**Заявка**

**на участие в конкурсе медицинских организаций Калужской области**

**в номинации** **«Лучшая практика управления качеством оказания медицинской помощи в медицинской организации»**

**(полное наименование медицинской организации)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ пп** | **Перечень вопросов анкеты** | **Данные медицинской организации** |
| 1. | Ф.И.О., должность лица, курирующего вопросы управления качества оказания медицинской помощи |  |
| 2. | Наличие регламента взаимодействия обмена данными между участниками  процесса контроля качества медицинской деятельности (да/нет) |  |
| 3. | Наличие системы мотивации и оценки персонала по результатам медицинской деятельности (да/нет) |  |
| 4. | Наличие внедренной системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (да/нет) |  |
| 5. | Внедрение принципов бережливого производства (да/нет/да, но в отдельных подразделениях) |  |
| 6. | Наличие в течение года представлений органов государственного (ведомственного) контроля об устранении нарушений в сфере здравоохранения (да/нет) |  |

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

Руководитель медицинской организации Подпись ФИО

(наименование должности)

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.

*Отметка ТФОМС Калужской области*

*«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.*

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

*Должность работника, принявшего заявку Подпись ФИО*