



# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПРИКАЗ

28.10.2021

№ 2836

г. Новосибирск

### **Об утверждении форм актов проверки, используемых министерством здравоохранения Новосибирской области при лицензировании медицинской деятельности**

В целях реализации Федеральных законов от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановления Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», приказа Министерства экономического развития Российской Федерации от 30.04.2009 № 141 «О реализации положений Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» и на основании постановления Правительства Новосибирской области от 09.11.2015 № 401-п «О министерстве здравоохранения Новосибирской области», **п р и к а з ы в а ю:**

#### 1. Утвердить:

1.1. форму акта проверки министерством здравоохранения Новосибирской области соблюдения соискателем лицензии/лицензиатом лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности, представивших заявление о предоставлении, переоформлении лицензии (приложение № 1);

1.2. форму акта проверки полноты и достоверности сведений о лицензиате (приложение № 2).

2. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 14.05.2012 № 913 «Об утверждении форм актов проверок, используемых министерством здравоохранения Новосибирской области при лицензировании медицинской деятельности».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя министра здравоохранения Новосибирской области Лиханова А.В.

Министр

К.В. Хальзов

Приложение № 1  
к приказу Минздрава НСО  
от 28.10.2021 № 2836

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения Новосибирской  
области  
от 28.10.2021 № 2836

(Форма)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

г. Новосибирск  
(место составления акта)

«      » 20 г.  
(дата составления акта)

     Ч.      МИН.  
(время составления акта)

**Акт**

проверки министерством здравоохранения Новосибирской области соответствия  
соискателя лицензии/лицензиата, представивших заявление о предоставлении,  
переоформлении лицензии, лицензионным требованиям при осуществлении  
медицинской деятельности

По адресу/адресам:

(адрес места проведения проверки)

на основании:

приказа министерства здравоохранения Новосибирской области от \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_, подписанного \_\_\_\_\_

(вид документа с указанием реквизитов, ФИО, должность лица, издавшего приказ о проведении проверки)

была проведена внеплановая документарная/выездная проверка в отношении:

(нужное подчеркнуть)

(полное наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального  
предпринимателя)

Юридический адрес:

(адрес государственной регистрации юридического лица/ индивидуального предпринимателя)

Место осуществления деятельности:

(заявляемый адрес места осуществления деятельности)

Заявляемый перечень работ и услуг по адресу места осуществления медицинской деятельности:

--

Контактный телефон

--

Дата и время проведения проверки:

« ____ » _____ 20__ г. с ____ час. ____ мин. Продолжительность _____
« ____ » _____ 20__ г. с ____ час. ____ мин. Продолжительность _____

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки

Документарная проверка с _____ по _____, продолжительность рабочих дней
Выездная проверка с _____ по _____, продолжительность рабочих дней/ ____ часов

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: министерством здравоохранения Новосибирской области.

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

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

Фамилия, имя, отчество	подпись	дата, время

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:

--

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо (а), проводившее проверку:

--

(ФИО, должность, проводившего проверку в случае привлечения к участию к проверке экспертов указываются ФИО, должности экспертов или наименование экспертных организаций, с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

--

(Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулирующей организации (в случае

проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

Комиссией осуществлена проверка выполнения лицензионных требований для осуществления медицинской деятельности, установленных постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»))».

В результате проверки установлено:

1. Проведение сверки со сведениями о юридическом лице/индивидуальном предпринимателе, содержащимися в едином государственном реестре юридических лиц/едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей с данными, указанными в заявлении соискателя лицензии/лицензиата:

ОГРН (ГРН):
-------------

ИНН:
------

Результат сверки:

--

2. Наличие у соискателя лицензии/лицензиата зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих санитарным правилам, соответствие которым устанавливается в санитарно-эпидемиологическом заключении, соответствующих установленным к ним требованиям (проверка подпункта «а» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852):

2.1. Основания пользования зданиями, строениями, сооружениями и (или) помещениями (правоустанавливающие и (или) правоподтверждающие документы о праве собственности или ином законном праве соискателя лицензии/лицензиата

на указанные объекты недвижимости, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации):

2.2. Наличие необходимых помещений для выполнения заявляемых работ (услуг) врачебные, диагностические, процедурные кабинеты, палаты, операционные и иные кабинеты:

2.3. Наличие действующего санитарно-эпидемиологического заключения на объект деятельности соискателя лицензии/лицензиата:

3. Наличие принадлежащих соискателю лицензии/лицензиату на праве собственности или ином законном основании, предусматривающем право владения и пользования, медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в порядке, предусмотренном частью 4 статьи 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (проверка подпункта «б» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852):

4. Наличие заключивших с соискателем лицензии/лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих образование, предусмотренное квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, и пройденной аккредитации специалиста или сертификата специалиста по специальности, необходимой для выполнения заявленных работ (услуг), (проверка подпункта «в» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852):

5. Наличие заключивших с соискателем лицензии-лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудование, аппараты, приборы, инструменты) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (проверка подпункта «г» пункта 5 Положения о

лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852:

6. Соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии/лицензиата - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций, в соответствии с пунктом 7 части 2 статьи 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (проверка подпункта «д» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852):

7. Соответствие соискателя лицензии/лицензиата - юридического лица: намеренного выполнять заявленные работы (услуги) по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, - требованиям, установленным статьями 15 и 16 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов» (проверка подпункта «е» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852):

8. Соответствие соискателя лицензии/лицензиата - юридического лица: намеренного выполнять заявленные работы (услуги) по трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, - требованиям, установленным статьей 4 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (проверка подпункта «е» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852):

9. Соответствие соискателя лицензии/лицензиата - юридического лица: намеренного осуществлять медико-социальную экспертизу, - установленным статьей 60 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьей 8 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» требованиям, касающимся организационно-правовой формы юридического лица (проверка подпункта «е» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852):

--

10. Размещение в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения сведений, установленных Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 5.05.2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» (проверка подпункта «ж» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852):

--

### Выводы:

В результате проведенной проверки соблюдения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности в отношении:

--

(полное наименование соискателя лицензии/лицензиата)

установлено:

соответствие/несоответствие (нужное подчеркнуть) соискателя лицензии/лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности в части (в случае несоответствия указываются пункты настоящего акта и работы и услуги):

--

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

Число и номер записи внесенной в	Подпись уполномоченного представителя	Подпись проверяющего
----------------------------------	---------------------------------------	----------------------



журнал	юридического лица/ индивидуального предпринимателя	

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

Подпись уполномоченного представителя юридического лица/ индивидуального предпринимателя	Подпись проверяющего

Прилагаемые к акту документы:

-----
-------

Подписи лиц, проводивших проверку:

(должность/ФИО)	подпись

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, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя уполномоченного представителя юридического лица/ ИП )	дата	подпись

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

(отказался от ознакомления с актом проверки)	
(должность/ФИО)	подпись

Приложение № 2  
к приказу Минздрава НСО  
от 28.10.2021 № 2836

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения Новосибирской  
области  
от 28.10.2021 № 2836

(Форма)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

г. Новосибирск  
(место составления акта)

«    »   20   г.  
(дата составления акта)  
   Ч.    МИН.  
(время составления акта)

**Акт**

проверки министерством здравоохранения Новосибирской области  
полноты и достоверности сведений о лицензиате.

По адресу/адресам:

(место проведения проверки)

в связи с поступившим заявлением лицензиата о переоформлении лицензии на  
осуществление медицинской деятельности,  
на основании:

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

в отношении:

(наименование юридического лица/Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)  
была проведена внеплановая документарная проверка полноты и достоверности  
сведений о лицензиате по представленным лицензиатом документам.

1. Проверка соответствия сведений из единого государственного реестра  
юридических лиц, постановке на учет в налоговом органе в рамках  
межведомственного взаимодействия:

Адрес (место нахождение) юридического лица/ адрес места жительства

индивидуального предпринимателя:

--

ОГРН

ИНН

2. Проверка соответствия сведений из единого реестра лицензий :

--

(дата, номер ранее выданной лицензии, лицензирующий орган)

адрес(а) места осуществления медицинской деятельности:

--

Общая продолжительность проверки

--

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: \_\_\_\_\_  
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

Лицо (а), проводившее проверку:

--

(ФИО, должность, проводившего проверку)

В результате проверки выявлено **соответствие/несоответствие**

(нужное подчеркнуть)

представленных сведений лицензиатом сведениям из единого государственного реестра юридических лиц, единого реестра лицензий

--

(при несоответствии данных указать причину несоответствия)

Прилагаемые к акту документы:

--

Подписи лиц, проводивших проверку:

(должность/ФИО)	подпись

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, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя уполномоченного представителя юридического лица/ ИП )	дата	подпись

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

(отказался от ознакомления с актом проверки)

(должность/ФИО)	подпись