# ПРОЕКТ

**Методика оценки достижения критериев базового уровня «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»**

Методика оценки достижения критериев базового уровня «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее – методика оценки) разработана с целью формирования единого подхода к оценке медицинских организаций и их структурных подразделений на предмет их соответствия критериям базового уровня «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее – «Новая модель медицинской организации»).

Базовому уровню «Новой модели медицинской организации» соответствует медицинская организация и (или) ее структурное подразделение, оказывающее первичную медико-санитарную помощь (далее – медицинская организация), в которой достигнуты целевые значения следующих критериев:

1. «Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике»;
2. «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период» (критерий не оценивается в медицинских организациях, в которых не предоставляются платные услуги);
3. «Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания

для пациентов»;

1. «Организация системы навигации в медицинской организации»;
2. «Организация системы информирования в медицинской организации»;
3. «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи»;
4. «Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации»;
5. «Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений» (критерий не оценивается в медицинских организациях и их структурных подразделениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению).

Аудит проводится единовременно в отношении всех критериев, оцениваемых в медицинской организации, независимо от получаемых в ходе аудита результатов (проведение оценки не прекращается при фиксации факта недостижения какого-либо из критериев).

Оценка проводится путем наблюдений и замеров, которые необходимо проводить до первого несоответствия критерию, при этом количество наблюдений не должно быть больше, чем рекомендовано методикой оценки.

Также при проведении оценки не учитывается:

прием пациентов, имеющих право на внеочередной прием

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»); прием врачами-специалистами пациентов, нуждающихся в оказании

неотложной/экстренной медицинской помощи; прием, прерванный или задержанный по причине возникновения форс-

мажорных ситуаций (чрезвычайные и непредотвратимые обстоятельства, которые невозможно ни предвидеть, ни предотвратить разумными силами: пожар, наводнение, землетрясение, забастовка, массовые беспорядки, мятеж, войны и пр.).

При планировании посещения медицинской организации следует учитывать, что оценку на соответствие критерию «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи» целесообразно проводить в период времени, когда в медицинской организации плановый прием осуществляется максимальным количеством специалистов в соответствии с расписанием.

Проведение аудита рекомендуется осуществлять силами не менее чем двух специалистов.

При проведении оценки рекомендуется придерживаться общих принципов, соблюдение которых обеспечивает предоставление объективных и достаточных заключений по результатам проведенного аудита:

открытость,

объективность, беспристрастность.

# Методика оценки достижения целевого значения критерия

**«Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике»**

Оценка достижения целевого значения критерия осуществляется в медицинских организациях, в которых на момент аудита проводятся профилактические медицинские осмотры, диспансеризация определенных групп взрослого населения и/или профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

Для оценки достижения целевого значения критерия – **не более 3 пересечений потоков** при проведении диспансеризации, профилактических осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике – заполняется проверочный лист для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, или для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям. Если медицинская организация оказывает первичную медико-санитарную помощь взрослому населению и детям, необходимо заполнить **оба** проверочных листа.

Проверочные листы содержат таблицы, состоящие из 5 столбцов. Данные столбца 1 являются фиксированными, столбцы 2, 3 и 4 заполняются специалистами проверяемой медицинской организации. Столбец 5 заполняется специалистом, осуществляющим аудит.

**Столбец 1** содержит перечень мероприятий оцениваемого процесса – медицинских услуг, в том числе диагностических исследований, входящих в объем диспансеризации, профилактического медицинского осмотра.

**В столбец 2** вносятся сведения о номере кабинета, в котором проходит тот или иной этап процесса. Если мероприятие проводится в **нескольких** кабинетах – оценка проводится в одном из кабинетов, определяемом методом случайного выбора.

**В столбец** **3** вносятся сведения об организации разделения потоков в пространстве: наличие отдельного кабинета для проведения мероприятия (-ий) оцениваемого процесса.

**В столбец** **4** вносятся сведения об организации разделения потоков во времени: наличие предварительной записи.

**В столбец** **5** вносятся сведения о наличии пересечений потоков пациентов в соответствии с данными, указанными в столбцах 3 и 4.

**При отсутствии организации разделения потоков в пространстве и во времени** (в столбце 3 указано «НЕТ», в столбце 4 указано «НЕТ») наблюдение у кабинета не проводится.

**Если в столбце 3 указано «ДА», в столбце 4 – «НЕТ»**, аудитор проводит 3 наблюдения у кабинета: если по итогам наблюдения выявлены пациенты из разных потоков – разделение потоков в пространстве отсутствует, в столбце 3 **«ДА» заменяется на «НЕТ»**.

**Если в столбце 3 указано «НЕТ», в столбце 4 – «ДА»**, аудитор проводит 3 наблюдения у кабинета: если по итогам наблюдения выявлены пациенты, пришедшие на прием без предварительной записи, разделение потоков во времени отсутствует, **в столбце 4** **«ДА» заменяется на «НЕТ»**.

При наличии пересечений потоков во времени и пространстве (**в столбцах 3 и 4 указано «НЕТ»**) – **в столбце 5 указывается «ДА»**.

При отсутствии пересечений потоков во времени и/или в пространстве (**в столбцах 3 и/или 4 указано «ДА»**) – **в столбце 5 указывается «НЕТ»**.

В строке «Общее количество пересечений» аудитор указывает общее количество «ДА» в столбце 5.

Если **несколько** мероприятий проводятся в одном кабинете, то наличие пересечений потоков в данном кабинете учитывается как **одно** пересечение.

«Достижение целевого значения»: «ДА» – при общем количестве пересечений не более 3.

**Пример заполнения проверочного листа:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Перечень мероприятий оцениваемого процесса | Наименование кабинета/ его номер | Организация устранения пересечения | | Наличие пересечений потоков  (да/нет) |
| в пространстве: наличие  отдельного кабинета (да/нет) | во времени: наличие  предварительной записи и/или  выделенного времени приема (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Обращение в регистратуру | - | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Определение уровня глюкозы крови экспрессметодом | 206 | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Определение уровня общего холестерина крови экспресс-методом | 206 | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Забор крови (с целью выполнения общего анализа крови, уровня глюкозы и общего холестерина крови, ПСА) | 206 | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Взятие мазка с поверхности шейки матки | 209 | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Электрокардиография | 204 | НЕТ | НЕТ | ДА |
| Измерение внутриглазного давления | 208 | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Флюорография | 301 | НЕТ | НЕТ | ДА |
| Маммография | 324 | НЕТ | ДА | НЕТ |
| Эзофагогастродуоденоскопия | 410 | НЕТ | НЕТ | ДА |
| Краткое профилактическое консультирование | 208 | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Осмотр врача-терапевта | 208 | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом | 209 | НЕТ | НЕТ | ДА |
| Общее количество пересечений: | | | | 4 |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | | НЕТ |

5

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике»**

(для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Перечень мероприятий оцениваемого процесса** | **Наименование кабинета/ его номер** | **Организация устранения пересечения потоков пациентов** | | **Наличие пересечений потоков**  **(да/нет)** |
| **в пространстве (да/нет)** | **во времени (да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Обращение в регистратуру |  |  |  |  |
| Определение уровня глюкозы крови экспресс-методом |  |  |  |  |
| Определение уровня общего холестерина крови экспресс-методом |  |  |  |  |
| Забор крови (с целью выполнения общего анализа крови, определения уровня глюкозы и общего холестерина крови, ПСА) |  |  |  |  |
| Взятие мазка с поверхности шейки матки |  |  |  |  |
| Электрокардиография |  |  |  |  |
| Измерение внутриглазного давления |  |  |  |  |
| Флюорография |  |  |  |  |
| Маммография |  |  |  |  |
| Эзофагогастродуоденоскопия |  |  |  |  |
| Краткое профилактическое консультирование |  |  |  |  |
| Осмотр врача-терапевта |  |  |  |  |
| Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом |  |  |  |  |
|  | Общее количество пересечений: | | |  |
|  | Достижение целевого значения (да/нет): | | |  |

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

проводившего оценку представителя МО

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

6

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике»** (для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детскому населению)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Перечень мероприятий оцениваемого процесса** | **Наименование кабинета и его номер** | **Организация устранения пересечения потоков пациентов** | | **Наличие пересечений потоков**  **(да/нет)** |
| **в пространстве (да/нет)** | **во времени (да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Обращение в регистратуру |  |  |  |  |
| Осмотр врача-педиатра |  |  |  |  |
| Осмотр врача - детского хирурга |  |  |  |  |
| Осмотр врача-стоматолога детского |  |  |  |  |
| Осмотр врача-невролога |  |  |  |  |
| Осмотр врача - детского уролога-андролога |  |  |  |  |
| Осмотр врача-акушера-гинеколога |  |  |  |  |
| Осмотр врача-травматолога-ортопеда |  |  |  |  |
| Осмотр врача-офтальмолога |  |  |  |  |
| Осмотр врача-оториноларинголога |  |  |  |  |
| Взятие крови для общего анализа |  |  |  |  |
| Исследование уровня глюкозы в крови |  |  |  |  |
| Эхокардиография |  |  |  |  |
| Электрокардиография |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование почек |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов |  |  |  |  |
| Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы |  |  |  |  |
| Нейросонография |  |  |  |  |
| Флюорография |  |  |  |  |
|  | Общее количество пересечений: | | |  |
|  | Достижение целевого значения (да/нет): | | |  |

ФИО, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проводившего оценку представителя МО

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

7

# Методика оценки достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период»

Для оценки достижения целевого значения критерия – **не более 1 пересечения потоков** **пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период** – изучается перечень кабинетов, в которых осуществляется оказание платных медицинских услуг и график их работы, заполняется проверочный лист.

Проверочный лист содержит таблицу, состоящую из нескольких столбцов. Данные в столбцы 1, 2, 3 вносятся специалистами проверяемой медицинской организации. Столбец 4 заполняется специалистом, осуществляющим аудит.

**В столбец 1** вносятся сведения о номере и наименовании кабинета.

**В столбец 2** вносятся сведения об организации разделения потоков пациентов в пространстве: наличие отдельного кабинета для оказания платных медицинских услуг.

**В столбец** **3** вносятся сведения об организации разделения потоков пациентов во времени: наличие выделенного времени приема, вне графика приема пациентов в рамках программы государственных гарантий.

**В столбец** **4** вносятся сведения о наличии пересечений потоков пациентов в соответствии с данными, указанными в столбцах 2 и 3.

**При отсутствии организации разделения потоков в пространстве и во времени** (в столбце 2 указано «НЕТ», в столбце 3 указано «НЕТ») наблюдение у кабинета не проводится.

**Если в столбце 2 указано «ДА», в столбце 3 – «НЕТ»**, аудитор проводит 3 наблюдения у кабинета: если по итогам наблюдения выявлено наличие пациентов из разных потоков, разделение потоков в пространстве отсутствует, **в столбце 2 «ДА» заменяется на «НЕТ»**.

**Если в столбце 2 указано «НЕТ», в столбце 3 – «ДА»**, аудитор проводит 3 наблюдения у кабинета (в период времени, выделенный для оказания платных медицинских услуг): если по итогам наблюдения выявлены пациенты, обратившиеся в рамках программы государственных гарантий, разделение потоков во времени отсутствует, **в столбце 3** **«ДА» заменяется на «НЕТ»**.

При наличии пересечений потоков во времени и пространстве (**в столбцах 2 и 3 указано «НЕТ»**) **столбце 4 указывается «ДА»**.

8

При наличии **«ДА» во 2 и/или 3 столбце** (разделение потоков в пространстве или во времени) **в столбце 4 указывается «НЕТ»** (отсутствие пересечения потоков).

В строке «Общее количество пересечений» аудитором вносится общее количество «ДА» в столбце 4.

В строке «Достижение целевого значения»: «ДА» – при общем количестве пересечений не более 1.

**Пример заполнения проверочного листа:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование и № кабинета | Организация устранения пересечения потоков пациентов | | Наличие пересечений потоков (да/нет) |
| в пространстве: наличие  отдельного кабинета (да/нет) | во времени: выделенного времени приема (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Кабинет врача-терапевта участкового №3 | ДА | НЕТ | НЕТ |
| Кабинет забора крови №6 | НЕТ | ДА | НЕТ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Общее количество пересечений: | | 0 |
|  | Достижение целевого значения (да/нет): | | ДА |

9

# Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период»

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование и № кабинета** | **Организация устранения пересечения потоков пациентов** | | **Наличие пересечений потоков (да/нет)** |
| **в пространстве: наличие отдельного кабинета (да/нет)** | **во времени: выделенного**  **времени приема (да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Общее количество пересечений: | |  |
|  | Достижение целевого значения (да/нет): | |  |

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

проводившего оценку представителя МО Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10

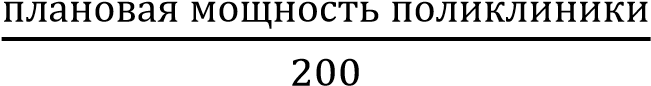
# Методика оценки достижения целевого значения критерия «Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания»

Для оценки достижения целевого значения критерия – **не менее 1 места в зоне (1 посадочное место для размещения 1 посетителя) на 200 посещений плановой мощности** – заполняется проверочный лист.

Проверочный лист состоит из нескольких столбцов.

Данные в столбцы 1 и 2 вносятся специалистами проверяемой медицинской организации, столбцы 3 и 4 заполняются специалистом, осуществляющим аудит. **В столбец 1** вносятся сведения о плановой мощности поликлиники.

**В столбец 2** вносятся сведения о необходимом количестве мест в зоне (зонах) комфортного ожидания из расчета не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности, которое рассчитывается по формуле:

.

**В столбец** **3** аудитором вносятся сведения о соответствии зоны комфортного ожидания формату «минимум» (приложение 1 Методических рекомендаций «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медикосанитарную помощь»). С этой целью проводится визуальная оценка зоны (зон) комфортного ожидания.

**В столбец** **4** аудитором вносятся сведения о фактическом количестве мест в зоне (зонах) комфортного ожидания.

В строке «Достижение целевого значения критерия» указать результат проведенного аудита в формате «ДА»/«НЕТ».

**Пример заполнения проверочного листа:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Плановая мощность поликлиники | Расчетное количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания, ед. | Соответствие зоны (зон) комфортного ожидания формату  «минимум» (да/нет) | Фактическое количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания, ед. |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 450 | 3 | да | 3 |
|  |  |  |  |
|  | Достижение целевого значения критерия: | | да |

11

**Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания»**

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Плановая мощность поликлиники** | **Расчетное количество мест**  **в зоне (зонах) комфортного ожидания, ед.** | **Соответствие зоны**  **(зон) комфортного ожидания формату**  **«минимум»**  **(да/нет)** | **Фактическое количество мест**  **в зоне (зонах) комфортного ожидания, ед.** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Достижение целевого значения критерия: | |  |

ФИО, должность проводившего оценку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя МО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Методика оценки достижения целевого значения критерия «Организация системы навигации»

Для оценки достижения целевого значения критерия – **время, затраченное на поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд** – изучается поэтажный план медицинской организации, заполняется проверочный лист.

Проверочный лист состоит из нескольких столбцов. Данные **в столбец 1** вносятся специалистами проверяемой медицинской организации, **в столбцы 2, 3, 4, 5** – специалистом, осуществляющим аудит.

Перед началом аудита специалистом, осуществляющим аудит, определяются конечные точки маршрутов (**минимум 3 маршрута**), при следовании по которым будет проводиться оценка времени поиска необходимой информации об объекте в точке (точках) ветвления маршрута.

**В столбец 1** вносятся сведения о типовых точках ветвления маршрута.

**В столбцы 2, 3, 4** вносятся результаты замеров времени поиска необходимой информации о дальнейшем маршруте в точках ветвления маршрута для каждого из выбранных маршрутов в секундах.

**В столбец** **5** вносятся максимальные значения замера времени, в соответствии с данными в столбцах 2, 3, 4.

В строке «Время принятия решения в точках ветвления маршрутов» аудитором указывается максимальное значения времени в секундах, исходя из значений, указанных в столбце 5.

В строке «Достижение целевого значения»: «ДА» – если максимальный замер времени не превышает 30 секунд.

**Пример заполнения проверочного листа:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Точки ветвления маршрутов | Конечные точки маршрутов | | | Результат по каждой точке ветвления маршрута, сек. |
| Кабинет 215, сек. | Кабинет 308, сек. | Кабинет 325, сек. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Этаж 1 | | | |  |
| Вход | 5 | 4 | 3 | 5 |
| Пересечение коридоров 1 | 7 | 5 | - | 7 |
| Пересечение коридоров 2 | - | - | 5 | 5 |
| Лестница 1 | 3 | - | - | 3 |
| Лестница 2 | - | 5 | - | 5 |
| Лифт | - | - | 5 | 5 |
| Этаж 2 | | | |  |
| Пересечение коридоров 1 | 6 | - | - | 6 |
| Пересечение коридоров 2 | 4 | - | - | 4 |
| Лестница 1 | 3 | - | - | 3 |
| Лестница 2 | - | - | - | - |
| Лифт | - | - | - | - |
| Этаж 3 | | | |  |
| Пересечение коридоров 1 | - | - | 5 | 5 |
| Пересечение коридоров 2 | - | 8 | - | 8 |
| Лестница 1 | - | - | - | - |
| Лестница 2 | - | 3 | - | 3 |
| Лифт | - | - | 4 | 4 |
| Время принятия решения в точках ветвления маршрутов: | | | | 8 |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | | Да |

# Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Организация системы навигации»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Точки ветвления маршрутов** | **Конечные точки маршрутов** | | | **Результат по каждой точке ветвления маршрута, сек.** |
| **Кабинет**  **№ \_\_\_, сек.** | **Кабинет**  **№ \_\_\_, сек.** | **Кабинет**  **№ \_\_\_, сек.** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Этаж 1 | | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж 2 | | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж 3 | | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Время принятия решения в точках ветвления маршрутов: | | | |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | |  |

ФИО, должность проводившего оценку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя МО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Методика оценки достижения целевого значения критерия «Организация системы информирования в медицинской организации»

Для оценки достижения целевого значения критерия – **наличие 100% элементов системы информирования** – заполняется проверочный лист.

Проверочный лист состоит из нескольких столбцов. Данные **в столбце 1** являются фиксированными, данные **в столбцы 2, 3, 4, 5, 6** вносятся специалистом, осуществляющим аудит.

**Столбец 1** содержит перечень элементов системы информирования.

**В столбец 2** вносятся сведения о наличии элемента системы информирования.

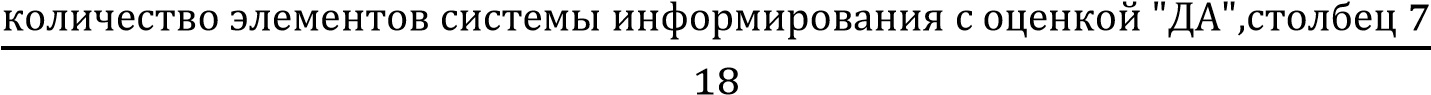
**В столбец 3** вносятся сведения об уместности элемента системы информирования. Уместность определяется размещением информации там, где у посетителя медицинской организации возникает потребность в ее получении.

**В столбец** **4** вносятся сведения об актуальности отдельного элемента системы информирования. Данный элемент считается актуальным, если информация, содержащаяся в нем, является действительной на момент обращения.

**В столбец 5** вносятся сведения о доступности отдельного элемента системы информирования. Доступность оценивается по критериям: 1) информация размещена в визуально доступном месте, может быть прочитана с расстояния **не менее 1 метра**; 2) к элементам информации организован свободный доступ; 3) информация визуально структурирована, отсутствуют исправления и противоречащие друг другу элементы системы информирования; 4) в соответствии с региональными нормативно-правовыми актами проведено дублирование информации на государственных языках национальных республик России, других языках народов России; 5) нормативно-правовые акты имеются в полнотекстовой версии.

**В столбец 6** вносятся сведения о выполнении требований критерия в соответствии с данными столбцов 2-5: указывается **«ДА», если в столбцах 2-5 указано «ДА»**.

После заполнения всех ячеек таблицы рассчитывается доля элементов информации, имеющихся в наличии, по формуле:

 \* 100%.

**Пример заполнения проверочного листа:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | Да | Да | Да | Да | Да |
| Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации | Да | Да | Да | Да | Да |
| Копия действующей лицензии с приложениями | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о вышестоящих и контролирующих организациях | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о противодействии коррупции | Да | Да | Да | Нет | Нет |
| Информация о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в фронт-офисе | Да | Да | Да | Нет | Нет |
| Информация о страховых медицинских организациях,  осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской  Федерации | Да | Да | Да | Нет | Нет |
| Информация о видах оказываемой медицинской помощи | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о порядке, об объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТПГГ | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации) | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования | Да | Да | Да | Да | Да |
| 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») | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о проведении вакцинации | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информационные плакаты о здоровом образе жизни | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов) | Да | Да | Да | Да | Да |
| Информация о правилах предоставления платных медицинских услуг  (образец договора) | Да | Да | Да | Да | Да |
| Процент наличия элементов информации, % | | | | | 83,3 |
| Соответствие критерию (да/нет): | | | | | Нет |

16

# 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) |  |  |  |  |  |

17

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проводившего оценку представителя МО Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Методика оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи»**

Для оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи» на базовом уровне развития «Новой модели медицинской организации» необходимо достижение следующих целевых значений показателя:

не менее 50% – доля посещений по предварительной записи, из которых не менее 80% пациентов принято по установленному времени. Итогом осуществления проверки является заполненный проверочный лист.

При отсутствии в проверяемой медицинской организации возможности предварительной записи на амбулаторный прием ко всем специалистам, наблюдения не проводятся – критерий не достигнут.

Проверочный лист состоит из нескольких столбцов.

Данные **в столбцы 1, 2** вносятся специалистами проверяемой медицинской организации, **в столбцы 3, 4, 5** – специалистом, осуществляющим аудит.

**В столбец 1** вносятся сведения о наименовании кабинета врачатерапевта/врача-педиатра/врача общей практики (не менее 4), врачейспециалистов (не менее 3).

**В столбец 2** вносятся сведения о номере кабинета врача-терапевта/врачапедиатра/врача общей практики (не менее 4), врачей-специалистов (не менее 3).

В случае отсутствия в оцениваемой медицинской организации/структурном подразделении требуемого количества врачей в соответствии с расчетным количеством согласно количеству прикрепленного населения и порядкам оказания медицинской помощи наблюдение производится во время одновременного приема наибольшего количества врачей, ведущих прием по предварительной записи в данной медицинской организации. Для проведения наблюдения рекомендуется определить кабинеты, расположенные в непосредственной близости друга от друга, что позволит обеспечить возможность параллельного наблюдения. Наблюдение проводится в часы приема, осуществляемого по предварительной записи.

**В столбцы 3, 4** вносятся результаты не менее чем 8 проведенных наблюдений (сравнение фактического времени приема пациента с данными медицинской информационной системы о предварительной записи) у каждого из кабинетов. Если по итогам наблюдения выявлены пациенты

без предварительной записи – в столбце 3 указывается «НЕТ»; если выявлены пациенты, принятые не вовремя (свыше допустимого отклонения, равного продолжительности одного приема согласно расписанию) – в столбце 4 указывается «НЕТ».

**При достижении критерия** (значение «ДА» в столбцах 3 и 4) **в столбце** **5** указывается **«ДА».** При наличии значения «НЕТ» в столбце 3 или 4 – **критерий не достигнут** – **в столбце 5** указывается «**НЕТ»**.

В строке **«Достижение целевого значения»**: «ДА», если в столбце 5 все значения – «ДА».

**Пример заполнения проверочного листа:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование специальности | Наименование кабинета и его номер | Организация амбулаторного приема плановых пациентов | | достижение  критерия  (да/нет) |
| по предварительной записи (да/нет) | строго по времени  (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| врач-терапевт | 205 | да | нет | нет |
| врач-терапевт | 208 | да | нет | нет |
| врач-терапевт | 310 | да | да | да |
| врач-терапевт | 312 | да | нет | нет |
| врач-невролог | 220 | да | нет | нет |
| врач-кардиолог | 304 | да | да | да |
| врач-офтальмолог | 301 | да | да | да |
|  |  | Достижение целевого значения (да/нет): | | нет |

# Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование специальности** | **Наименование кабинета и его номер** | **Организация амбулаторного приема плановых пациентов** | | **Достижение критерия**  **(да/нет)** |
| **по предварительной записи (да/нет)** | **строго по времени**  **(да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Достижение целевого значения (да/нет): | | |  |

ФИО, должность проводившего оценку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя МО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Методика оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации»

Для оценки достижения целевого значения критерия – **доля записей, произведенных без посещения регистратуры, составляет не менее 50%** – анализируются сведения медицинской информационной системы или других доступных достоверных источников о количестве пациентов, предварительно записанных на прием за месяц, предшествующий проведению аудита, сведения о количестве пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру, заполняется проверочный лист.

Проверочный лист состоит из нескольких столбцов.

Данные **в столбцы 1, 2** вносятся специалистами проверяемой медицинской организации, **в столбцы 3, 4** – специалистом, осуществляющим аудит.

**В столбец 1** вносятся сведения о количестве пациентов, предварительно записанных на прием всеми доступными способами.

**В столбец 2** вносятся сведения о количестве пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру.

**В столбец 3** вносится рассчитанная доля записей, произведенных без посещения регистратуры:

\* 100%, где

𝑎

−

𝑏

𝑎

а – количество пациентов, предварительно записанных на прием всеми

доступными способами (чел.), b – количество пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру (чел.).

**При достижении критерия** (значение в столбце 3 не менее 50%) **в столбце** **4** указывается **«ДА».** При наличии значения менее 50% в столбце 3 – **критерий не достигнут** – **в столбце 4** указывается «**НЕТ»**.

**Пример заполнения проверочного листа:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество пациентов, предварительно записанных  на прием всеми доступными способами, чел. | Количество пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру, чел. | Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, % | Достижение критерия (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 638 | 12 350 | 58,3 | ДА |
|  |  |  |  |

# Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации»

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Количество пациентов, предварительно**  **записанных на прием всеми доступными способами, человек** | **Количество пациентов, предварительно**  **записанных на прием при обращении в регистратуру, человек** | **Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, %** | **Достижение критерия**  **(да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ФИО, должность проводившего оценку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя МО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Методика оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений»

Для оценки достижения целевого значения критерия – **не более 3 посещений** – заполняется проверочный лист.

Проверочный лист состоит из 6 столбцов, заполняется специалистом, осуществляющим аудит.

Перед началом оценки специалист, осуществляющий аудит, анализирует не менее 40 медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у) и приложенных к ним бланков учетной формы 131/у (далее – комплект медицинской документации), из них 20 комплектов медицинской документации – на мужчин в возрасте 40 лет и старше, 20 – на женщин в возрасте 40 лет и старше, а также 10 комплектов медицинской документации на пациентов, прошедших профилактический медицинский осмотр за месяц, предшествующий проведению аудита.

При проведении анализа учитываются только законченные случаи диспансеризации/профилактического медицинского осмотра.

**В столбец 1** вносится номер медицинской карты пациента, взятой для проведения анализа.

**В столбец 2** вносятся сведения о прохождении 1 этапа диспансеризации либо профилактического медицинского осмотра.

**В столбцах** **3** **и** **4** соответственно указываются возраст и пол пациента.

**В столбец** **5** вносятся сведения о количестве посещений медицинской организации, совершенных пациентом при прохождении профилактического медицинского осмотра и (или) первого этапа диспансеризации. Информация о количестве посещений вносится в соответствии с датами проведения осмотра/исследования.

**В столбец 6** вносятся сведения о достижении целевого значения критерия для каждого проанализированного случая.

В строке «Достижение целевого значения»: «ДА» – если в соответствии со столбцом 6 все критерии достигнуты (значение «ДА»).

**Пример заполнения проверочного листа:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер медицинской карты пациента | Диспансеризация/  ПО | Возраст, лет | Пол (м/ж) | Количество посещений | Достижение критерия (да/нет) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25648 | Д | 45 | ж | 3 | да |
| 3698254 | Д | 48 | ж | 4 | нет |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (да/нет): | | | | | нет |

# Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений»

(для медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению)

Наименование структурного подразделения МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номер медицинской карты пациента** | **Диспансеризация/ профилактический медицинский осмотр** | **Возраст, лет** | **Пол**  **(м/ж)** | **Количество посещений, ед.** | **Достижение критерия**  **(да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Достижение целевого значения (да/нет): | | | |  |

ФИО, должность проводившего оценку

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя МО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_