

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРАКТИЧЕСКИМ  
ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	<b>Основы медицинских технологий в организации здравоохранения</b>
Специальность	<b>34.03.01 – Сестринское дело</b>
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
<b>ТЕМА 2</b>	<b>Роль государства во внедрении новых медицинских технологий: зарубежный опыт</b>

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Основы медицинских технологий в организации здравоохранения»:

Разработаны:

Доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Смирнова О.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО



Шিশалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

Федько Н.А.

*Методические указания по дисциплине «Основы медицинских технологий в организации здравоохранения» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с ролью государства во внедрении новых медицинских технологий: зарубежный опыт
- 2. Учебные вопросы**
1. Государственное планирование расходов на медицинские нужды.
  2. Стимулирование инновационной деятельности в медицинских организациях.
  3. Развитие государственно-частного партнерства

### **3. Теоретическая часть**

Интересно, что в зависимости от организации системы здравоохранения государственное планирование может включать как государственные, так и частные больницы. Обычно это зависит от того, практикуется ли в стране возмещение расходов за оказанные услуги частными больницами. Например, в Канаде, Франции, Германии, Италии государственное планирование включает и частные медицинские организации. Если в этих странах частные больницы, например, планируют реорганизацию (расширение, перепрофилирование и т. д.), они должны получить разрешение от государства. Напротив, в Дании, Англии, Финляндии и Новой Зеландии планирование касается в основном государственных учреждений здравоохранения.

Планирование работы больниц затрагивает разные направления, в том числе и инвестиции в дорогостоящее оборудование и новые медицинские технологии (такие как оборудование для магнитно-резонансной томографии). Как правило, инвестиции в технологии планируются вне рамок оперативного бюджета стационара. В большинстве стран государство участвует в финансировании больших инвестиционных проектов. Кроме того, источниками финансирования могут выступать и ресурсы частного сектора, благотворительных организаций, а также гранты, предоставляемые Евросоюзом.

Следует отметить, что существуют различные подходы к использованию финансовых излишков, которые могут оставаться у государственных больниц в конце финансового года. Часто государственные больницы обязаны вернуть весь финансовый излишек, и потому не могут его потратить на покупку нового медицинского оборудования. Такая ситуация характерна, например, для государственных больниц Чехии и некоторых больниц Испании. В израильских больницах и в больницах Чехии, созданных в форме акционерных обществ, встречается практика согласования возможностей использования финансового излишка с владельцами больниц, что подразумевает возможность его использования на приобретение нового оборудования. Другой пример – часть больниц Испании имеют возможность самостоятельно распоряжаться фиксированной частью финансового излишка. Напротив, автономные трасты в Великобритании могут использовать излишки по своему усмотрению, но обязаны их потратить в течение трех лет. Частные некоммерческие больницы Дании, Норвегии и полуавтономные больницы Эстонии могут распоряжаться излишками по своему усмотрению.

Среди факторов, определяющих степень участия государства в планировании и финансировании новых технологий в больницах, важную роль играют масштабы инвестиций, сроки инвестиций и даже качество работы больниц. Кроме того, поскольку планирование осуществляется преимущественно на региональном уровне, то даже в рамках одной страны в разных регионах характер, рамки и методы планирования могут значительно различаться.

Во многих странах для долгосрочных и краткосрочных инвестиций применяют различные механизмы. Например, в Финляндии любые долгосрочные инвестиции (в том числе новые технологии) на период до 10 лет планируются и контролируются больничными округами, в то время как краткосрочные (и обычно меньшие по масштабу) инвестиции осуществляются на субрегиональном уровне, и здесь требуется лишь одобрение соответствующего больничного округа.

Если даже государство напрямую не финансирует покупку новых технологий, оно *регулирует условия их внедрения медицинскими организациями*. В отдельных странах требуется получение разрешения от органов управления здравоохранением на закупку оборудова-

ния, которое стоит больше определенной суммы. Например, в США на уровне некоторых штатов была организована Система сертификации дорогостоящего оборудования (*Certificate of Need – CON*). Системы сертификации были организованы с целью избежать избыточных закупок дорогостоящей медицинской техники и сократить расходы на здравоохранение. Если больница хочет получить возмещение по расходам на инвестиции в дорогостоящее оборудование, она должна обратиться в специальное агентство штата, которое занимается планированием расходов, и предоставить доказательства, подтверждающие необходимость покупки нового оборудования. По данным С. Брюса и К. Клайна, система сертификации в Пенсильвании ограничила количество литотриптеров в штате до пяти штук, а когда после 1986 г. ограничение было снято, их число за последующие 6 лет выросло более чем в 2 раза, а количество процедур, проводимых с их применением, увеличилось на 40 %. Аналогичные эффекты наблюдались и в случаях с лабораторией сердечной катетеризации и приобретением магнитно-резонансных томографов.

Способ фиксации порогового значения может быть разным. Например, в Португалии все инвестиции (в том числе предполагающие внедрение новых технологий), превышающие 2 % стоимости уставного капитала больницы, должны быть согласованы на национальном уровне. Но чаще государство просто устанавливает пороговое значение стоимости технологии/оборудования. В Англии небольшие капитальные вложения планируют местные фонды первичной медико-санитарной помощи в рамках, установленных Министерством здравоохранения. Более значительные инвестиции, но не превышающие 25 млн фунтов стерлингов (37 млн евро), требуют одобрения Министерства здравоохранения. Министерство также непосредственно участвует в некоторых контрактах частного сектора. Еще более крупные проекты, инвестиции в которые превышают 100 млн фунтов стерлингов (148 млн евро), требуют одобрения Министерства финансов. Пример Англии интересен и тем, что процедуры планирования капиталовложений различаются не только в зависимости от размера инвестиции, но и от качества работы медицинской организации. В целом медицинские учреждения имеют право инвестировать до 10 млн фунтов стерлингов в строительство, информационные технологии и дорогостоящее оборудование без предварительного одобрения со стороны Стратегического управления здравоохранения или Министерства здравоохранения. Однако сумма, которая может быть израсходована, зависит от того, как работает организация. Например, медицинские учреждения, имеющие «отличные» или «хорошие» рейтинги по ежегодной оценке их деятельности, проводимой Комиссией по охране здоровья, могут расходовать до 10 млн фунтов стерлингов без предварительного утверждения, тогда как организации, деятельность которых оценивается «удовлетворительно» или «слабо», могут потратить лишь 1 млн фунтов стерлингов, не получая на то предварительного одобрения.

В ряде стран, например в Канаде и США, распространена практика групповых закупок, когда несколько медицинских учреждений объединяются в группу при проведении закупок. Такая практика позволяет снизить ценукупаемого оборудования благодаря большему объему закупки. Интересный пример описали С. Хилл и Б. Вольф, они анализировали распространение магнитно-резонансных томографов в штате Висконсин во время действия системы сертификации дорогостоящего оборудования. В результате три госпиталя из одного района решили объединиться и подать коллективную заявку на сертификацию одного томографа для нужд трех больниц. Это позволило снизить издержки и не допустить избыточного приобретения медицинской техники.

Процедуры сертификации, лицензирования определенных видов оборудования, требования проведения процедур технологической экспертизы, аккредитации могут влиять на скорость и масштабы проникновения инноваций. Ограничения на распространение нового оборудования (обязательные или рекомендательные), как правило, имеют цель сдерживать затраты на медицинское обслуживание, не допустить избыточных расходов на приобретение дорогого оборудования и завышения стоимости медицинских процедур, оказываемых на этом оборудовании.

Важную роль в распространении новых медицинских технологий играет *процесс закупок медицинского оборудования и технологий*. Как правило, процесс закупок оборудования для нужд государственных медицинских учреждений регламентируется общим национальным за-

конодательством о закупках для государственных нужд. Обычно нормы данного законодательства предусматривают необходимость организации открытого конкурсного отбора поставщика, если затраты на оборудование превышают определенный лимит (например, в Канаде открытый публичный тендер организуют для оборудования стоимостью свыше 100 тыс. долл.).

Прямое контрактирование возможно лишь в исключительных случаях, например, для обеспечения совместимости с уже имеющимся оборудованием. В то же время практика показывает, что руководство медицинских учреждений в Канаде часто прибегает именно к прямому контрактированию, обосновывая его необходимостью стремлением стандартизировать имеющееся оборудование. Стандартизация имеющегося в лечебном учреждении оборудования действительно может минимизировать случаи ошибок персонала при использовании нового оборудования. Она также необходима, когда приобретаемое оборудование планируется использовать совместно с другими видами оборудования. Однако медицинское учреждение должно иметь четко задокументированные критерии, на основе которых принимается решение в пользу прямых закупок в противовес организации открытого публичного тендера.

Значительный интерес представляет организация закупок в Великобритании. Законодательство Великобритании в отношении порядка осуществления закупок для государственных нужд основывается на соответствующих директивах Европейского союза. Головной государственной организацией, координирующей на национальном уровне действующую систему государственных закупок в Великобритании, является Офис правительственной коммерции (*Office of Government Commerce*).

В соответствии с директивами ЕС по правилам государственных закупок Соединенное Королевство, начиная с 31 января 2006 г., включило в национальное законодательство общеевропейские правила, и вместо ранее действовавших четырех разных документов в настоящее время действуют два положения о правилах закупки товаров и услуг для нужд государственного сектора.

В соответствии с новой директивой ЕС о закупках для госсектора установлены пороговые значения стоимости закупок в национальной валюте: 93,9 тыс. фунтов стерлингов для поставок товаров и определенного вида услуг; 3,6 млн фунтов стерлингов для инженерных и иных видов работ; 136,8 тыс. фунтов стерлингов для научных исследований. Информация о контрактах, стоимость которых превышает установленные пороговые значения, в обязательном порядке публикуется в специальном приложении к Официальному журналу ЕС (*Supplement to the Official Journal of the European Union – OJEU*).

Достаточным числом компаний для обеспечения необходимой конкуренции считается участие в тендере пяти компаний. Процедуры закупок могут быть четырех видов: открытая процедура (*open procedure*), ограниченная процедура (*restricted procedure*), диалоговая процедура (*competitive dialogue procedure*) и переговорная процедура (*negotiated procedure*).

*Открытые процедуры* проводятся в один этап и подразумевают свободное участие всех заинтересованных в тендере, их число никак не ограничивается. Квалификацию участников до проведения тендера не проверяют. Открытые процедуры используются для закупки простых, стандартных благ, которые легко специфицировать и оценить, например газ, электричество и т. д. Также открытые процедуры могут заключаться для оказания консалтинговых и финансовых услуг, небольших ремонтно-строительных работ и т. п.

*Ограниченные процедуры* проводятся в два этапа и подразумевают, что к тендеру допускаются только участники по ряду заранее установленных требований к их уровню квалификации, техническому оснащению, опыту, финансовому состоянию и т. д. Число участников тендера не может быть меньше пяти, и обычно не превышает 20. Ограниченные процедуры рекомендуются использовать для проектов с высоким уровнем риска, и (или) когда необходимо гарантировать определенный уровень соответствия участников критериям проекта, и (или) когда издержки проведения тендера очень высоки, и (или) когда имеется большое число потенциальных участников тендера.

*Диалоговая процедура* была разработана для обеспечения большей гибкости при заключении сложных, комплексных государственных контрактов, таких как государственно-частные

партнерства. Агентства, заинтересованные в контракте, обязаны рекламировать будущий тендер и привлекать к диалогу потенциальных участников (соответствующих определенным квалификационным требованиям, как и в случае ограниченных процедур) с тем, чтобы определить условия контракта и требования к его выполнению. После этого условия контракта специфицируются соответствующим государственным органом таким образом, чтобы не было дискриминации. К участию в тендере приглашается не менее трех кандидатов. Участник, предложивший самые выгодные в экономическом плане условия, выигрывает тендер. Диалоговые процедуры часто используются при аутсорсинге непрофильных для государственных агентств функций, например связанных с управлением финансами государственных агентств и ведомств, или обеспечением каких-либо сопутствующих видов деятельности.

*Переговорные процедуры* бывают двух типов.

1. Рекламирование и обсуждение условий контракта. Агентство, заинтересованное в тендере, обязательно рекламирует будущий контракт. Такая процедура обычно требует отбора не менее трех формальных участников будущего тендера (по аналогии с диалоговой процедурой), с которыми обсуждаются финальные условия контракта. Данная процедура обычно используется, когда:

- особенности контракта не позволяют заранее определить окончательную цену его выполнения;
- невозможно специфицировать требования к товарам или услугам с такой точностью, которая бы позволила заявителям соотнести их с ценой контракта;
- когда открытые, ограниченные и диалоговые процедуры не были успешными.

Переговорные процедуры первого типа применяются для комплексных контрактов. Например, контракт для обеспечения новой цифровой навигационной системы. Если проанализировать рынок, окажется, что существует множество инновационных технологий и продуктов, позволяющих различными способами реализовать данный контракт. В этом случае требуется разработка таких требований к контракту и условиям его выполнения, которые бы позволили участвовать разным технологиям, но одновременно гарантировали бы возможность выбора более эффективного решения.

2. Обсуждение условий контракта с одним или несколькими участниками без предварительной рекламы. Эта процедура в корне отличается от всех других, поскольку нарушает принципы открытости, прозрачности и конкуренции. Она может быть использована в следующих случаях:

- экстренная необходимость;
- техническая, художественная эксклюзивность или наличие прав собственности у одного поставщика (провайдера);
- если открытые или ограниченные процедуры не привлекли ни одного заявителя к участию в тендере;
- заканчиваются текущие контракты, требующие продолжения на определенных условиях;
- для покупки активов поставщиков на крайне выгодных условиях, например, когда поставщик/получатель/ликвидатор банкротства закрывают бизнес.

Для покупки медицинских технологий могут применяться все перечисленные процедуры, в зависимости от особенностей контракта.

Какие-либо особые налоговые режимы для коммерческих операций по реализации товаров и услуг в рамках государственных закупок в Великобритании не применяются.

Основные критерии, установленные в законодательстве ЕС, которые применяются при определении наиболее приемлемого поставщика товаров, работ или услуг, следующие:

- более низкая цена;
- в случае, когда контракт подлежит заключению наиболее экономически подходящим участником конкурса, применяют критерии, связанные с предметом контракта, такие как: качество, цена, технические показатели, эстетические и функциональные характеристики, экологические характеристики, показатели эксплуатационных издержек, технико-экономическое обоснование, послепродажное и техническое обслуживание, сроки поставки товаров, сроки выпол-

нения заказа. Участники конкурса должны предоставить информацию по всем критериям, предусмотренным в условиях контракта.

Другим механизмом, влияющим на распространение новых технологий в медицинских учреждениях, является *система возмещения (компенсации затрат) поставщикам услуг и пациентам*.

Порядок компенсаций определяет экономическую заинтересованность медицинских организаций в приобретении новых технологий. Косвенно эти механизмы влияют и на решения пациентов использовать новые медицинские технологии.

Считается, что компенсационные схемы меняют параметры рыночного равновесия, искажая не только поведение потребителей (поскольку стимулируют их отдавать предпочтение тем медицинским услугам, стоимость которых компенсируется государством), но и медицинских организаций. Имеется множество примеров, свидетельствующих, что механизмы возмещения затрат на медицинскую помощь могут значимо влиять на параметры распространения инноваций.

Одна из ранних работ на эту тему – исследование А. Ромео и соавторов, посвященное анализу так называемой системы предварительной оплаты в США и ее влиянию на решение больниц относительно внедрения новых технологий. Ее суть состояла в нормировании затрат по каждому заболеванию или группе заболеваний и использовании фиксированных тарифов. Цель введения данной системы – изменение стимулов больниц в пользу выбора экономически оправданных методов лечения.

Авторы анализировали распространение пяти новых технологий в шести штатах, три из которых использовали систему предварительной оплаты, а три – систему ретроспективной оплаты (по тарифам, назначаемым самими больницами). В результате были получены следующие выводы: система предварительной оплаты стимулировала внедрение технологий, позволяющих экономить на издержках, и, напротив, замедляла распространение высокочрезвычайно затратных технологий. Позднее Е. Хальм и А. Джелинс обнаружили, что существенное влияние на внедрение новых технологий в рамках системы предварительной оплаты имели различия в реальной стоимости новой медицинской технологии/процедуры и ставки, по которой она могла возмещаться при отнесении к той или иной диагностической группе. Например, коронарная ангиопластика изначально была отнесена к хирургической диагностической группе, которая обеспечивала более высокий уровень оплаты, чем реальная стоимость процедуры. Это привело к ее быстрому распространению, тогда как кохлеарная имплантация, по мнению авторов, была недооценена, что затормозило ее распространение. Таким образом, не столько сама система оплаты, сколько ее «настройка» оказывает влияние на распространение инноваций. Похожий эффект описывает и Н. Икегами: быстрое распространение в Японии почечного диализа было связано с относительно щедрым возмещением расходов на эту услугу.

В 2000 г. появилось еще одно исследование, в котором анализировались влияние системы предварительной оплаты в США на внедрение новых затратных технологий лечения почечных заболеваний и стратегии адаптации больниц к росту затрат. В частности, рассматривалось, переориентируются ли больницы на привлечение медицинского персонала более низкой квалификации (стратегия снижения качества обслуживания), или придерживаются стратегии ухудшения качества лечения за счет сокращения количества медицинского персонала на одного пациента и (или) перехода на применение многоразовых мембран взамен одноразовых. Основным выводом исследования: система предварительной оплаты не препятствует внедрению новых технологий лечения почечных заболеваний. Однако система по-разному мотивирует коммерческие и некоммерческие больницы: в долгосрочном периоде коммерческие больницы были склонны экономить на качестве лечения, чтобы компенсировать рост расходов из-за внедрения новой технологии, тогда как некоммерческие больницы предпочитали экономить на обслуживании.

В уже упоминавшемся межстрановом исследовании Е. Слейда и Дж. Андерсона также было выявлено влияние механизмов компенсации на распространение инноваций: в странах, практикующих возмещение затрат на основе целевых грантов, анализируемые новые техноло-

гии получили более широкое распространение, чем в странах, применяющих оплату за конкретные услуги.

Как видно из опыта разных стран, при всем многообразии способов организации планирования медицинской помощи просматриваются некоторые общие черты. В частности, даже в относительно небольших странах имеет место тенденция к децентрализации при планировании и финансировании расходов на медицинские технологии. Участие федеральных органов власти даже в странах с сильным федеральным центром ограничено либо спецификой отдельных проектов, имеющих особую значимость, либо масштабом финансирования. Национальные органы власти между тем сохраняют за собой право устанавливать ограничения для особо значимых или крупных проектов. Во многих странах планирование затрагивает не только государственные больницы, но и частные. Очевидно также, что роль частного сектора, общественных организаций, ассоциаций и прочих заинтересованных сторон активно учитывается в процессе планирования и финансирования новых технологий в медицинских учреждениях.

#### **4. Практическая часть - нет.**

#### **5. Вопросы для собеседования**

1. Объекты планирования медицинской помощи
2. Процесс закупок медицинского оборудования и технологий .
3. Открытые процедуры
4. Ограниченные процедуры
5. Диалоговая процедура
6. Переговорные процедуры
7. Рекламирование и обсуждение условий контракта
8. Обсуждение условий контракта с одним или несколькими участниками без предварительной рекламы.

#### **6. Тестовые задания**

##### **1. Какие из указанных способов определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей) не предусмотрены Законом о контрактной системе?**

- а) аукцион;
- б) тендер;
- в) конкурентные переговоры;
- г) запрос котировок.

Ст. 24 ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», конкурентными способами определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей) являются конкурсы, аукционы, запрос котировок, запрос предложений.

##### **2. Планирование государственных и муниципальных закупок осуществляется посредством формирования, утверждения и ведения:**

- а) сметы расходов;
- б) планов закупок;
- в) лимитов бюджетных обязательств;
- г) планов-графиков.

Ст. 16 ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», планирование закупок осуществляется посредством формирования, утверждения и ведения: **1) планов закупок; 2) планов-графиков.**

##### **3. Заказчик устанавливает следующие единые требования к участникам закупки:**

- а) отсутствие в реестре недобросовестных поставщиков;
- б) неприостановление деятельности участника закупки в порядке, установленном КоАП РФ, на дату подачи заявки на участие в закупке;
- в) соответствие требованиям, установленным в соответствии с законодательством РФ к лицам, осуществляющим поставку товара, выполнение работы, оказание услуги, являющихся объектом закупки;

г) наличие опыта работы, связанного с предметом контракта, и деловой репутации.

Ст. 31 ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», при осуществлении закупки заказчик устанавливает следующие единые требования к участникам закупки:

- соответствие требованиям, установленным в соответствии с законодательством Российской Федерации к лицам, осуществляющим поставку товара, выполнение работы, оказание услуги, являющихся объектом закупки;
- неприостановление деятельности участника закупки в порядке, установленном Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях, на дату подачи заявки на участие в закупке. Согласно той же статье, заказчик вправе установить требование об отсутствии в предусмотренном настоящим Федеральным законом реестре недобросовестных поставщиков (подрядчиков, исполнителей) информации об участнике закупки, в том числе информации об учредителях, о членах коллегиального исполнительного органа, лице, исполняющем функции единоличного исполнительного органа участника закупки - юридического лица.

#### **4. Что не может выступать критерием оценки заявок?**

- а) цена контракта;
- б) объем финансового обеспечения исполнения контракта;
- в) расходы на эксплуатацию и ремонт товаров, использование результатов работ;
- г) качественные, функциональные и экологические характеристики объекта закупки.

Ст. 32 ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», для оценки заявок, окончательных предложений участников закупки заказчик в документации о закупке устанавливает следующие критерии:

- 1) цена контракта;
- 2) расходы на эксплуатацию и ремонт товаров, использование результатов работ;
- 3) качественные, функциональные и экологические характеристики объекта закупки;
- 4) квалификация участников закупки, в том числе наличие у них финансовых ресурсов, на праве собственности или ином законном основании оборудования и других материальных ресурсов, опыта работы, связанного с предметом контракта, и деловой репутации, специалистов и иных работников определенного уровня квалификации.

#### **5. Начальная (максимальная) цена контракта не может определяться и обосновываться заказчиком посредством применения следующего метода (методов):**

- а) метод сопоставимых рыночных цен (анализа рынка);
- б) нормативный метод;
- в) тарифный метод;
- г) доходный метод.

Ст. 22 ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», начальная (максимальная) цена контракта и в предусмотренных настоящим Федеральным законом случаях цена контракта, заключаемого с единственным поставщиком (подрядчиком, исполнителем), определяются и обосновываются заказчиком посредством применения следующего метода или нескольких следующих методов: 1) метод сопоставимых рыночных цен (анализа рынка); 2) нормативный метод; 3) тарифный метод; 4) проектно-сметный метод; 5) затратный метод.

#### **6. Если при проведении конкурса или аукциона начальная (максимальная) цена контракта составляет более чем 15 млн. рублей, и участником закупки, с которым заключается контракт, предложена цена контракта, которая на 25 % и более ниже начальной (максимальной) цены контракта, контракт заключается только после предоставления таким участником обеспечения исполнения контракта в размере, превышающем:**

- а) в 1,5 раза размер обеспечения исполнения контракта;
- б) в 2 раза;
- в) в 2,5 раза;
- г) в 3 раза.

Ст. 36 ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», если при проведении конкурса или аукциона начальная (максимальная) цена контракта составляет более чем пятнадцать миллионов рублей и участником закупки, с которым заключается контракт, предложена цена контракта, которая на двадцать пять и более процентов ниже начальной (максимальной) цены контракта, контракт заключается только после предоставления таким участником обеспечения исполнения контракта в размере, превышающем в полтора раза размер обеспечения исполнения контракта, указанный в документации о проведении конкурса или аукциона, но не менее чем в размере аванса (если контрактом предусмотрена выплата аванса).

**7. Если возможность изменения условий контракта была предусмотрена документацией о закупке и контрактом, изменение цены контракта возможно, если увеличиваются или уменьшаются предусмотренные контрактом количество товара, объем работы или услуги не более чем на:**

- а) 5%;
- б) 10%;
- в) 20%;
- г) 30%.

пп. «б» п. 1 ст. 95 ФЗ о контрактной системе изменение существенных условий контракта при его исполнении не допускается, за исключением их изменения по соглашению сторон в следующих случаях:

б) если по предложению заказчика увеличиваются предусмотренные контрактом количество товара, объем работы или услуги не более чем на десять процентов или уменьшаются предусмотренные контрактом количество поставляемого товара, объем выполняемой работы или оказываемой услуги не более чем на десять процентов.

**8. Заказчик вправе осуществлять закупки путем проведения запроса котировок при условии, что начальная (максимальная) цена контракта не превышает:**

- а) 60 тыс. руб.;
- б) 100 тыс. руб.;
- в) 250 тыс. руб.;
- г) 500 тыс. руб.

п. 2 ст. 72 ФЗ о контрактной системе Заказчик вправе осуществлять закупки путем проведения запроса котировок в соответствии с положениями настоящего параграфа при условии, что начальная (максимальная) цена контракта не превышает пятьсот тысяч рублей.

**9. Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим ведение реестра государственных контрактов, заключенных от имени Российской Федерации по итогам размещения заказов, является:**

- а) Федеральная антимонопольная служба;
- б) Федеральная служба государственной регистрации, кадастра и картографии (Росреестр);
- в) Федеральное казначейство;
- г) Министерство экономического развития РФ.

п. 5.24.1 Постановления Правительства РФ от 01.12.2004 N 703 (ред. от 29.12.2017) "О Федеральном казначействе" Федеральное казначейство ведет реестр государственных контрактов, заключенных от имени Российской Федерации по итогам размещения заказов.

**10. Федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным на ведение реестра недобросовестных поставщиков, является:**

- а) Федеральная антимонопольная служба;
- б) Федеральная служба государственной регистрации, кадастра и картографии (Росреестр);
- в) Федеральное казначейство;
- г) Министерство экономического развития РФ.

п. 5.3.4 Постановления Правительства РФ от 30.06.2004 N 331 (ред. от 17.02.2018) "Об утверждении Положения о Федеральной антимонопольной службе" ФАС ведет в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, реестры недобросовестных поставщиков и

единственных поставщиков российских вооружения и военной техники, предусмотренные Федеральным законом "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд", реестр недобросовестных поставщиков, предусмотренный Федеральным законом "О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц", в пределах своей компетенции.