

# **Акт посещения медицинской организации во время проведения очного этапа сбора и обобщения информации о качестве условий оказания услуг**

Наименование медицинской организации

name

---

Наименование населенного пункта

name

---

Дата посещения медицинской  
организации

name

---

Сведения об уполномоченном представителе организации-оператора:

name

---

(фамилия, имя, отчество представителя организации-оператора)

В присутствии:

---

(фамилия, имя, отчество представителя медицинской организации)

совместно произвели визуальный осмотр помещений медицинской организации и прилегающей территории в целях обеспечения сбора и обобщения информации о качестве условий оказания услуг в соответствии с Приказом Минздрава России от 04.05.2018 № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.05.2018 N 51156)

В ходе визуального осмотра установлено следующее:

<b>Стационарные условия</b>
-----------------------------

**Критерий 1. Соответствие информации о деятельности  
медицинской организации, размещенной на  
общедоступных информационных ресурсах, перечню**

## информации и требованиям к ней, установленными нормативными правовыми актами

### 1.1. Соответствие информации о деятельности организации, размещенной на общедоступных информационных ресурсах, ее содержанию и порядку (форме) размещения, установленным нормативными правовыми актами

№ п/п	Наименование документа	Наличие Стенд	Наличие Сайт
<b>I. Общая информация о медицинской организации</b>			
1	Полное наименование	Да	Нет
2	Место нахождения и схема проезда, включая обособленные структурные подразделения (при их наличии)		
3	Почтовый адрес	Да	Нет
4	Дата государственной регистрации	Да	Да
5	Сведения об учредителе (учредителях)	Да	Да
6	Структура	Да	Да
7	Органы управления	Да	Да
8	Вакантные должности	Да	Да
9	Режим работы	Нет	Да
10	График работы	Да	Нет
11	Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг	Нет	Да
12	Контактные телефоны	Да	Да
13	Номера телефонов справочных служб	Нет	Да
14	Адреса электронной почты	Да	Да
15	График приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием:	Да	Да
16	Телефона	Да	Нет
17	Адреса электронной почты	Да	Нет
18	Адрес органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья	Да	Да
19	Адрес территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения	Да	Нет
20	Контактный телефон территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения	Да	Нет
21	Адрес территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	Да	Нет
22	Контактный телефон территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	Нет	Да
23	Информация о страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному	Нет	Да
24	Отзывы потребителей услуг	Нет	Да

<b>II. Информация о медицинской деятельности медицинской организации</b>			
25	О наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением (копия лицензии)	Да	Да
26	О видах медицинской помощи	Да	Да
27	О правах граждан в сфере охраны здоровья	Да	Нет
28	Об обязанностях граждан в сфере охраны здоровья	Да	Нет
29	О перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения	Да	Нет
30	О перечне 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	Да	Да
31	О перечне лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций	Да	Да
32	О перечне 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	Да	Да
33	О возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	Нет	Да
34	О порядке оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	Да	Нет
35	Об объеме оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	Да	Нет
36	Об условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	Да	Да
37	О показателях доступности медицинской помощи, установленных в территориальной программе	Да	Нет

	государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год		
38	О показателях качества медицинской помощи, установленных в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год	Нет	Да
39	* О сроках проводимой диспансеризации населения в медицинской организации, оказывающей первичную медикосанитарную помощь и имеющей прикрепленное население	Да	Нет
40	* О порядке проводимой диспансеризации населения в медицинской организации, оказывающей первичную медикосанитарную помощь и имеющей прикрепленное население	Да	Да
41	* О результатах проводимой диспансеризации населения в медицинской организации, оказывающей первичную медикосанитарную помощь и имеющей прикрепленное население	Да	Да
42	Правила записи на первичный прием	Да	Нет
43	Правила записи на консультацию	Да	Нет
44	Правила записи на обследование	Да	Нет
45	Правила подготовки к диагностическим исследованиям	Да	Нет
46	Правила госпитализации	Да	Нет
47	Сроки госпитализации	Да	Да
48	** Правила предоставления платных медицинских услуг	Да	Нет
49	** Условия, порядок, форма предоставления медицинских услуг и порядок их оплаты	Да	Да
50	** Перечень оказываемых платных медицинских услуг с указанием цен в рублях (тарифы) с приложением электронного образа документов (для помещений – копии документов)	Да	Нет
51	** Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации: Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, занимаемая должность	Да	Нет
52	Сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация)	Да	Нет
53	Сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия)	Да	Да
54	График работы	Нет	Да
<b>III. Информация о медицинских работниках медицинских организаций, включая филиалы (при их наличии)</b>			
55	Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, занимаемая должность	Да	Да
56		Да	Да

	Сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация)		
57	Сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия)	Да	Да
58	График работы и часы приема медицинского работника	Да	Да

\* пп.39-41: В случаях, когда, медицинская организация не оказывает первичную медико-санитарную помощь и/или не имеет прикрепленного населения, в помещениях медицинской организации представляется информация о сроках и порядке проведения диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) населения Российской Федерации

\*\* пп.48-54: В случаях, когда медицинская организация не оказывает платных медицинских услуг, в помещениях медицинской организации представляется информация об отсутствии платных медицинских услуг

<b>1.2. Обеспечение на официальном сайте организации наличия и функционирования дистанционных способов обратной связи и взаимодействия с получателями услуг</b>			
59	Наличие на официальном сайте номера телефона организации (его функционирование)	Да	
60	Наличие на официальном сайте адреса электронной почты (ее функционирование)	Да	
61	Наличие на официальном сайте электронных сервисов (форма для подачи электронного обращения/ жалобы/предложения)	Да	
62	Наличие на официальном сайте раздела «Часто задаваемые вопросы»	Да	
63	Наличие возможности на официальном сайте получения консультации по оказываемым услугам и прочие технические возможности	Да	
64	Обеспечение технической возможности выражения получателями услуг о качестве оказания услуг (наличие анкеты для опроса граждан или гиперссылки на нее)	Да	

## **Критерий 2. Комфортность условий предоставления услуг**

<b>2.1.1 Наличие комфортных условий для предоставления услуг</b>			
65	Обеспечение лечебно-охранительного режима (Отсутствие свободных мест ожидания, состояние гардероба, питание, действия персонала по уходу)	Да	
66	Отсутствие очередей	Да	
67	Доступность записи на прием к врачу/направление на госпитализацию (по телефону медицинской организации, через кол-центр, с использованием информационно-телекоммуникационной сети \"Интернет\" на официальном сайте медицинской организации, на портале государственных	Да	

	услуг (www.gosuslugi.ru), при обращении в медицинскую организацию)	
68	Доступность питьевой воды	Да
69	Наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений (чистота помещений, наличие мыла, воды, туалетной бумаги и пр.)	Да
70	Санитарное состояние помещений организации	Да

### **2.2.1. Среднее время ожидания предоставления услуги**

71	Среднее время ожидания предоставления услуги	меньше установленного срока ожидания на 2 дня (на 2 часа)
----	--	---

## **Критерий 3. Доступность услуг для инвалидов**

### **3.1. Оборудование территории, прилегающей к организации, и ее помещений с учетом доступности для инвалидов**

72	Оборудование входных групп пандусами/подъемными платформами	Да
73	Наличие выделенных стоянок для автотранспортных средств инвалидов	Да
74	Наличие адаптированных лифтов, поручней, расширенных дверных проемов	Да
75	Наличие сменных кресел-колясок	Да
76	Наличие и доступность специально оборудованных санитарно-гигиенических помещений	Да

### **3.2. Обеспечение в организации условий доступности, позволяющих инвалидам получать услуги наравне с другими**

77	Дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации	Да
78	Дублирование надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля	Да
79	Возможность предоставления инвалидам по слуху (слуху и зрению) услуг сурдопереводчика (тифлосурдопереводчика)	Да
80	Наличие альтернативной версии официального сайта организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» для инвалидов по зрению	Да
81	Наличие возможности сопровождения инвалида работниками медицинской организации; - наличие возможности оказания первичной медико-санитарной и паллиативной медицинской помощи инвалидам на дому	Да

### **Дополнительная информация**

Представитель  
организации-оператора:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

С информацией, отраженной в настоящем акте  
ознакомлен и согласен.

Достоверность отраженных в акте сведений  
подтверждаю.

Представитель  
медицинской организации:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Сохранить в pdf