**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 выполнения условий достижения целевого значения критерия –организация управления потоками пациентов при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров **не допускает более трех пересечений** с иными потоками пациентов – заполняется проверочный лист для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, или для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям. В случае, 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 – аудитор проводит оценку в одном из кабинетов, определяемом путем случайного выбора. Если мероприятие не проводится в медицинской организации – в столбец вносится соответствующая информация (указывается **«не проводится»**). В таком случае, это мероприятие не учитывается при оценке результата.

**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:**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Методика оценки достижения целевого значения критерия**

**«Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»**

(для медицинских организаций, оказывающих данный вид услуг)

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия –**организация управления потоками пациентов при предоставлении платных медицинских услуг** **не допускает более одного пересечения** с потоками пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**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»**.

Наблюдение проводится не более чем у 5 кабинетов (перечень кабинетов определяется аудитором путем случайного выбора).

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

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:**



**Проверочный лист достижения целевого значения критерия**

**«Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»**

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

**Методика оценки достижения целевого значения критерия**

**«Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия –количество посадочных мест для комфортных условий пребывания пациентов, их законных представителей и членов их семей составляет **не менее одного места на 200 посещений плановой мощности** медицинской организации – 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 (зон) комфортного ожидания формату «минимум» (приложение 1 Методических рекомендаций «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную 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:**



**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 (да/нет): | | |  | |

ФИО, должность проводившего оценку

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

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя МО

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

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – система навигации для пациентов, их законных представителей и членов их семей организована с учетом характера расположения помещений, и **позволяет принять решение о перемещении к пункту назначения не более чем за 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 значение 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:**



**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 … | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Этаж N | | | | |
| 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 выполнения условий достижения целевого значения критерия – система информирования для пациентов, их законных представителей и членов их семей **содержит все необходимые элементы информации** (100%) – 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»**.

Если в столбце 6 имеется одно и более значений «НЕТ», критерий не выполнен. В строке «Достижение целевого значения (да/нет)» указывается «НЕТ».

**Пример заполнения проверочного листа:**



**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 регистратуре |  |  |  |  |  |
| 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) |  |  |  |  |  |
| 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», Федеральный закон от 20.07.2012 №125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов», 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», Указ Президента Российской Федерации от 02.10.1992 № 1157 «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов») |  |  |  |  |  |
| 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), (для размещения в медицинских организациях, оказывающих данный вид услуг) |  |  |  |  |  |
| Достижение целевого значения (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 первом уровне развития «Новой модели медицинской организации» необходимо достижение следующих целевых значений показателя:

не менее 50% – доля времени приема, осуществляемого по предварительной записи; не менее 80% – доля посещений по установленному времени из числа посещений по предварительной записи (допустимо отклонение, равное продолжительности одного приема согласно расписанию).

Итогом осуществления оценки является заполненный проверочный лист.

При отсутствии в проверяемой медицинской организации возможности предварительной записи на амбулаторный прием ко всем специалистам, наблюдения не проводятся – целевое значение критерия не достигнуто.

Проверочный лист состоит из нескольких столбцов.

Данные **в столбцы 1, 2** вносятся специалистами проверяемой медицинской организации, **в столбцы 3, 4, 5, 6, 7** – специалистом, осуществляющим аудит.

Аудитор определяет кабинеты врачей, осуществляющих амбулаторный прием плановых пациентов, для проведения наблюдения с учетом времени их работы в день проведения аудита и их взаимного расположения в медицинской организации: кабинеты врача-терапевта/врача-педиатра/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 проводится 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 столбец 1** вносятся сведения о наименовании кабинетов.

**В столбец 2** вносятся сведения о номерах кабинетов.

**В столбец 3** для каждого кабинета вносится доля времени приема, осуществляемого по предварительной записи в соответствии с данными медицинской информационной системы или других доступных достоверных источников о количестве пациентов, предварительно записанных на прием.

Расчет доли для внесения в столбец 3 проводится по формуле:

, где

*a* – время приема по предварительной записи, минуты,

*b* – общее время приема, минуты.

Если значение в **столбце 3** составляет менее 50%, **в столбце 4** указывается «НЕТ», наблюдения не проводятся – целевое значение критерия не достигнуто.

Если значение в **столбце 3** для всех кабинетов составляет более 50%,   
у каждого из них проводится наблюдение. Оно должно включать не менее   
5 пациентов по предварительной записи и продолжаться не более 2 часов. При отсутствии требуемого количества пациентов, записанных предварительно, наблюдения у такого кабинета не используются в оценке.

По результатам наблюдений **в столбце 4** указывается «НЕТ», если   
по результатам наблюдения выявлены пациенты без предварительной записи. Если в результате наблюдения установлены только пациенты   
по предварительной записи **в столбце 4** указывается «ДА».

По результатам наблюдений **в столбце 5** для каждого кабинета указывается доля пациентов, принятых по установленному времени.

Расчет доли для внесения в столбец 5 проводится по формуле:

, где

*a* – количество пациентов, принятых вовремя (допустимо отклонение, равное продолжительности одного приема согласно расписанию),

*b* – общее количество пациентов, в отношении которых проводилось наблюдение.

**В столбце 6** указывается «НЕТ», если значение в столбце 5 составляет менее 80%. Если значение в столбце 5 составляет 80% и более, **в столбце 6** указывается «ДА».

**При достижении целевого значения критерия** (значение «ДА» в столбцах 4 и 6) **в столбце** **7** указывается «ДА».При наличии значения «НЕТ» в столбце 4 или 6 – целевое значение **критерия не достигнуто** – **в столбце 7** указывается «**НЕТ»**.

В строке **«Достижение целевого значения»**: «ДА», если в столбце 7 все значения – «ДА».

**Пример заполнения проверочного листа:**



**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 целевого значения (да/нет)** |
| **по предварительной записи** | | **строго по времени** | |
| **(%)** | **(да/нет)** | **(%)** | **(да/нет)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 выполнения условий достижения целевого значения критерия –**не менее 50% записи на прием осуществляется без непосредственного обращения в регистратуру (на стойку информации)**, по телефону, через медицинскую информационную систему (инфомат, колл-центр, из кабинета врача) – 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 личном 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

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:**



**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 целевого значения (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 или первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений»**

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

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – организация профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения **не допускает более трех посещений** пациентом медицинской организации – 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 или первого этапа диспансеризации. Информация  
о количестве посещений вносится в соответствии с датами проведения осмотра/исследования. Даты медицинских осмотров, исследований, выполненных ранее и учтенных при проведении диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, при оценке не учитываются.

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

ФИО, должность проводившего оценку

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

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя МО

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

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_