



# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПРИКАЗ

05.10.2021

№ 2555

г. Новосибирск

### **Об организации и проведении ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в министерстве здравоохранения Новосибирской области**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 787н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области», в целях организации проведения министерством здравоохранения Новосибирской области ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, **п р и к а з ы в а ю:**

#### 1. Определить:

1) ответственным за организацию и проведение ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – ведомственный контроль) заместителя министра здравоохранения Новосибирской области Лиханова А.В.;

2) уполномоченным на осуществление ведомственного контроля в государственных учреждениях Новосибирской области, подведомственных министерству здравоохранения Новосибирской области (далее – медицинские организации), отдел лицензирования и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности министерства здравоохранения Новосибирской области (далее – уполномоченное подразделение).

#### 2. Утвердить:

1) форму приказа о проведении ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственной организации Новосибирской области, подведомственной министерству здравоохранения Новосибирской области;

2) форму акта проверки в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственной организации Новосибирской области, подведомственной министерству здравоохранения Новосибирской области;

3) форму предписания об устранении нарушений, выявленных при осуществлении ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственной организации Новосибирской области, подведомственной министерству здравоохранения Новосибирской области;

4) форму ежегодного плана проведения плановых проверок в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности государственных учреждений Новосибирской области, подведомственных министерству здравоохранения Новосибирской области.

3. Осуществлять ведомственный контроль в соответствии с Порядком организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 787н.

4. Руководителю уполномоченного подразделения - начальнику отдела лицензирования и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности министерства здравоохранения Новосибирской области (Пучкова В.В.):

1) обеспечить, в случае необходимости, привлечение к участию в проведении ведомственного контроля представителей структурных подразделений министерства здравоохранения Новосибирской области; в качестве специалистов - главных внештатных специалистов министерства здравоохранения Новосибирской области, научных и иных организаций, ученых и специалистов (экспертных организаций и экспертов);

2) представлять в срок до 1 декабря года, предшествующего году проведения плановых проверок в рамках ведомственного контроля (далее – плановые проверки) на утверждение министру здравоохранения Новосибирской области проект ежегодного плана проведения плановых проверок медицинских организаций;

3) осуществлять комплектование, передачу и учет материалов проверок в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности медицинских организаций (далее – проверки) в соответствии с правилами делопроизводства, установленными законодательством Российской Федерации и Новосибирской области;

4) соблюдать сроки хранения материалов проверок, установленные приказом Федерального архивного агентства от 20.12.2019 № 236 «Об утверждении Перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков их хранения.

5. Руководителям структурных подразделений министерства здравоохранения Новосибирской области в соответствии с компетенциями информировать в письменном виде уполномоченное подразделение о возникновении оснований для проведения ведомственного контроля в целях формирования плана проведения плановых проверок на следующий год – в срок до 1 ноября года, предшествующего году проведения плановых проверок, в целях согласования вопроса о проведении внеплановых проверок – непосредственно по мере выявления оснований, в том числе в ходе рассмотрения обращений граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

6. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 28.07.2021 № 1896 «О некоторых вопросах организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в министерстве здравоохранения Новосибирской области».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

К.В. Хальзов

УТВЕРЖДЕНА  
приказом  
министерства здравоохранения  
Новосибирской области  
от 05.10.2021 № 2555

Форма

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПРИКАЗ

№ \_\_\_\_\_

г. Новосибирск

**О проведении ведомственного контроля качества и безопасности  
медицинской деятельности в государственной организации Новосибирской  
области, подведомственной министерству здравоохранения Новосибирской  
области \_\_\_\_\_**

(указать наименование учреждения)

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 787н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», постановлением Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области» приказываю:

1. Провести \_\_\_\_\_ проверку в отношении  
(вид проверки (плановая/внеплановая, документарная/выездная)

\_\_\_\_\_ (наименование подведомственной организации, в отношении которой проводится проверка)

2. Место нахождения и адрес фактического осуществления медицинской деятельности:

\_\_\_\_\_ (подведомственной организации, в отношении которой проводится проверка)

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 случае необходимости, специалистов, представителей экспертных организаций и экспертов:

5. Установить, что:

настоящая проверка проводится с целью:

---

задачами настоящей проверки являются:

---

предметом настоящей проверки является:

---

6. Срок проведения проверки: \_\_\_\_\_  
К проведению проверки приступить с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  
Проверку окончить не позднее \_\_\_\_\_

7. В процессе проверки провести следующие мероприятия ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (с указанием наименования мероприятия по контролю и сроков его проведения):

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_

8. Перечень нормативных актов, регулирующих проведение мероприятий по контролю:

---

9. Руководителю \_\_\_\_\_

(указывается наименование подведомственной организации,  
в отношении которой проводится проверка)

для достижения целей и задач проведения проверки необходимо обеспечить в срок до «\_\_\_» часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. предоставление электронных копий документов по защищенному каналу связи VipNet абоненту: Номер сети VipNet: 3907; Сетевой узел VipNet: \_\_\_\_\_:

(указывается наименование узла)

---

(перечень документов)

10. Представителям(лю) экспертных организаций и экспертам(ту), указанным(ному) в пункте 4 настоящего приказа предоставить заключения(е) в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

11 Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на:

---

(указывается должностное лицо)

Министр

И.О. Фамилия  
М.п.

Исп. Фамилия И.О.  
телефон

УТВЕРЖДЕНА  
приказом  
министерства здравоохранения  
Новосибирской области  
от 05.10.2021 № 2555

Форма

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

### Акт

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (время)

г. Новосибирск

**проверки в рамках ведомственного контроля качества и безопасности  
медицинской деятельности в государственной организации Новосибирской  
области, подведомственной министерству здравоохранения Новосибирской  
области,**

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

№ \_\_\_\_\_

На основании приказа министерства здравоохранения Новосибирской области  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ была проведена \_\_\_\_\_

(плановая/внеплановая, выездная/документарная)

проверка по вопросам ведомственного контроля качества и безопасности  
медицинской деятельности в отношении

\_\_\_\_\_ (указать наименование учреждения)

Место нахождения: \_\_\_\_\_

Адрес (а) фактического осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность)

Дата и время проведения проверки: с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин по  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин, продолжительность: \_\_\_\_\_

(в рабочих днях)

Акт составлен министерством здравоохранения Новосибирской области

С копией приказа о проведении проверки ознакомлен (заполняется при проведении  
выездной проверки) \_\_\_\_\_

(Фамилия, инициалы, дата, подпись)

Лицо (а) проводившее (ие) проверку \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность лиц (а))

Привлеченный (ые) к участию в проведении проверки в качестве специалистов/  
представителей экспертных организаций и экспертов

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность специалистов (а))

При проведении проверки присутствовали: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, присутствовавших при проведении мероприятий по проверке – заполняется при выездной проверке)

1. Сведения о результатах проверки, в том числе выявленных нарушениях, об их характере в части:

1) соблюдения положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи либо правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, стандартов медицинской помощи \_\_\_\_\_

2) соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) \_\_\_\_\_

3) соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности \_\_\_\_\_;

4) соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, в том числе доступности для инвалидов объектов инфраструктуры и предоставляемых услуг в указанной сфере \_\_\_\_\_;

5) соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований \_\_\_\_\_;

6) соблюдения требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности \_\_\_\_\_.

2. Выявлены факты неисполнения предписаний об устранении выявленных нарушений (указать реквизиты выданных ранее предписаний, лицо, ответственное за неисполнение предписания) \_\_\_\_\_.

Прилагаемые к акту документы: \_\_\_\_\_.

Подписи лиц, проводивших проверку: \_\_\_\_\_.

С актом ознакомлен/отказался от ознакомления с актом проверки, копию акта со всеми приложениями получил

---

(указать фамилию, инициалы руководителя или иного должностного лица или уполномоченного организации)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

подпись



УТВЕРЖДЕНА  
приказом  
министерства здравоохранения  
Новосибирской области  
от 05.10.2021 № 2555

Форма

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПРЕДПИСАНИЕ

**Об устранении нарушений, выявленных при осуществлении ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственной организации Новосибирской области, подведомственной министерству здравоохранения Новосибирской области**

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Министерством здравоохранения Новосибирской области на основании приказа от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ проведена \_\_\_\_\_

(плановая/внеплановая, выездная/документарная)

проверка по осуществлению ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в отношении \_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

Место нахождения медицинской организации \_\_\_\_\_

В ходе проверки выявлены следующие нарушения: \_\_\_\_\_

(перечень нарушений, выявленных в ходе проверки)

С целью устранения выявленных нарушений министерство здравоохранения Новосибирской области предписывает:

1. Принять меры к устранению выявленных нарушений, причин, способствующих их совершению.
2. При необходимости рассмотреть вопрос о привлечении к дисциплинарной ответственности должностных лиц, допустивших ненадлежащее исполнение должностных обязанностей.

Информацию об исполнении настоящего предписания направить в письменной форме в министерство здравоохранения Новосибирской области с приложением заверенных должным образом копий документов, подтверждающих исполнение настоящего предписания, в срок до «\_\_» \_\_\_\_\_ «\_\_» г.

Ответственность за выполнение мероприятий возлагается на \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, инициалы)

Неисполнение настоящего предписания в установленный срок влечет дисциплинарную ответственность, установленную действующим трудовым договором, заключенным между министерством здравоохранения Новосибирской области и руководителем медицинской организации.

Предписание выдал \_\_\_\_\_  
(Должность лица, выдавшего предписание, фамилия, инициалы, подпись)

Предписание получено \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы руководителя или иного уполномоченного должностного лица, подпись)

Предписание может быть обжаловано в суд, вышестоящему органу, вышестоящему должностному лицу в установленном законодательством порядке

УТВЕРЖДЕНА  
приказом  
министерства здравоохранения  
Новосибирской области  
от 05.10.2021 № 2555

Форма

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

### ЕЖЕГОДНЫЙ ПЛАН

проведения плановых проверок в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности государственных учреждений Новосибирской области, подведомственных министерству здравоохранения Новосибирской области

№ п/п	Наименование юридического лица	Адрес	Цель проведения проверки	Сроки начала проведения проверки (календарный месяц)	Срок проведения проверки (количество рабочих дней)	Вид проверки
_____						