Проверочный лист достижения целевого значения критерия

«Организация системы информирования в медицинской организации»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Элемент информации | Требования | | | | Выполнение  требований  (да/нет) |
| Наличие  (да/нет) | Уместность  (да/нет) | Актуальность  (да/нет) | Доступность  (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Полная информация о медицинской организации (полное наименование, структура, система управления, место нахождения обособленных подразделений, сведения о медицинских работниках, контактные телефоны, электронная почта, почтовый адрес, график приема граждан руководителем) |  |  |  |  |  |
| Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации |  |  |  |  |  |
| Копия действующей лицензии с приложениями |  |  |  |  |  |
| Информация о вышестоящих и контролирующих организациях |  |  |  |  |  |
| Информация о противодействии коррупции |  |  |  |  |  |
| Информация о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в фронт-офисе |  |  |  |  |  |
| Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации |  |  |  |  |  |
| Информация о видах оказываемой медицинской помощи |  |  |  |  |  |
| Информация о порядке, об объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТПГГ |  |  |  |  |  |
| Информация о маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Элемент информации | Требования | | | | Выполнение  требований  (да/нет) |
| Наличие  (да/нет) | Уместность  (да/нет) | Актуальность  (да/нет) | Доступность  (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Информация о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования |  |  |  |  |  |
| Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах», Закон РФ от 15.01.1993 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы», Закон РФ от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»; Закон РФ «О внесении и дополнений в Закон РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий») |  |  |  |  |  |
| Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации |  |  |  |  |  |
| Информация о проведении вакцинации |  |  |  |  |  |
| Информационные плакаты о здоровом образе жизни |  |  |  |  |  |
| Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов) |  |  |  |  |  |
| Информация о правилах предоставления платных медицинских услуг (образец договора) |  |  |  |  |  |
| Процент наличия элементов информации, % | | | | |  |
| Соответствие критерию (да/нет): | | | | |  |

ФИО, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проводившего оценку Подпись

ФИО, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представителя МО Подпись