложение обстоятельств, предшествовавших несчастному случаю, описание событий

* Если специальная оценка условий труда (аттестация рабочих мест по условиям труда) не проводилась, в пункте 7.1 указывается "не проводилась", пункт 7.2 не заполняется.

и действий пострадавшего и других лиц, связанных с несчастным случаем, и другие сведения,
установленные в ходе расследования)

8.1. Вид происшествия _____

8.2. Характер полученных повреждений и орган, подвергшийся повреждению, медицинское заключение о тяжести повреждения здоровья _____

8.3. Нахождение пострадавшего в состоянии алкогольного или наркотического опьянения

(нет, да – указать состояние и степень опьянения в соответствии с заключением по

результатам освидетельствования, проведенного в установленном порядке)

8.4. Очевидцы несчастного случая _____

(фамилия, инициалы, постоянное место жительства, домашний телефон)

9. Причины несчастного случая _____

(указать основную и сопутствующие причины

несчастного случая со ссылками на нарушенные требования законодательных и иных

нормативных правовых актов, локальных нормативных актов)

10. Лица, допустившие нарушение требований охраны труда:

(фамилии, инициалы, должности (профессии) с указанием требований законодательных,

иных нормативных правовых и локальных нормативных актов, предусматривающих их

ответственность за нарушения, явившиеся причинами несчастного случая, указанными в п. 9

настоящего акта; при установлении факта грубой неосторожности пострадавшего указать

степень его вины в процентах)

Организация (работодатель), работниками которой являются данные лица

(наименование, адрес)

11. Мероприятия по устранению причин несчастного случая, сроки

Подписи лиц, проводивших
расследование несчастного случая

(подписи)

(фамилии, инициалы)

(дата)