

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

ПОРУЧЕНИЕ
10 сентября 2010 г.
№53

В 2010 году на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Постановлениями Правительства Российской Федерации от 03.03.2009 N 189, 31.12.2009 N 1145, 31.12.2009 N 1153, 31.12.2009 N 1154, 31.12.2009 N 1158 возложены полномочия по контролю за использованием медицинского оборудования, поставленного в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по мероприятиям, направленным на совершенствование организации онкологической помощи населению, оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, больным с сосудистыми заболеваниями, развития службы крови, обследования населения с целью выявления туберкулеза и лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий.

В связи с тем, что План контрольно-надзорных мероприятий Управлений Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации на 2010 год согласовывался и утверждался в 2009 году до издания указанных Постановлений Правительства Российской Федерации, лечебно-профилактические учреждения, в которые запланирована поставка медицинского оборудования в 2010 году, в него не вошли. Однако, в соответствии с п. 3.2.6., п. 3.4.9., п. 3.6.11., п. 3.9.3.1.1. Сетевого графика мероприятий по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2010 году, Росздравнадзору предписано проведение контрольно-надзорных мероприятий в период с 01.01.2010 по 31.12.2010.

На основании вышеизложенного, поручаю:

1. Руководителям Управлений Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации:

1.1. По завершении поставок оборудования обеспечить проведение проверок указанных учреждений по вопросу контроля за организацией поставок, вводом в эксплуатацию и использованием оборудования, закупленного в соответствии с Постановлениями Правительства Российской Федерации от 03.03.2009 N 189, 31.12.2009 N 1145, 31.12.2009 N 1153, 31.12.2009 N 1154, 31.12.2009 N 1158.

1.2. О результатах проведенных мероприятий доложить в Росздравнадзор согласно прилагаемой форме до 15.12.2010 установленным порядком, а также направить на e-mail: TretyakovGV@roszdravnadzor.ru.

Врио руководителя
Е.А.ТЕЛЬНОВА

Приложение
к поручению Росздравнадзора
от 10.09.2010 №53

1. Формы отчетов об исполнении мероприятий по контролю за реализацией
Постановления Правительства Российской Федерации от 03.03.2009 №189
«О мероприятиях, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению»

1.1. В федеральных лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходов материальных к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклопектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
-												
-												



ВЕСМАСТЕР ЛЮБЫЕ ВЕСЫ

С нами можно взвесить все!
www.vesmaster.ru

Весмастер, ооо
(812) 334-90-40

www.farosplus.ru

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

1.2. В областных, краевых, республиканских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных листов, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклоплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

1.3. В районных, городских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных листов, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклоплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

**2. Формы отчетов об исполнении мероприятий по контролю за реализацией
Постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 №1145
«О мероприятиях, направленных на совершенствование организации развития службы крови»**

2.1. В федеральных лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специализированных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклопленности оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

2.2. В областных, краевых, республиканских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специализированных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклопленности оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мер по их устранению): _____

2.3. В районных, городских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклоплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

**3. Формы отчетов об исполнении мероприятий по контролю за реализацией
Постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 №1153
«О мероприятиях, направленных на совершенствование организации оказания
медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях»**

3.1. В федеральных лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклоплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

3.2. В областных, краевых, республиканских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____

2. Наименование медицинского учреждения: _____

3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклопектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
-												
-												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

3.3. В районных, городских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____

2. Наименование медицинского учреждения: _____

3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклопектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
-												
-												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____



**4. Формы отчетов об исполнении мероприятий по контролю за реализацией
Постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 №1154
«О мероприятиях, направленных на совершенствование организации
оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями»**

4.1. В федеральных лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходов материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклоплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
-												
-												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

4.2. В областных, краевых, республиканских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходов материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклоплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
-												
-												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

4.3. В районных, городских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____

2. Наименование медицинского учреждения: _____

3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуконплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

**5. Формы отчетов об исполнении мероприятий по контролю за реализацией
Постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 №1158
«О мероприятиях, направленных на обследование населения с целью выявления
туберкулеза и лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий»**

5.1. В федеральных лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____

2. Наименование медицинского учреждения: _____

3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуконплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
-												
-												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____



5.2. В областных, краевых, республиканских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклоплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____

5.3. В районных, городских лечебно-профилактических учреждениях

1. Субъект Российской Федерации: _____
2. Наименование медицинского учреждения: _____
3. Отчет о проведенных подготовительных мероприятиях (см. п. 1.1. настоящего поручения): _____

4. Информация по результатам проверки:

Наименование оборудования	Количество запланированного к поставке оборудования, ед.	Количество поступившего оборудования, ед.	Дата поставки	Дата ввода в эксплуатацию	Наличие лицензии на осуществление мед. деятельности в соответствии с поставленным оборудованием, +/-	Наличие соответствующего санитарно-эпидемиологического заключения, +/-	Наличие расходных материалов к поставленному оборудованию, +/-	Выявлено количество:				
								специальных, не имеющих необходимой профессиональной подготовки, чел.	неподготовленных для установки оборудования помещений, ед.	случаев простоя оборудования с момента ввода в эксплуатацию (свыше 3 рабочих дней), абс. ч.	случаев разуклоплектования оборудования, абс. ч.	случаев нецелевого использования оборудования, абс. ч.
*												
*												

5. Пояснительная записка (все выявленные нарушения необходимо подробно описать в Пояснительной записке с указанием причин их возникновения, принимаемых мерах по их устранению): _____