



П Р И К А З

31.05.2021 886 №

Шупашкар хули

П Р И К А З

31.05.2021 № 886

г. Чебоксары

О некоторых вопросах организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Министерстве здравоохранения Чувашской Республики

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 787н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в соответствии с постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 октября 2015 г. № 365 «Вопросы Министерства здравоохранения Чувашской Республики» приказываю:

1. Определить:

ответственными за организацию и проведение ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – ведомственный контроль) исполняющего обязанности первого заместителя министра здравоохранения Чувашской Республики А.В. Кизилова, заместителя министра здравоохранения Чувашской Республики И.Ю. Лисенкову;

уполномоченными на осуществление ведомственного контроля в медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее – медицинские организации): отдел организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Чувашской Республики, отдел организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее – уполномоченные подразделения).

2. Утвердить:

форму ежегодного плана проведения плановых проверок медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее – ежегодный план проведения проверок медицинских организаций) (приложение № 1);

форму приказа о проведении проверки медицинской организации (приложение № 2);

форму акта проверки ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение № 3).

3. Ведомственный контроль осуществлять 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. Уполномоченным подразделениям:

4.1. Представлять в срок до 1 декабря года, предшествующего году проведения плановых проверок медицинских организаций, министру здравоохранения Чувашской Республики предложения для включения в ежегодный план проведения проверок медицинских организаций.

4.2. Осуществлять в срок до 10 декабря года, предшествующего году проведению плановых проверок организаций, разработку и представлять на утверждение министру здравоохранения Чувашской Республики ежегодный план проведения проверок медицинских организаций.

4.3. Осуществлять комплектование, передачу, учет и хранение материалов проверки медицинских организаций в соответствии с правилами делопроизводства, установленными Министерством здравоохранения Чувашской Республики.

4.4. Соблюдать сроки хранения материалов проверки, установленные приказом Федерального архивного агентства от 20 декабря 2019 г. № 236 «Об утверждении Перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков их хранения» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 6 февраля 2020 г., регистрационный № 57449).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



В.Г. Степанов

Министерство здравоохранения Чувашской Республики

ПРИКАЗ

от «____» _____ 20__ г. № _____

О проведении _____ проверки
(плановой/внеплановой, документарной/выездной)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 787н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» приказываю:

1. Провести проверку в отношении _____

(наименование подведомственной организации,
в отношении которой проводится проверка)

2. Место нахождения: _____

(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. Установить, что:

настоящая проверка проводится с целью: _____

задачами настоящей проверки являются: _____

5. Предметом настоящей проверки является: _____

6. Проверяемый период деятельности подведомственной организации: _____

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

10. Перечень документов, представление которых подведомственной организацией необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

Министр здравоохранения
Чувашской Республики
(лицо, исполняющее его обязанности)

подпись

(инициалы, фамилия)

Приложение № 3
к приказу
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 31.05.2021 № 886

Форма

Министерство здравоохранения Чувашской Республики

_____ г.
(место составления акта)

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

Акт проверки № _____
ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности

По адресу/адресам: _____
(место проведения проверки)

На основании: _____

_____ (вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))
была проведена _____ проверка
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

в отношении: _____
(наименование проверяемой медицинской организации)

Дата и время проведения проверки:

« ____ » _____ 20 ____ г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин.

Продолжительность _____

« ____ » _____ 20 ____ г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин.

Продолжительность _____

Общая продолжительность проверки: _____
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: _____

наименование органа исполнительной власти Чувашской Республики
С копией приказа о проведении проверки ознакомлен(ы) (заполняется при
проведении выездной проверки):

_____ (фамилии, инициалы, подпись, дата, время)
Лицо(а), проводившее(ие) проверку: _____

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

При проведении проверки присутствовали: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность
руководителя, иного должностного лица (должностных лиц)
или уполномоченного представителя организации,

присутствовавших при проведении проверки)

Сведения о результатах проверки, в том числе о выявленных нарушениях, об их характере и о лицах, допустивших указанные нарушения в части:

1. Применения 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 _____

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 _____

Выявлены факты невыполнения предписаний об устранении выявленных нарушений (с указанием реквизитов выданных предписаний): _____

Нарушений не выявлено _____

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку: _____

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

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя организации, присутствовавших при проведении проверки)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

(подпись уполномоченного
должностного лица (лиц),
проводившего(их) проверку)