



Министерство здравоохранения
Республики Карелия

ПРИКАЗ

г. Петрозаводск

от «15» апреля 2019 года

№ 463

**Об утверждении форм документов, используемых Министерством
здравоохранения Республики Карелия при проведении проверок в рамках
ведомственного контроля качества и безопасности медицинской
деятельности**

В целях реализации законодательства, регулирующего организацию и проведение ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

типовую форму приказа Министерства здравоохранения Республики Карелия о проведении проверки в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности подведомственной медицинской организации согласно приложению 1 к настоящему приказу;

типовую форму акта проверки Министерством здравоохранения Республики Карелия подведомственной медицинской организации согласно приложению 2 к настоящему приказу;

типовую форму предписания об устранении выявленных нарушений согласно приложению 3 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Карелия от 9 января 2017 года № 1 «Об утверждении форм документов, используемых Министерством здравоохранения Республики

Карелия при проведении проверок в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. Министра

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'E' followed by a horizontal stroke.

Е.Т. Кузьмичева

Министерство здравоохранения
Республики Карелия

ТИПОВАЯ ФОРМА ПРИКАЗА

от " _ " _____ года

N _____

о проведении

_____ проверки в рамках
(плановой/внеплановой, документарной/выездной, целевой/комплексной)
ведомственного контроля качества и безопасности медицинской
деятельности
подведомственной организации

1. Провести проверку в отношении _____

_____ (наименование юридического лица)

2. Место нахождения: _____

_____ (юридического лица (их филиалов, представительств, обособленных
структурных подразделений)

3. Назначить лицом(ми), уполномоченным(ми) на проведение проверки: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного
лица (должностных лиц), уполномоченного(ых) на проведение проверки)

4. Привлечь к проведению проверки в качестве экспертов следующих
лиц: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должности эксперта (ов),
привлеченного (ых) к проведению проверки)

5. Установить, что:
настоящая проверка проводится с целью: _____

При установлении целей проводимой проверки указывается
следующая информация:

1) в случае проведения плановой проверки:

- ссылка на утвержденный ежегодный план проведения плановых
проверок;

2) в случае проведения внеплановой проверки:

- реквизиты ранее выданного проверяемому лицу предписания об
устранении выявленного нарушения, срок, для исполнения которого истек;
- проверка обращений граждан, юридических лиц и индивидуальных
предпринимателей с жалобами на нарушение прав и законных интересов
указываются реквизиты поступивших обращений и заявлений граждан,
юридических лиц, индивидуальных предпринимателей;
- реквизиты приказа (распоряжения), изданного в соответствии с
поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской

Федерации;

- реквизиты требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов и реквизиты прилагаемых к требованию материалов и обращений.
- представленные подведомственными органами и организациями данные статистической отчетности или мониторинга.
- показатели деятельности подведомственной организации, установленные целевые показатели деятельности.
- невыполнение установленных объемов государственного задания по оказанию медицинской помощи

Задачами настоящей проверки являются (нужное подчеркнуть): _____

- предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти;
- определение показателей качества деятельности подведомственных органов и организаций;
- соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти;
- создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

6. Предметом настоящей проверки является (нужное подчеркнуть): _____

- соблюдение медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- соблюдение медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;
- контроль и исполнение ранее выданных предписаний;
- проверка представленной статистической отчетности или данных мониторинга;
- проверка несоответствия показателей деятельности установленным целевым показателям деятельности;
- проверка невыполнения установленных объемов государственного задания по оказанию медицинской помощи.

7. Срок проведения проверки: _____

К проведению проверки приступить

с "___" _____ 20__ г.

Проверку окончить не позднее

"___" _____ 20__ г.

8. Правовые основания проведения проверки: _____

(ссылка на положение нормативного правового акта, в соответствии с которым осуществляется проверка)

9. Перечень нормативных актов, регулирующих проведение мероприятий по контролю: _____

(ссылка на положения (нормативных)
правовых актов, устанавливающих требования, которые являются
предметом проверки)

10. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

11. Перечень документов, представление которых юридическим
лицом необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

(должность, фамилия, инициалы руководителя,
заместителя руководителя органа ведомственного
контроля (надзора), издавшего приказ
о проведении проверки)

(подпись)

На бланке

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Карелия
от «15» апреля 2019 г. №463

Министерство здравоохранения
Республики Карелия

(место составления акта)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата составления акта)

(время составления акта)

ТИПОВАЯ ФОРМА АКТА ПРОВЕРКИ
Министерством здравоохранения Республики Карелия
подведомственной организации
№ _____

По адресу/адресам:

(место проведения проверки)

На основании: приказа Министерства здравоохранения Республики
Карелия от « ____ » _____ 20 ____ г. № _____

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена _____ проверка
(плановая/внеплановая, документарная/выездная, целевая/комплексная)
в отношении: _____

(наименование юридического лица)

Дата проведения проверки:

с " ____ " ____ 20 ____ г. по " ____ " ____ 20 ____ г. Продолжительность ____ дней.

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств,
обособленных структурных подразделений юридического лица)

Общая продолжительность проверки: _____

(рабочих дней)

Акт составлен: _____

(наименование органа ведомственного контроля (надзора))

С копией приказа о проведении проверки ознакомлен (ы):
(заполняется при проведении выездной проверки)

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Должностное (ые) лицо (а), проводившее проверку:

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица
(должностных лиц), проводившего (их) проверку)

Эксперт (ы), привлеченный (ые) к проверке:

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должности эксперта (ов),

привлеченного (ых) к проведению проверки)

При проведении проверки присутствовали: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность
руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или
уполномоченного представителя юридического лица, присутствовавших
при проведении мероприятий по проверке)

Рассмотрены затребованные и представленные в ходе проверки
документы: _____

В ходе проведения проверки:
выявлены нарушения обязательных требований (с указанием
положений (нормативных) правовых актов): _____

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи должностных лиц, проводивших проверку: _____

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми
приложениями получил(а): _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя,
иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица)

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____
(подпись уполномоченного
должностного лица (лиц),
проводившего проверку)

ТИПОВАЯ ФОРМА ПРЕДПИСАНИЯ ОБ УСТРАНЕНИИ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ

от "___" _____ 20__ г. N ____

Министерство здравоохранения Республики Карелия провело на основании приказа руководителя (заместителя руководителя) от "___" _____ 20__ г. проверку соблюдения

(для юридических лиц - наименование, организационно-правовая форма,

место нахождения, включая места нахождения

территориально обособленных подразделений и объектов,

используемых для осуществления деятельности:

места нахождения территориально обособленных подразделений и объектов,

используемых для осуществления деятельности)

требований, в ходе которой были выявлены следующие нарушения:

N п/п	Требования, предписываемые к выполнению в целях устранения нарушения обязательных требований	Нормы законодательства, предусматривающие обязательные требования, нарушение которых было выявлено при проверке	Срок исполнения предписываемых требований

Об устранении выявленных нарушений в срок до _____ направить уведомление в Министерство здравоохранения Республики Карелия по адресу: _____

Ответственность за выполнение предписания возлагается на _____

(наименование юридического лица, должность, фамилия, имя, отчество лица,

на которое возлагается ответственность)

Предписание выдал

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Предписание получил

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)