



**Федеральная служба по надзору в  
сфере здравоохранения  
(Росздравнадзор)**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН  
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ  
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО  
КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

ул. Северная, д. 315, г. Краснодар, 350015  
тел.: (861)2011390; факс: (861)2011391  
E-mail: info@reg23.roszdravnadzor.gov.ru

28.10.2020 № 1123-2487/20  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

О направлении акта выездной  
проверки

*Касимов Г.Ф.*  
*Губкина Т.А.*  
*Тифломова Е.А.*

Государственное бюджетное  
учреждение социального  
обслуживания Краснодарского края  
«Кропоткинский  
психоневрологический интернат»

Директору

Сафронову А.В.

ул. Вокзальная, д. 76, г. Кропоткин,  
Кавказский район,  
Краснодарский край, 352380

Уважаемый Александр Васильевич!

Территориальный орган Росздравнадзора по Краснодарскому краю направляет Вам акт внеплановой документарной проверки № 229/20 от 28.10.2020 г. для ознакомления (возврату не подлежит).

Приложение:  
- акт № 229/20 от 28.10.2020 г. на 3 л.

Руководитель

Г.Н. Прибежищя



Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ  
(Территориальный орган Росздравнадзора по Краснодарскому краю)**

350015, Краснодарский край,  
г. Краснодар, ул. Северная, 315  
(место составления акта)

“ 28 ” октября 20 20 г.  
(дата составления акта)  
16:00  
(время составления акта)

**АКТ ПРОВЕРКИ**

**органом государственного контроля (надзора), юридического лица, индивидуального  
предпринимателя**  
№ 229/20

01.10.2020 – 28.10.2020

**По адресу/адресам:** 352380, Краснодарский край, Кавказский район, г. Кропоткин, ул.  
Вокзальная, д. 76.

(место проведения проверки)

**На основании приказа от 29.09.2020 г. № П-280/01/1-01/20 «О проведении внеплановой  
выездной проверки»**

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

**была проведена внеплановая, выездная проверка в отношении:**

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Краснодарского края  
«Кропоткинский психоневрологический интернат»

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)  
индивидуального предпринимателя)

**Дата и время проведения проверки:**

“ ” 20 г. с час. мин. до час. мин. Продолжительность  
“ ” 20 г. с час. мин. до 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: 20 рабочих дней**

(рабочих дней/часов)

**Акт составлен: Территориальным органом Росздравнадзора по Краснодарскому краю**

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

**С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы):**

(заполняется при проведении выездной проверки)

Сафронов Александр Васильевич – директор государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Краснодарского края «Кропоткинский психоневрологический интернат», уведомлен посредством электронной почты 29.09.2020 г.

(фамилии, имена, отчества (в случае, если имеется), 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:**

Савичев Дмитрий Сергеевич – главный государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере предоставления медицинских услуг;

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

**При проведении проверки присутствовали: не присутствовали**

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

**В ходе проведения проверки:**

Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Краснодарского края «Кропоткинский психоневрологический интернат» (далее – ГБУ СО КК «Кропоткинский ПНИ») осуществляет свою медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-23-01-013557 от 21.05.2019 г., выданной министерством здравоохранения Краснодарского края по видам работ и услуг согласно приложениям к лицензии.

В соответствии с требованиями п. 6 постановления Правительства РФ от 03.04.2020 № 438 «Об особенностях осуществления в 2020 году государственного контроля (надзора), муниципального контроля и о внесении изменения в пункт 7 Правил подготовки органами государственного контроля (надзора) и органами муниципального контроля ежегодных планов проведения плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» внеплановая выездная проверка в отношении ГБУ СО КК «Кропоткинский ПНИ» проводилась только с использованием средств дистанционного взаимодействия, в том числе аудио- или видеосвязи.

С целью осуществления государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части соблюдения психоневрологическим интернатом прав граждан при оказании им психиатрической помощи, соблюдения порядков оказания медицинской помощи, в том числе порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности, а также соблюдения обязательных требований при обращении лекарственных средств и медицинских изделий при осуществлении медицинской деятельности ГБУ СО КК «Кропоткинский ПНИ» Территориальным органом Росздравнадзора по Краснодарскому краю были проанализированы документы и материалы, представленные на электронный адрес [info@reg23.roszdravnadzor.gov.ru](mailto:info@reg23.roszdravnadzor.gov.ru). Кроме того с помощью видеоконференцсвязи, произведен осмотр помещений структурных подразделений ГБУ СО КК «Кропоткинский ПНИ».

**Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов) по направлениям: нарушений не выявлено.**

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов):

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний):

нарушений не выявлено \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(подпись проверяющего)

\_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного представителя  
юридического лица, индивидуального  
предпринимателя, его уполномоченного  
представителя)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись проверяющего)

\_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного представителя  
юридического лица, индивидуального  
предпринимателя, его уполномоченного  
представителя)

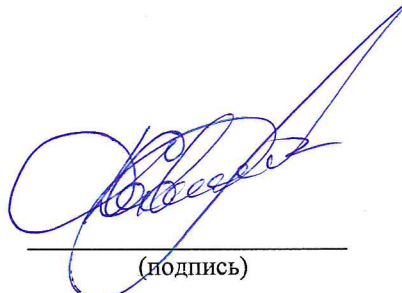
**Прилагаемые к акту документы: нет.**

1. проверочные листы (списки контрольных вопросов).

**Подписи лиц, проводивших проверку:**

Главный государственный инспектор  
отдела контроля и надзора в сфере  
предоставления медицинских услуг  
Савичев Д.С.

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.)

  
\_\_\_\_\_  
(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)

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:**

\_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного должностного  
лица (лиц), проводившего проверку)