Приложение

к Положению о проведении

конкурса медицинских организаций

Калужской области в номинации

«Лучшая практика организации оказания

первичной медико-санитарной помощи»

**Заявка**

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

**в номинации «Лучшая практика организации оказания**

**первичной медико-санитарной помощи»**

**(полное наименование медицинской организации)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ пп** | **Перечень вопросов анкеты** | **Данные медицинской организации за 2022 год** |
| 1. | Ф.И.О., должность ответственного лица, курирующего организацию первичной медико-санитарной помощи и обеспечивающих методическую работу с участковыми врачами, фельдшерами, в том числе фельдшерами ФП (ФАП) |  |
| 2. | Количество структурных подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе: |  |
| 2.1. | - расположенных в сельской местности |  |
| 2.2. | - ФАП (ФП) |  |
| 3. | Численность обслуживаемого населения\* в структурных подразделениях, указанных в пункте 2 Заявки, в том числе: |  |
| 3.1. | - проживающих в сельской местности |  |
| 3.2. | - на ФАП (ФП) |  |
| 4. | Наличие возможности взаимодействия граждан с руководством медицинской организации по вопросам доступности и качества медицинской помощи (да/нет) |  |
| 5. | Наличие плановых заданий, доведенных до каждого врачебного участка, ФП (ФАП) с учетом необходимости достижения установленных годовых объемов медицинской помощи: |  |
|  | - количественных показателей в разрезе целей посещений, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Калужской области (да/нет) |  |
|  | - количественных показателей по диспансеризации и профилактическим мероприятиям (да/нет) |  |
| 6. | Наличие плана диспансерного наблюдения в разрезе каждого врачебного участка, ФП (ФАП) (да/нет) |  |
| 7. | Наличие возможности телемедицинских консультаций «врач-врач» для взаимодействия фельдшерско-акушерской службы с участковыми терапевтами (да/нет) |  |
| 8. | Организация выездных форм проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в отдаленных населенных пунктах: |  |
|  | - периодичность выездов |  |
|  | - количество выездов за год |  |
| 9. | Наличие в эффективных контрактах с медицинскими работниками показателей результативности работы деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП (по перечню, утвержденному Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования) (да/нет/не во всех) |  |
| 10. | Периодичность формирования с участковыми врачами, фельдшерами, в том числе фельдшерами ФП (ФАП), приоритетных групп населения среди лиц, подлежащих профилактическим мероприятиям в приоритетном порядке |  |

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

Руководитель медицинской организации Подпись ФИО

(наименование должности)

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.

*Отметка ТФОМС Калужской области*

*«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.*

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

*Должность работника, принявшего заявку Подпись ФИО*