



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)  
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

04 ОКТ 2013

№

16-5/10/2-4406

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям образовательных учреждений среднего, высшего, дополнительного профессионального образования, учреждений науки и здравоохранения, санаторно-курортных учреждений, подведомственных Минздраву России

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации утвержден состав Центральной аттестационной комиссии Минздрава России (от 10 сентября 2013 г. № 636).

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет информацию о порядке организации работы Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации для использования в работе.

Приложение: на 19 л. в 1 экз.

И.Н. Каграманян

Исполнитель:  
Егорова Надежда Сергеевна, 6272400 доб. 1654

Минздрав России

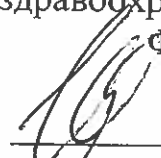


2007406

04.10.13

УТВЕРЖДАЮ

Председатель Центральной  
аттестационной комиссии,  
заместитель Министра  
здравоохранения Российской  
Федерации

  
И.Н. Каграманян

« 4 » октября 2013 г.

**Порядок организации работы Центральной аттестационной комиссии  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 г. № 240н утверждены порядок и сроки прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории (далее – Порядок).

Состав Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ЦАК Минздрава России) утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 сентября 2013 г. № 636 .

В целях оптимизации работы ЦАК Минздрава России и экономии бюджетных средств, в составе ЦАК Минздрава России организованы отделения в федеральных округах, которые располагаются:

отделение ЦАК Минздрава России в Центральном федеральном округе на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России. Председатель – Мошетьова Лариса Константиновна;

отделение ЦАК Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе на базе Федерального государственного бюджетного учреждения

«Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» Минздрава России. Председатель – Шляхто Евгений Владимирович;

отделение ЦАК Минздрава России в Северо-Кавказском федеральном округе на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России. Председатель – Муравьева Валентина Николаевна;

отделение ЦАК Минздрава России в Южном федеральном округе – на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Председатель – Алексеенко Сергей Николаевич;

отделение ЦАК Минздрава России в Приволжском федеральном округе на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. Председатель – Котельников Геннадий Петрович;

отделение ЦАК Минздрава России в Уральском федеральном округе – на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России. Председатель – Кутепов Сергей Михайлович;

отделение ЦАК Минздрава России в Сибирском федеральном округе – на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. Председатель – Малов Игорь Владимирович;

отделение ЦАК Минздрава России в Дальневосточном федеральном округе – на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Дальневосточный

государственный медицинский университет» Минздрава России.  
Председатель – Молочный Владимир Петрович.

### **Представление документов**

Специалисты, изъявившие желание пройти аттестацию для получения квалификационной категории, представляют документы, предусмотренные пунктом 20 Порядка, в зависимости от местонахождения медицинской организации:

в отделение ЦАК Минздрава России в Центральном федеральном округе по адресу: 125284, г. Москва, улица Поликарпова, дом 12, телефон +7 (495) 946 02 20, электронный адрес: attestatcom@rmapo.ru.  
Ответственный секретарь – Чернышева Надежда Георгиевна;

в отделение ЦАК Минздрава России в Северо-западном федеральном округе по адресу: 197341, г. Санкт-Петербург, улица Аккуратова, дом 2, телефон 8 (812) 702 37 94, электронный адрес: attestation@almazovcentre.ru .  
Ответственный секретарь – Соколова Людмила Андреевна;

в отделение ЦАК Минздрава России в Северо-Кавказском федеральном округе по адресу 355017, г. Ставрополь, улица Мира, дом 310, телефон 8 (8652) 35 70 33, электронный адрес: atkom@stgmu.ru.  
Ответственный секретарь - Шабанов Александр Михайлович;

в отделение ЦАК Минздрава России в Южном федеральном округе по адресу 350063, г. Краснодар, улица Седина, дом 4, телефон 8 (861) 262 55 10, электронный адрес: akufo.@ksma.ru.  
Ответственный секретарь – Чуйко Юлия Александровна;

в отделение ЦАК Минздрава России в Приволжском федеральном округе по адресу 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89, телефон 8 (917) 140 48 01; 8 (917) 140 48 02, электронный адрес: sakrfo@mail.ru.  
Ответственный секретарь – Митрошина Екатерина Владимировна;

в отделение ЦАК Минздрава России в Уральском федеральном округе по адресу 620028, г. Екатеринбург, улица Репина, дом 3, кааб. 213, телефон 8(343)214-87-90, факс 8 (243) 214 85 57; электронный адрес:

otdkoor@yandex.ru. Ответственный секретарь – Николаенко Татьяна Максимовна;

в отделение ЦАК Минздрава России в Сибирском федеральном округе по адресу 664003, г. Иркутск, улица Красного Восстания, дом 1, телефон, 8 (3952) 24 36 61, электронный адрес: prorector-med@mail.ru. Ответственный секретарь – Варавко Юлия Олеговна;

в отделение ЦАК Минздрава России в Дальневосточном федеральном округе по адресу 680000, г. Хабаровск, улица Муравьева-Амурского, дом 35, телефон 8 (4212) 30 53 11; электронный адрес: rec@mail.fesmu.ru. Ответственный секретарь – Бурышкова Наталья Николаевна.

Образец заявления (приложение № 1);

Образец аттестационного листа (приложение № 2);

Требования к оформлению отчета (приложение №3).

Ответственный секретарь отделения проверяет точность и правильность заполнения документов, регистрирует их в журнале регистрации документов (приложение № 4) в день их поступления, знакомит специалистов с процедурой проведения аттестации.

### **Порядок и сроки рассмотрения документов**

#### **(в соответствии с пунктами 23-33 Порядка)**

1. Председатель Комитета определяет Экспертную группу и не позднее четырнадцати дней со дня регистрации документов передает документы председателю Экспертной группы для дальнейшего рассмотрения.

2. Председатель экспертной группы не позднее четырнадцати дней со дня регистрации документов назначает эксперта для рецензирования отчета о профессиональной деятельности специалиста; Экспертной группой проводится рецензирование отчета о профессиональной деятельности специалиста, назначается дата и место проведение тестового контроля знаний и собеседования.

3. Решение Экспертной группы доводится до специалиста не позднее чем за тридцать календарных дней до даты проведения тестового контроля знаний и собеседования.

4. Тестовый контроль знаний и собеседование проводятся не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов.

5. Решение Экспертной группы о присвоении, либо об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории принимается не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов.

6. Координационный комитет отделения ЦАК в федеральном округе не позднее девяноста календарных дней со дня регистрации документов готовит проект приказа о присвоении специалистам квалификационной категории (приложение № 5). Проект приказа визируется постранично подписью председателя и ответственного секретаря Отделения ЦАК Минздрава России и с копиями аттестационных листов специалистов направляется ответственному секретарю Центральной аттестационной комиссии (Блохина Татьяна Будимировна, телефон 8 (495) 946-02-20, электронный адрес: [attestatcom@tmapo.ru](mailto:attestatcom@tmapo.ru)) для оформления, проведения анализа и подготовки в течение пяти дней проекта общего распорядительного акта о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационной категории и направлении в Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении.

7. Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России не позднее ста десяти календарных дней со дня регистрации документов готовит приказ о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационной категории и направляет копию приказа в Отделение ЦАК Минздрава России.

8. Ответственный секретарь Отделения ЦАК Минздрава России не позднее ста двадцати календарных дней направляет выписку из приказа Минздрава России, заверенную председателем Комитета Отделения ЦАК

Минздрава России, выдача которой регистрируется в журнале регистрации документов.

### **Решение спорных вопросов**

Спорные вопросы, связанные с порядком, процедурами, методами работы экспертных групп Отделения ЦАК Минздрава России, могут быть разрешены председателем соответствующего отделения при непосредственном обращении специалиста.

Ответственный секретарь отделения ЦАК Минздрава России регистрирует заявление. Комитет отделения ЦАК Минздрава России не позднее семи дней со дня регистрации заявления рассматривает заявление и не позднее четырнадцати дней со дня регистрации заявления направляет письменный ответ на заявление, который регистрируется в журнале регистрации.

Специалист, не согласный с решением Отделения ЦАК Минздрава России, подает заявление на имя председателя Отделения ЦАК Минздрава России с обоснованием причин несогласия.

Ответственный секретарь ЦАК Минздрава России регистрирует заявление в день его подачи.

Несогласие с решением Отделения ЦАК Минздрава России может быть обжаловано в ЦАК Минздрава России в течение одного года с даты принятия аттестационной комиссией обжалуемого решения.

Председателю отделения Центральной  
аттестационной комиссии Минздрава  
России в (название федерального округа)

от

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя отчество, наименование  
должности в родительном падеже без  
сокращений)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести аттестацию для получения \_\_\_\_\_  
указать квалификационную категорию  
квалификационной категории по специальности (должности)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие (название отделения ЦАК Минздрава России), расположенному по адресу: (указать адрес) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень действий с персональными данными:

формирование документов и выполнение требований для прохождения аттестации для присвоения квалификационной категории в соответствии с Порядком и сроками прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 г. № 240 н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 5 июня 2013 г. № 29005).

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне разъяснены.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)



## АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя,  
отчество

2. Дата рождения

3. Сведения об  
образовании

(учебное заведение, год окончания)

(специальность по образованию, № диплома, дата выдачи)

Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании (интернатура, ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка и повышение квалификации за последние 10 лет)

Вид образования	Год обучения	Наименование организации	Название цикла, курса обучения

4. Сведения о трудовой деятельности (работа по окончании образовательного учреждения (ВУЗа, училища, колледжа) по записям трудовой книжки и справкам о совместительстве

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(должность, наименование организации,  
местонахождение)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях \_\_\_\_\_ лет
6. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории \_\_\_\_\_
7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) \_\_\_\_\_ лет.

Подпись работника кадровой службы и печать отдела кадров организации, работником которой является специалист

Должность	Подпись Печать	Ф.И.О.
8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности), по которой проводится аттестация  наименование специальности (должности), по которой она присвоена, дата ее присвоения		
9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям (должностям) <small>наименование специальности (должности), по которой она присвоена, дата ее присвоения</small>		
10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях и даты их присвоения		
11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных)  <small>наименование научной работы, дата и место публикации</small>		
12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах  <small>регистрационный номер и дата выдачи соответствующих удостоверений</small>		
13. Знание иностранного языка		
14. Служебный адрес и рабочий телефон		

15. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с Аттестационной комиссией

16. Электронная почта (при наличии), номер мобильного телефона \_\_\_\_\_

17. Характеристика на специалиста \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Результативность деятельности специалиста, деловые и профессиональные качества (ответственность, требовательность, объемы и уровень умений, практических навыков и д.): повышение профессиональной компетенции, использование на практике современных достижений медицины и т.д. Разделы специальности, методы, методики, которыми специалист владеет в совершенстве, уникальные методы, приемы, технологии, освоенные специалистом и т.п. Указать на какую категорию рекомендуется специалист.

Должность

Дата

Подпись

Печать

Ф.И.О.

18 Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить/Отказать в \_\_\_\_\_ квалификационную(-ой)  
 присвоении \_\_\_\_\_  
(высшая, первая, вторая)

категорию(-и) по специальности  
 (должности)

\_\_\_\_\_ (наименование специальности (должности))

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_  
 реквизиты протокола заседания экспертной группы, на котором  
 принималось решение о присвоении квалификационной категории

Приказ Минздрава России

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Требования к оформлению отчета  
*Титульный лист***СОГЛАСОВАНО**

Руководитель учреждения (должность )

\_\_\_\_\_  
(название учреждения)\_\_\_\_\_  
(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**ОТЧЕТ**О профессиональной деятельности  
за 20 \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_ годы\_\_\_\_\_  
(ФИО, указывается должность в соответствии с записью в трудовой книжке)\_\_\_\_\_  
(полное название структурного подразделения и медицинской организации в соответствии с зарегистрированным Уставом)

### Год подготовки отчета

На последнем листе отчета ставится подпись лица, подготовившего отчет, расшифровка подписи, дата, а также виза руководителя медицинской организации или лица, исполняющего обязанности в его отсутствие (подпись, расшифровка подписи, дата визирования).

Отчет печатается на листах (формат А4), объем до 25 - 30 листов (для специалистов с высшим образованием), до 15-20 (для специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием) и должен содержать графики, диаграммы, таблицы, фотографии, список публикаций и др.

Все листы отчета должны быть сброшюрованы.

### Структура отчета

Отчет состоит из трех частей: введения, основной части и заключения.

**Введение** содержит краткую характеристику медицинской (фармацевтической) организации и структурного подразделения, в котором работает специалист, в том числе оснащение необходимым для профессиональной деятельности оборудованием.

**Основная часть** отражает личный вклад специалиста в организацию профессиональной деятельности и содержит анализ его работы специалиста, в том числе:

1. Общий объем и уровень овладения практическими навыками, знание и использование новых технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний в области профессиональной деятельности;
2. Анализ основных показателей деятельности в динамике за три года:
3. Консультативная работа.
4. Профилактическая работа.
5. Повышение профессионального уровня (участие в работе профессиональных обществ и ассоциаций, научно-практических конференций и т.д.).

6. Участие в обучении медицинского (фармацевтического) персонала основам профессионального мастерства.

**В Заключении** необходимо подвести краткие итоги работы и обозначить основные направления совершенствования профессиональной деятельности.

**Примечание:** при подготовке отчета показатели, в зависимости от специальности, рассчитываются и оцениваются с учетом форм федерального государственного статистического наблюдения.

## Приложение № 4

Образец журнала регистрации документов

Регистр ационн ый №	Фамилия, отчество специалиста	имя, имя	Место работы	Дата подачи документов (заявления)	№ и дата протокола заседания Экспертной группы	№ и дата приказа присвоении квалификаци онной категории	Дата выдачи (направления) выписки из приказа	Личная подпись получившего выписку
---------------------------	-------------------------------------	-------------	-----------------	------------------------------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------------------------------

В соответствии с решением отделения Центральной аттестационной комиссии в (название) федеральном округе (протокол от \_\_\_\_ № \_\_\_\_)

п р и к а з ы в а ю:

1. Присвоить высшую квалификационную категорию:

по специальности « \_\_\_\_\_ »

<p>Фамилия имя, отчество в дательном падеже</p>	<p>Название должности в соответствии с Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденных приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1183н, и названия отделения и медицинской организации в дательном падеже</p>
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Присвоить первую квалификационную категорию:

по специальности « \_\_\_\_\_ »

<p>Фамилия имя, отчество в дательном падеже</p>	<p>Название должности в соответствии с Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденных приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1183н, и названия отделения и</p>
---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	медицинской организации в дательном падеже
--	--------------------------------------------

3. Присвоить вторую квалификационную категорию:

по специальности « \_\_\_\_\_ »

Фамилия имя, отчество в дательном падеже	Название должности в соответствии с Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденных приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1183н, и названия отделения и медицинской организации в дательном падеже
------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Подтвердить высшую квалификационную категорию:

по специальности « \_\_\_\_\_ »

Фамилия имя, отчество в дательном падеже	Название должности в соответствии с Номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденных приказом Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1183н, и названия отделения и медицинской организации в дательном падеже
------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

 (дата заседания экспертной группы)

 (номер протокола)
 

---

**ПРОТОКОЛ**  
заседания экспертной группы

 аттестационной комиссии
 

---

 (наименование комиссии)
 

---

 по специальности (по профилю направления)
 

---

 (наименование специальности)
 

---

 Председательствовал
 

---

 Ответственный секретарь
 

---

(Ф.И.О.)

Присутствовали:

 Члены экспертной группы:
 

---

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

Повестка дня:

 Об аттестации
 

---

 (должность, Ф.И.О. специалиста)
 

---

 Заключение экспертной группы по отчету о профессиональной  
 деятельности специалиста
 

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Результат тестирования: \_\_\_\_\_

Результат выполнения тестовых заданий \_\_\_\_\_  
Наименование тестовой программы %

Вопросы к специалисту и оценка ответов:

1. \_\_\_\_\_

(полный, неполный, неверный )

2. \_\_\_\_\_

(полный, неполный, неверный )

3. \_\_\_\_\_

(полный, неполный, неверный )

Результаты собеседования:

\_\_\_\_\_

Решение: Присвоить / Отказать в присвоении \_\_\_\_\_

(высшую, первую, вторую квалификационную категорию

по специальности (должности)

\_\_\_\_\_

(наименование специальности, должности)

Принято открытым голосованием: за \_\_\_\_\_ против \_\_\_\_\_

Наличие особого мнения членов экспертной группы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Замечания, предложения аттестуемого специалиста \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Председатель экспертной группы

\_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О.)

Члены экспертной группы:

\_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О.)

Ответственный

секретарь \_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О.)

Номенклатура дел  
Отделения ЦАК Минздрава России

\_\_\_\_\_ год

Индекс дела*		Срок хранения	№№ статей по перечню	Примечание
	Нормативные правовые акты (приказы Минздрава России и др.) Копии	ДЗН		
	Протоколы заседаний Отделения ЦАК Минздрава России	15 л.	ЭПК ст. 359	
	Документы к протоколам заседания Отделения ЦАК Минздрава России	5л.	ст. 360	
	Итоговые отчеты о работе Отделения ЦАК Минздрава России	5л.	ст. 365	
	Заявления о несогласии с решением Отделения ЦАК Минздрава России	5л.	ст. 361	
	Документы (копии приказов о создании и составе, проекты решений, приглашения, переписка и др.) по организации работы Отделения ЦАК Минздрава России	1 г.	Ст. 7	
	Графики проведения аттестации	1 г.	Ст. 367	

Сокращения:

ДЗН – до замены новыми

ДМН – до минования надобности