



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**
(Минздрав Оренбургской области)

П Р И К А З

20.02.2025 № 4

г.Оренбург

О внесении изменений в приказ министерства
здравоохранения Оренбургской области от
05.12.2022 № 41

В соответствии с Федеральным законом от 31.07.2020 г. № 248 «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации», в целях совершенствования практической деятельности министерства здравоохранения Оренбургской области по региональному государственному контролю (надзору) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, приказываю:

1. Внести изменения в приказ министерства здравоохранения Оренбургской области от 05.12.2022 № 41 «Об утверждении типовых форм документов, используемых при проведении профилактических визитов, при осуществлении регионального государственного контроля за применением цен на ЖНВЛП»:

1.1. Дополнить приказ пунктами:

«1.4. Форму плана выездного обследования при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 4.

1.5. Форму решения о проведении выездного обследования при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 5.

1.6. Форму акта выездного обследования при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 6.

1.7. Форму протокола опроса при осуществлении регионального

государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 7.

1.8. Форму протокола осмотра при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 8.

1.9. Форму предписания об устранении нарушений обязательных требований при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 9.»

2. Приказ вступает в силу после его официального опубликования.

Вице-губернатор – заместитель
председателя Правительства
Оренбургской области
по социальной политике – министр



Т.Л.Савинова

УТВЕРЖДАЮ:
Заместитель министра здравоохранения
Оренбургской области _____
(Ф.И.О.)
_____ 2024 г.
(подпись)

ПЛАН

проведения выездных обследований контролируемых лиц при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в ____ квартале 20__ года

[illegible]



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Оренбургской области)

ул. Терешковой, д. 33, г. Оренбург, 460006
тел.: 8 (3532) 91 15 00 доб. 1111, факс: 8 (3532) 37 54 76

РЕШЕНИЕ
о проведении выездного обследования

г. Оренбург № _____ « ____ » _____ 20 ____

1. Решение принято

(наименование должности, Ф.И.О. (последнее при наличии) лица, принявшего решение о проведении выездного обследования)

2. В отношении контролируемого лица

(организационно-правовая форма и наименование юридического лица/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, юридический адрес/адрес места нахождения, ИНН)

3. Решение принято на основании плана проведения выездных обследований

4. Выездное обследование проводится в рамках осуществления регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, на территории Оренбургской области.

5. На проведение выездного обследования уполномочен(ы):

(Ф.И.О. (последнее при наличии), наименование должности инспектора (инспекторов, в том числе руководителя группы инспекторов), уполномоченного (уполномоченных) на проведение выездного обследования)

6. Выездное обследование проводится по адресу:

(адрес осуществления деятельности контролируемого лица, по которому проводится выездное обследование)

7. Предметом выездного обследования является соблюдение обязательных требований контролируруемыми лицами.

8. Выездное обследование проводится в следующий срок:

« ____ » _____ 20 ____

(должность лица, принявшего решение о
проведении профилактического визита)

(подпись)

(фамилия, инициалы)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Оренбургской области)

ул. Терешковой, д. 33, г. Оренбург, 460006
тел.: 8 (3532) 91 15 00 доб. 1111, факс: 8 (3532) 37 54 76

АКТ
выездного обследования

№ _____

_____ « _____ » 20____
(место составления акта) (дата составления акта)

В соответствии с решением о проведении выездного обследования от «____» _____ 20____ № _____ в рамках осуществления регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, на территории Оренбургской области на основании Федерального закона от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации», постановления Правительства РФ от 10.03.2022 № 336 «Об особенностях организации и осуществления государственного контроля (надзора), муниципального контроля», постановления Правительства Оренбургской области от 27.09.2021 № 856-пп «Об утверждении Положения о региональном государственном контроле (надзоре) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, на территории Оренбургской области»

Выездное обследование проведено:

(указываются фамилии, имена, отчества (при наличии), должности инспектора (инспекторов, в том числе руководителя группы инспекторов), уполномоченного (уполномоченных) на проведение выездного обследования)

Выездное обследование проведено в отношении:

(указать организационно-правовую форму и наименование юридического лица/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, юридический адрес/адрес места нахождения, ИНН)

Выездное обследование было проведено по адресу (местоположению):

(указываются адреса (местоположение) места осуществления контролируемым лицом деятельности или места нахождения иных объектов контроля, в отношении которых было проведено выездное обследование)

Дата проведения выездного обследования « ____ » _____ 20 ____

Предметом выездного обследования является соблюдение обязательных требований контролируемыми лицами.

В ходе проведения выездного обследования выявлены нарушения обязательных требований, сведений о готовящихся нарушениях обязательных требований или признаках нарушений обязательных требований (с указанием положений нормативных правовых актов):

(указываются сведения о выявленных в результате выездного обследования нарушениях обязательных требований, признаках нарушения обязательных требований)

Подпись(и) должностного(ых) лиц(а), проводившего(их) выездное обследование:

(должность инспектора)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Протокол опроса от _____
к акту от _____ № _____

При проведении _____
(наименование контрольного (надзорного) мероприятия)

в рамках осуществления: регионального государственного контроля (надзора)
за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень
жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов
(указать вид контроля)

в отношении _____
(наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, Ф.И.О. гражданина)

на основании: _____

должностными лицами, уполномоченными на проведение контрольного
(надзорного) мероприятия (Ф.И.О., должность):

1. _____;
2. _____

произведен опрос: _____
(Ф.И.О., должность опрашиваемого лица)

в ходе которого опрашиваемый сообщил следующее:

_____.

достоверность изложенных сведений подтверждаю _____

(Ф.И.О., должность опрашиваемого лица)

Подписи
должностных лиц

Экземпляр протокола получил: «__» _____ 20__ г.

(подпись, фамилия и инициалы контролируемого лица либо его представителя)

Протокол осмотра от _____
к акту от _____ № _____

При проведении _____
(наименование контрольного мероприятия)

в рамках осуществления: регионального государственного контроля (надзора)
за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень
жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов
(указать вид контроля)

в отношении _____
(наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, Ф.И.О. гражданина)

по адресам: _____
(место проведения контрольного мероприятия)

на основании: _____
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

произведен осмотр должностными лицами, уполномоченными на проведение
контрольного (надзорного) мероприятия (Ф.И.О., должность):

1. _____;
2. _____;

_____.

(перечень осмотренных территорий и помещений (отсеков), а также вид, количество и иные
идентификационные признаки обследуемых объектов, имеющие значение для контрольного мероприятия,
информация о визуально установленных нарушениях обязательных требований)

Осмотр осуществлялся в присутствии контролируемого лица (представителя
контролируемого лица) _____.
(Ф.И.О. руководителя, представителя юридического лица (индивидуального предпринимателя), гражданина)

и (или) с применением видеозаписи _____.
(указать информацию о видеозаписи)

в результате осмотра установлено:

_____.

Подписи

должностных лиц _____

Экземпляр протокола получил: «__» _____ 20__ г.

(Подпись, фамилия и инициалы контролируемого лица либо его представителя. Заполняется только при
выездной проверке.)

**Предписание
об устранении нарушений обязательных требований**

от « » г. №

В рамках исполнения государственной функции по осуществлению регионального государственного контроля (надзора) за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, должностными лицами

(указывается должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), лица проводившего контрольное (надзорное) мероприятие)

во исполнение решения от « » 20 г. №

в период с « » 20 г. по « » 20 г.

проведено(а) _____

(указывается контрольное (надзорное) мероприятие)

в отношении:

(указывается наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

Адрес _____

(указывается адрес местонахождения юридического лица или адрес регистрации индивидуального предпринимателя)

ИНН _____ ОГРН _____

Данные о законном представителе:

(должность, место работы, фамилия, имя, отчество, документы, удостоверяющие полномочия законного представителя (наименование, дата, номер))

В ходе проведения контрольного (надзорного) мероприятия выявлено нарушение обязательного (-ых) требования (-ий):

1) ...

2) ...

...

(указывается описание выявленного нарушения обязательного (-ых) требования (-ий) с ссылкой на НПА, устанавливающее обязательное требование)

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» предписываем:

1) ...

2) ...

...

(указываются меры и срок устранения выявленных нарушений обязательных требований)

Ответственность за выполнение предписания возлагается на:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, на которого возлагается ответственность)

За невыполнение в срок настоящего предписания предусмотрена административная ответственность в соответствии с частью 5 статьи 19.5 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

(должность, фамилия, инициалы должностного лица,
выдавшего предписание)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность инспектора, непосредственно подготовившего
предписание, контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

С предписанием ознакомлен(а).

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(Ф.И.О. уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя, законного
представителя (с указанием наименования и реквизитов документов, подтверждающих полномочия))

Предписание получено законным представителем юридического лица/
индивидуальным предпринимателем, его уполномоченным представителем:

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(Ф.И.О. уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя, законного
представителя (с указанием наименования и реквизитов документов, подтверждающих полномочия))

Пометка об отказе в ознакомлении и получении предписания:

(подпись должностного лица)