Проверочный лист достижения целевого значения критерия

**«Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации»**

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Элемент системы информирования** | **Условия** | | | | **Выполнение условий (Да/Нет)** |
| **Наличие**  **(Да/Нет)** | **Уместность**  **(Да/Нет)** | **Актуальность**  **(Да/Нет)** | **Доступность**  **(Да/Нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Информация о размещении элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники Информация о наименовании (полном и сокращенном) медицинской организации, режиме работы, контактная информация медицинской организации (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», почтовый адрес) |  |  |  |  |  |
| Информация о создании юридического лица и перечне лицензий на осуществление медицинской деятельности |  |  |  |  |  |
| Информация о структуре медицинской организации  Информация о системе управления медицинской деятельностью медицинской организации. График приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты, номера кабинета Контактная информация органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального фонда обязательного медицинского страхования, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно- телекоммуникационной сети «Интернет», адрес) |  |  |  |  |  |
| Правила поведения пациента в поликлинике |  |  |  |  |  |
| Информация о порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента |  |  |  |  |  |
| Информация о медицинских работниках поликлиники (об уровне их образования и об их квалификации) |  |  |  |  |  |
| Расписание приема врачей поликлиники |  |  |  |  |  |
| Информация о противодействии коррупции |  |  |  |  |  |
| Информация о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья |  |  |  |  |  |
| Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации и перечне страховых медицинских организаций, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию |  |  |  |  |  |
| Информация о видах, условиях и формах оказываемой медицинской помощи в поликлинике |  |  |  |  |  |
| Информация о порядке, об объемах и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о маршрутизации пациентов поликлиники |  |  |  |  |  |
| Информация о правилах записи на первичный прием, консультацию, диагностические исследования и правилах подготовки к ним |  |  |  |  |  |
| Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации |  |  |  |  |  |
| Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре |  |  |  |  |  |
| Информация об иммунопрофилактике инфекционных болезней (вакцинации) в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям |  |  |  |  |  |
| Информация о профилактике социально-значимых заболеваний, о существующих способах отказа от потребления алкоголя и табака, оказании медицинской помощи при никотиновой, алкогольной или наркотической зависимости |  |  |  |  |  |
| Информация о необходимости экстренного обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, а также обучении пациентов, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях |  |  |  |  |  |
| Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения; перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей; перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций; перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой) |  |  |  |  |  |
| Информация о предоставлении платных медицинских и иных услуг (правила предоставления; перечень оказываемых платных медицинских услуг; информация о ценах (тарифах) на медицинские услуги; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; примеры оформления документов (договор, акт), необходимых для получения платных медицинских услуг) |  |  |  |  |  |
| Нормативные правовые акты (в том числе изданные федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующие вопросы организации медицинской деятельности, включая: преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах; оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях |  |  |  |  |  |
| Доля элементов системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям, %: | | | | |  |
| Достижение целевого значения (Да/Нет) | | | | |  |

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, главный врач/лицо, исполняющее обязанности главного врача

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_