



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 30 декабря 2020 г. № 88-ро

г. Архангельск

Об утверждении форм документов, используемых для осуществления ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности

В соответствии с частью 2 статьи 89 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», порядком организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 787н, Положением о министерстве здравоохранения Архангельской области, утверждённым постановлением Правительства Архангельской области от 27 марта 2012 года № 119-пп:

1. Утвердить следующий порядок формирования номера акта проверки ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Номер акта должен содержать буквенные и цифровые знаки, следующие в определенном порядке через дефис, где:

ВККБМД – ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

П – плановая проверка;

Вн – внеплановая проверка;

В – выездная проверка;

Д – документарная проверка;

000 – порядковый номер акта в пределах текущего года.

2. Утвердить прилагаемые:

форму журнала учета проверок ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

форму распоряжения о проведении проверки ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

форму акта проверки ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

форму экспертного протокола проверки соответствия медицинской помощи установленным федеральным стандартам медицинской помощи.

3. Признать утратившим силу распоряжение министерства здравоохранения Архангельской области от 13 ноября 2013 года № 170-ро.

4. Настоящее распоряжение вступает в силу с 1 января 2021 года.

**Исполняющий обязанности
министра**

А.С. Герштанский

Соловьева Ольга Валентиновна
+7 (8182) 45-45-07

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением министерства
здравоохранения Архангельской области
от 30 декабря 2020 года № 88-ро

**Форма журнала учета проверок контроля за порядком
организации и проведения ведомственного контроля качества и
безопасности медицинской деятельности**

№ п/п	№ акта проверки	№, дата распоряжения о проверке	Сроки проверки	Вид проверки	Субъект контроля	Юр. адрес	Адрес места провер ки	При меча ние

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением министерства
здравоохранения Архангельской области
от 30 декабря 2020 года № 88-ро

**Форма распоряжения о проведении проверки ведомственного контроля
качества и безопасности медицинской деятельности**



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

Архангельск

**О проведении _____ проверки
(плановой/внеплановой/выездной/документарной)
ведомственного контроля качества и безопасности медицинской
деятельности**

1. Провести проверку в отношении:
(полное и сокращенное наименование юридического лица. ОГРН, ИНН)
2. Вид проверки:
(плановая/внеплановая/выездная/документарная)
3. Место нахождения (юридический адрес):
4. Адрес места проведения проверки:
(юридического лица (их филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений), места фактического осуществления деятельности)
5. Назначить лицом(ами), уполномоченными на проведение проверки:
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц, уполномоченных на проведение проверки)
6. Привлечь к проведению проверки в качестве экспертов следующих лиц:
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) должности лиц, привлеченных в качестве экспертов и представителей, наименование экспертных организаций)
7. Целями настоящей проверки являются (отметить нужное):
применение подведомственными медицинскими организациями 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;

соблюдение подведомственными медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

соблюдение медицинскими работниками, руководителями подведомственными медицинскими организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, в том числе доступности для инвалидов объектов инфраструктуры и предоставляемых услуг в указанной сфере;

иные положения исходя из особенностей случая назначения проверки.

8. Задачами настоящей проверки являются (отметить нужное):

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 министерству здравоохранения Архангельской области;

контроль достижения показателей качества деятельности подведомственных организаций и оценка эффективности деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг в соответствии с показателями, утверждаемыми Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области и распоряжениями министерства здравоохранения Архангельской области.

9. Предметом настоящей проверки является (отметить нужное):

соблюдение обязательных требований законодательства Российской Федерации, обеспечивающих качество и безопасность медицинской деятельности;

выполнение предписаний министерства здравоохранения Архангельской области;

проведение мероприятий по предотвращению причинения вреда жизни, здоровью граждан.

10. Срок проведения проверки: не более 20 рабочих дней

К проведению проверки приступить:

с « _____ » _____ 20 ____ г.

Проверку окончить не позднее:

« _____ » _____ 20 ____ г.

11. Правовые основания проведения проверки:

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

ссылка на положения нормативных правовых актов, устанавливающих требования, которые являются предметом проверки, ссылка на положения нормативных правовых актов регулирующих проведение мероприятий по контролю)

12. Провести в процессе проверки следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

(определяются в зависимости от целей и задач проверки)

13. Для проведения мероприятий по контролю запросить у

(наименование подведомственной медицинской организации)

следующие документы:

(определяются в зависимости от вида, целей и задач проверки)

14. Оформить проверку актом установленного образца.

15. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

Министр

ФИО, телефон исполнителя

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением министерства
здравоохранения Архангельской области
от 30 декабря 2020 года № 88-ро

**Форма акта проверки ведомственного контроля качества и
безопасности медицинской деятельности**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

163004, Архангельская область, г. Архангельск, пр. Троицкий, 49

(место составления акта)

(дата, время)

**АКТ ПРОВЕРКИ
ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности**

№ _____

Проверка проведена:

(адрес места проведения проверки)

Вид проверки: плановая/внеплановая/выездная/документарная
(отметить нужное)

На основании:

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата), фамилии, имени, отчества (в случае, если имеется),
должность руководителя, заместителя руководителя органа исполнительной власти, издавшего
распоряжение или приказ о проведении проверки)

Проведена в отношении:

(полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование
юридического лица)

Местонахождение (юридический адрес):

Руководитель:

Контактный телефон:

Продолжительность проверки:

Акт составлен:

(наименование органа исполнительной власти)

С копией распоряжения ознакомлен:

(заполняется при проведении выездной проверки)
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), подпись, дата, время)

Лицо(а), проводившее проверку:

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность должностного лица (должностных лиц),
проводившего (их) проверку; в случае привлечения к участию к проверке экспертов, экспертных
организаций указываются фамилии, имена, отчества (в случае, если имеются), должности экспертов и/или
наименование экспертных организаций)

При проведении проверки присутствовали:

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки выявлено (установлено):

(оформляется в зависимости от целей и задач проверки)

1. Наличие лицензии на проверяемый вид деятельности:
2. Полномочия руководителя:
3. Документы ответственного за медицинскую деятельность:
- 4.

9. Выводы:

1.

10. Предписание:

№ п/п	Выявленные нарушения	Нормы законодательства, предусматривающие обязательные требования, нарушение которых было выявлено при проверке	Срок устранения	Примечание

Прилагаемые документы:

Подписи лиц, проводивших проверку:

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

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица)

(подпись) _____

(печать)

(пометка об отказе ознакомления с актом проверки)

(подпись)

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением министерства
здравоохранения Архангельской области
от 30 декабря 2020 года № 88-ро

**Форма экспертного протокола проверки соответствия медицинской помощи установленным федеральным
стандартам медицинской помощи**

ЭКСПЕРТНЫЙ ПРОТОКОЛ

проверки соответствия медицинской помощи установленным федеральным стандартам медицинской помощи

(наименование медицинской организации)

(порядковый № экспертного протокола к Акту ВККБМД-П/Вн-В/Д №)

(№, дата, наименование нормативного правового акта, утвердившего федеральный стандарт медицинской помощи)

)

Категория возрастная:

Пол:

Фаза:

Стадия/степень тяжести:

Осложнения:

Вид медицинской помощи:

Условия оказания медицинской помощи:

Форма оказания медицинской помощи:

Средние сроки лечения (количество дней):

Нозологические единицы, код по МКБ X

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

№п/п	Код	Наименование	Утвержденная частота предоставления	Фактическая частота предоставления	Примечание
1					

2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

№п/п	Код	Наименование	Утвержденная частота предоставления	Фактическая частота предоставления	Примечание
1					

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Фармакотерапевтическая группа/АТХ группа	Утвержденная частота предоставления	Фактическая частота предоставления	Примечание
*ФТ группа			
**АТХ группа			
***Иное			

*ФТ группа - фармакотерапевтическая группа;

**АТХ группа - анатомо – терапевтическая группа

***Иное - дополнительно, при наличии в федеральном стандарте питательных смесей, имплантатов и пр.

Подписи лиц, проводивших проверку:

С экспертным протоколом ознакомлен(а), копию получил(а):

_____ (фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица)

(дата, печать)
