

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ**
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»
(КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК)

ПРИКАЗ

10.01.2023

№ 24-А

г. Хабаровск

Об организации медицинской помощи населению Хабаровского края в рамках
территориальной программы государственных гарантий

Во исполнение Постановления Правительства РФ от 29.12.2022г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025год», Постановления Правительства Хабаровского края от 30.12.2022 № 735-пр «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Условия и порядок предоставления медицинской помощи в КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края (Приложение № 1);

1.2. форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (приложение № 2);

1.3. форму заявления на прикрепление пациента к КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК (приложение № 3);

1.4. форму отказов от медицинского вмешательства в зависимости от клинической ситуации (приложение № 4).

1.5. Проверочный лист для оценки соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗХК (приложение № 5);

1.6. Проверочный лист для оценки организации безопасной среды для пациентов и работников (приложение № 6);

1.7. Проверочный лист для оценки соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗХК (приложение № 7).

2. Заведующим структурными подразделениями обеспечить неукоснительное исполнение в учреждении порядка предоставления гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в рамках основной деятельности Центра согласно территориальной программе государственных гарантий.

3. Заместителю главного врача по медицинской части Рогачиковой А.Е. обеспечить проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с использованием проверочных листов.

4. Считать утратившим силу приказ главного врача от 11.01.2021г. № 24-А «Об организации медицинской помощи населению Хабаровского края в рамках территориальной программы государственных гарантий».

5. Контроль за выполнением приказа оставляю за собой.

И.о.главного врача

А.Е.Рогачикова

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗХК
А.В. Кузнецова
«10» января 2023г.

**ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В КГБУЗ «ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ**

1. Общие положения

1.1. Настоящие Условия и порядок оказания медицинской помощи в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее - Условия и порядок), разработаны в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.11 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 29.12.2022г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025год», Постановления Правительства Хабаровского края от 30.12.2022 № 735-пр «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказами Министерства здравоохранения РФ и Хабаровского края.

1.2. Медицинская помощь в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее Центр) оказывается гражданам Российской Федерации при предъявлении документа, удостоверяющего личность, и полиса обязательного медицинского страхования. Отсутствие страхового полиса и документа, удостоверяющего личность, не являются причиной для отказа в медицинской помощи в экстренных случаях, угрожающих жизни больного. Гражданам Российской Федерации, проживающим в других субъектах Российской Федерации, медицинская помощь на территории Хабаровского края оказывается в объемах, предусмотренных Территориальной программой.

Медицинская помощь в Центре оказывается в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.3. В соответствии со статьей 4 Федерального закона от 21.11.11 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» основными принципами организации медицинской помощи в Центре являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

1.4. Гражданин имеет право на выбор врача, в том числе лечащего врача, с учетом согласия этого врача, а также выбор учреждения здравоохранения в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством.

1.5. Прием пациентов и лечебно-диагностический процесс проводятся в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

1.6. В зависимости от тяжести состояния пациента медицинская помощь ему может быть оказана в экстренном и плановом порядке.

1.7. Медицинская помощь в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК по экстренным показаниям при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, а также при состояниях, угрожающих жизни оказывается безотлагательно. Экстренную медицинскую помощь оказывают медицинские работники всех подразделений Центра.

1.8. Плановая медицинская помощь оказывается при состояниях, позволяющих без ущерба для здоровья пациента предоставить необходимую медицинскую помощь с отсрочкой во времени.

1.9. Информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, медицинским персоналом Центра сохраняются в тайне, кроме случаев, определенных законодательством Российской Федерации.

1.10. Информация о состоянии здоровья пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения предоставляется пациенту (или его законным представителям) в доступной, понятной для него форме и в достаточном объеме в установленном законодательством порядке.

В письменном виде пациенту предоставляются сведения при соблюдении следующих условий:

- наличие письменного заявления пациента (или его законного представителя) на имя главного врача Центра;

- личное обращение пациента (или его законного представителя) в Центр с предъявлением документов, удостоверяющих личность.

1.11. Гражданин (или его законный представитель) имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента». По желанию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы других сторон. Справки и медицинские заключения выдаются гражданам в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 14.09.2020г. № 972н.

1.12. Медицинское вмешательство проводится только после получения информированного добровольного письменного согласия пациента с разъяснением объема медицинского вмешательства, степени риска манипуляции, возможных осложнений, которое оформляется в установленном законодательством порядке. При отказе пациента от медицинского вмешательства факт отказа должен быть оформлен в медицинской документации и заверен подписями больного или его законного представителя и лечащего врача.

1.13. Территориальная программа и ее приложения, в том числе настоящие Условия и порядок, находятся в каждом подразделении Центра, в том числе в регистратуре. Ознакомление с ними пациентов возможно на информационных стендах в холле.

2. Порядок и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой в КГБУЗ «ЦПСИЗ» МЗХК

2.1. Медицинская деятельность Центра осуществляется в виде первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи на основании имеющейся лицензии.

2.2. Медицинская помощь в Центре оказывается амбулаторно и в условиях дневного стационара. Оказание пациенту амбулаторной помощи включает:

- 1) осмотр пациента;
- 2) постановку предварительного диагноза, составление плана обследования, амбулаторного лечения, постановку заключительного диагноза, решение вопроса о трудоспособности и о лечебно-охранительном режиме;
- 3) оформление медицинской документации в соответствии с установленными требованиями;
- 4) осуществление необходимых лечебно-диагностических мероприятий непосредственно в кабинете специалиста в соответствии с квалификационными требованиями по определенной специальности;
- 5) организацию и своевременное осуществление необходимых лечебно-диагностических, профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий за пределами кабинета специалиста;
- 6) информирование о возможности проведения пациенту необходимых диагностических исследований в других медицинских организациях при условии невозможности их проведения в данной медицинской организации;

7) организацию транспортировки пациента в стационар при непосредственной угрозе жизни;

8) обеспечение противоэпидемических и карантинных мероприятий в объеме, предписанном соответствующими санитарными нормами и правилами;

9) предоставление пациенту необходимых документов, обеспечивающих возможность лечения амбулаторно или на дому (рецепты, справки или листок временной нетрудоспособности, медицинские заключения, направление на лечебно-диагностические процедуры и т.д.).

В условиях Центра бесплатное лекарственное обеспечение осуществляется при оказании плановой амбулаторно-поликлинической помощи ВИЧ-инфицированным лицам, детям с перинатальным контактам по ВИЧ-инфекции, детям по эпидемиологическим показаниям согласно Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, применяемых в учреждениях здравоохранения края при реализации государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи, утвержденным стандартам, клиническим рекомендациям и протоколам оказания медицинской помощи.

Обеспечение лекарственными препаратами, необходимыми для оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме осуществляется в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, ежегодно утверждаемым Правительством Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы в случаях типичного течения болезни назначение лекарственных препаратов осуществляется исходя из тяжести и характера заболевания согласно утвержденным в установленном порядке стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям.

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии, используется ответственными лицами при осуществлении процедуры закупки.

Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания в рамках льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с перечнем, установленным приложением N 6 к действующей Территориальной программе. В случае наличия медицинских показаний назначение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий перечень, но включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, допускается по решению врачебной комиссии медицинской организации.

2.3. В соответствии с требованиями статьи 70 Федерального закона от 21.11.11 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оказании плановой амбулаторной помощи предусматривается возможность выбора или замены лечащего врача по согласованию с главным врачом Центра по инициативе больного на основании личного заявления больного на имя главного

врача Центра, а также с согласия врача, выбранного пациентом. Лечащий врач может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, в данном случае главный врач КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК должен организовать замену лечащего врача.

2.4. Порядок организации приема в Центре предусматривает:

- внеочередное оказание амбулаторной помощи по экстренным показаниям без предварительной записи;
- наличие очередности плановых больных на диагностические исследования, консультативные приёмы врачей-специалистов;
- прием больных по предварительной записи,
- предоставление по желанию пациентов в соответствии с заключенным договором платных медицинских услуг определенного объема, качество которых должно соответствовать условиям договора, а также требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.5. Организация приема (предварительная запись, самозапись больных на амбулаторный прием), режим работы регистратуры регламентируются правилами внутреннего распорядка Центра. Запись пациентов на амбулаторные приемы ко всем специалистам Центра осуществляется путём самозаписи в регистратуре, по телефонам регистратуры 8-(4212)47-56-03, 8-(4212)47-56-02, через лечащего врача, через сеть «Интернет» на сайте «анти-спид27.рф». Запись на диагностические исследования проводится врачами-специалистами Центра на врачебном приеме на текущий месяц. В соответствии с Федеральным законом № 38-ФЗ от 30.03.95г. ВИЧ-инфицированные пациенты пользуются в Центре правом приоритетного обслуживания при оказании всех видов плановой медицинской помощи.

2.6. Режим работы Центра обеспечивает совпадение времени приема врачей со временем работы диагностических кабинетов (ЭКГ-кабинет, клиническая лаборатория, УЗИ-кабинет), необходимых для своевременной постановки диагноза, в том числе, в экстренных ситуациях.

2.7. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяется лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи, нормативными документами, методическими рекомендациями и инструкциями.

2.8. Консультации врачей-специалистов Центра осуществляются по направлению лечащего врача (врача общей практики) медицинской организации первичной медико-санитарной помощи, где прикреплен пациент. Сроки проведения консультаций врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

2.9. В случаях невозможности предоставления пациенту медицинской услуги по объективным причинам Центром предусмотрена возможность переноса планового врачебного приёма или диагностического исследования на другое удобное пациенту время.

2.10. В Центре имеется доступная для пациента информация о медицинских услугах, которые он может получить в Центре.

2.11. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» консультации врачей-специалистов Центра по

желанию пациента при отсутствии направления лечащего врача поликлиник прикрепления осуществляются на платной основе. При этом консультативный прием осуществляется на условиях планового амбулаторного приема.

2.12. Время, отведенное на прием больного, определяется в соответствии с действующими расчетными нормативами или хронометражем рабочего времени в учреждении. Время ожидания приема - не более 30 минут с момента, назначенного пациенту, за исключением случаев, когда врач участвует в оказании экстренной помощи другому пациенту.

2.13. Амбулаторные карты хранятся в регистратуре Центра. При обращении пациента в Центр работники регистратуры обеспечивают доставку амбулаторной карты к специалисту и несут ответственность за сохранность амбулаторных карт пациентов.

2.14. Оказание платных медицинских услуг проводится в соответствии с постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» на следующих условиях:

- При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи.

- Платные медицинские услуги предоставляются согласно «Перечню платных услуг и тарифов». Перечень предоставляемых Исполнителем платных медицинских услуг размещен для свободного ознакомления Потребителя (Заказчика) в регистратурах Исполнителя.

- При предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

- Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.15. Порядок предоставления платных медицинских услуг утвержден приказом главного врача Центра.

3. Условия оказания медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК

3.1. Дневной стационар Центра предназначен проведения активных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий больным, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения, но нуждающимся в лечебно-диагностической помощи в дневное время (до нескольких часов) по объему и интенсивности, приближенной к стационару. Длительность ежедневного

проведения вышеназванных мероприятий не может быть менее трех часов в дневном стационаре Центра.

3.2. Лечащий врач выбирает вид медицинской помощи в дневном стационаре в зависимости от конкретного заболевания, его тяжести, возможности посещения больным медицинской организации, а также обеспечения родственниками ухода за больным.

3.3. В дневном стационаре Центра больному предоставляются:

- койка-место;

- ежедневное наблюдение врача;

- бесплатное лекарственное обеспечение предоставляется ВИЧ-инфицированным лицам, детям с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, детям по эпидемиологическим показаниям согласно Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, применяемых в учреждениях здравоохранения края при реализации государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи, утвержденным клинико-экономическими стандартами, клиническими рекомендациями и протоколами оказания медицинской помощи;

- лечебные манипуляции и процедуры по показаниям.

3.4. Направление больных на лечение в дневном стационаре осуществляет врач-специалист Центра.

Критерии отбора:

- необходимость проведения комплексного лечения с применением современных медицинских технологий, включающих курс инфузионной терапии, лечебно-диагностические манипуляции в амбулаторных условиях;

- необходимость долечивания пациентов после окончания курса интенсивной терапии, выписанных из стационара круглосуточного пребывания;

- необходимость ежедневного наблюдения врача;

- подбор адекватной терапии и мониторинг терапии у больных с ВИЧ-инфекцией и гепатитами В и С.

3.5. Критерии завершения пребывания в дневном стационаре:

- клиническое выздоровление или улучшение состояния здоровья;

- окончание курса инфузионной терапии;

- достижение клинико-лабораторных критериев эффективности лечения.

4. Порядок реализации установленного законодательством РФ права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК

4.1. Право на внеочередное оказание медицинской помощи (амбулаторно-поликлинический и стационарный этапы) в Центре имеют отдельные категории граждан, предусмотренные действующим законодательством (далее - льготные категории граждан):

- Героям Социалистического труда;

- полным кавалерам ордена Славы;

- Героям Советского Союза;

- Героям Российской Федерации;

- полным кавалерам ордена Трудовой Славы;

- лицам, награжденным знаками "Почетный донор СССР", "Почетный донор

России";

гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие Чернобыльской катастрофы, и приравненным к ним категориям граждан;

гражданам, признанным пострадавшими от политических репрессий;

реабилитированным лицам;

инвалидам и участникам войны;

ветеранам боевых действий;

военнослужащим, проходившим военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 г. по 03 сентября 1945 г. не менее шести месяцев, военнослужащим, награжденным орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

лицам, награжденным знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

нетрудоспособным членам семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, состоявшим на их иждивении и получающим пенсию по случаю потери кормильца (имеющим право на ее получение);

лицам, работавшим в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог;

ветеранам труда, ветеранам военной службы, ветеранам государственной службы по достижении ими возраста, дающего право на пенсию по старости;

труженикам тыла;

инвалидам I и II групп;

детям-инвалидам;

детям первого года жизни,

детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей.

Основанием для проведения консультации, обследования или диспансерного наблюдения является документ, подтверждающий льготную категорию граждан.

4.2. Порядок внеочередного оказания медицинской помощи:

плановая медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается гражданам во внеочередном порядке в медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании. Плановые консультации врачей-специалистов, плановые диагностические и лабораторные исследования осуществляются в течение 7 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

4.3. Финансирование расходов, связанных с внеочередным оказанием медицинской помощи льготным категориям граждан, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, Хабаровского края и Территориальной программой.

5. Условия и порядок предоставления медицинской помощи жителям других субъектов Российской Федерации, иностранным гражданам и лицам без гражданства

Гражданам Российской Федерации, проживающим в других субъектах Российской Федерации, медицинская помощь в Центре оказывается в объемах,

предусмотренных Территориальной программой на общих условиях предоставления бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства устанавливается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Условия оказания работниками учреждения помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами

6.1. Во исполнение статьи 15 ФЗ от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» инвалидам в Центре созданы следующие условия доступности объектов:

- возможность самостоятельного передвижения по учреждению, в том числе с использованием помощи персонала, а также кресла-коляски;
- возможность посадки в транспортное средство и высадки из него перед входом в объект, в т.ч. с использованием кресла-коляски и при необходимости, с помощью персонала учреждения;
- содействие инвалиду при входе и выходе из здания, информирование о доступных маршрутах общественного транспорта;
- сопровождение инвалидов, имеющих стойкое нарушение функции зрения и самостоятельного передвижения, по территории учреждения;
- надлежащее размещение носителей информации о порядке предоставления медицинских услуг, её оформление в доступной для инвалидов форме с учетом ограничений их жизнедеятельности, в т.ч. дублирование необходимой для получения услуги звуковой и зрительной информации, а также надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля и на контрастном фоне;
- проведение инструктажа сотрудников по вопросам ознакомления инвалидов с размещением кабинетов, а также оказания им помощи при получении услуги.

Лист ознакомления

С приказом № 24-А от «10» января 2023 года "Об организации медицинской помощи населению Хабаровского края в рамках территориальной программы государственных гарантий в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК"

Ознакомлена:

| № | ФИО | подпись | дата |
|----|-----------------|---------|------|
| 1 | Рогачикова А.Е. | | |
| 2 | Костакова Т.А. | | |
| 3 | Баранова А.В. | | |
| 4 | Иволгина А.В. | . | |
| 5 | Лойфман Е.А | | |
| 6 | Бещук О.А. | | |
| 7 | Сулима В.В. | | |
| 8 | Мисак О.Н. | | |
| 9 | Копту Е.Р. | | |
| 10 | Горовенко Н.А. | | |

**"Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании
медицинских услуг"**

Я, ФИО _____

проживающий(ая) по адресу: _____

настоящим подтверждаю, что я, как **Потребитель (Заказчик)**, при обращении за медицинской услугой получил (получила) необходимую бесплатную, в доступной для меня форме, достоверную информацию и разъяснения:

- о местонахождении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края, ОГРН 1022701294571 (далее Учреждение) (680031 г. Хабаровск переулок Пилотов 2), режиме работы, номере лицензии, сроке ее действия, наименовании органа, выдавшего лицензию, квалификации специалистов и наличии у них соответствующих сертификатов, и условиях предоставления бесплатных и платных услуг, видах медицинских услуг, оказываемых бесплатно (в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и целевых комплексных программ), видах платных услуг, оказываемых медицинским учреждением за счет личных средств граждан или других источников финансирования, льготах для отдельных категорий граждан (при предъявлении соответствующих документов), адресах и телефонах вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей;

- **о праве на уважительное и гуманное отношение** со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- **о сохранении в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью**, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, **в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.**

- **порядке и условиях предоставления услуг**, правилах и условиях эффективного и безопасного получения услуги, возможных последствиях при несоблюдении ответствующих условий и других правах, предусмотренных законодательством об охране здоровья граждан.

- **Я информирован (информирована)** о том, что медицинский персонал Учреждения сделает всё от него зависящее для оказания мне (представляемому) квалифицированной качественной и безопасной медицинской помощи.

- **Я извещен (извещена) о том**, что все медицинские вмешательства, исследования, процедуры и манипуляции в Учреждении осуществляются в соответствии с утвержденными отраслевыми стандартами; порядками; санитарными нормами и правилами; стандартными операциями и процедурами и иными нормативными документами, предусмотренными законодательством Российской Федерации, и могут быть представлены мне для ознакомления по требованию.

- **Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому)**, в соответствии с назначениями врача: процедур по забору биологического материала; лабораторных методов обследования; функциональных методов обследования; ультразвуковых исследований; опроса; антропометрических исследований; термометрии; тонометрии; лечебных мероприятий в соответствии со специализацией врача; а так же введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, при оказании в Учреждении поименованных в данном договоре медицинских услуг.

- **В доступной для меня форме мне разъяснены** медицинскими работниками Учреждения цели, характер, методы оказания медицинской помощи, возможных вариантах осуществления медицинского вмешательства и связанных с ними рисках, неблагоприятных эффектах, вероятности развития осложнений, последствиях и предполагаемых результатах; возможности непреднамеренного причинения **мне (представляемому)** вреда здоровью, а так же о моих (представляемого) действиях при подготовке, во время проведения и после окончания медицинского вмешательства.

_____/ _____/

- Я уведомлен (уведомлена) о своем праве отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.

- Мне подробно в и доступной форме разъяснены, и я осознаю возможные последствия, которые повлечет для меня (представляемого) отказ от предлагаемого медицинского вмешательства.

- Я извещен (извещена) о необходимости поставить в известность медицинского работника Учреждения обо всех имеющихся у меня (представляемого) проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от медицинского вмешательства, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, самовольное изменение режима приема препаратов, нарушение рекомендованного лечебно-охранительного режима могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего (представляемого);

- Я согласен (согласна), на присутствие при осуществлении мне (представляемому) медицинского вмешательства других медицинских работников, студентов медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах проведенного мне (представляемому) медицинского вмешательства моему диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, данных лабораторных обследований моим родственникам, законным представителям, гражданам:

-Я даю свое добровольное согласие на оказание мне (представляемому) поименованных в настоящем договоре медицинских услуг, в КГБУЗ "ЦПСИЗ" МЗ ХК.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие и изъявляю свое желание и волю на осуществление мне (представляемому) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Все положения и пункты "Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при оказании медицинских услуг " мне, как Потребителю (Заказчику) разъяснены и понятны.

ФИО гражданина или его законного представителя _____

ФИО медицинского работника _____

Дата оформления

_____ / _____ /

Главному врачу КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК
А.В. Кузнецовой

от _____

« ____ » _____ года рождения,

Паспорт: серия № _____

Выдан _____

Гражданство _____,

место жительства _____

телефон _____

место регистрации: _____

дата регистрации _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу прикрепить меня _____ / моего ребенка _____ в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК для осуществления диспансерного наблюдения в связи с имеющейся у меня/моего ребенка ВИЧ-инфекцией.

Временная регистрация по месту пребывания на территории Хабаровского края имеется /отсутствует (*нужное подчеркнуть*).

Ранее наблюдался(сь) /не наблюдалась(ся) (*подчеркнуть*) в связи с имеющимся заболеванием в

ВИЧ-инфекция выявлена в _____ году в _____

(указать регион и медицинскую организацию)

Антиретровирусную терапию получал(а) /не получал (ала) с « ____ » _____ Г.

Копии имеющихся у меня документов прилагаю:

1. медицинская документация;
2. паспорт;
3. свидетельство о рождении (для детей в возрасте до 14 лет) и паспорт одного из родителей;
4. полис обязательного медицинского страхования;
5. свидетельство о регистрации по месту пребывания;
6. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования – СНИЛС;
7. другие (указать).

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 №152 ФЗ «О персональных данных» Я, _____ даю свое согласие КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК на обработку моих (ребенка) персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, данные документов, удостоверяющих личность, место работы и учебы, должность, образование, реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, номер телефона, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения в мед.организации, социальное и имущественное положение и любая другая информация, содержащаяся в документах) с использованием и без использования средств автоматизации.

Я проинформирован (а), что под обработкой моих (ребенка) персональных данных подразумевается сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в т.ч передача), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия с персональными данными.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле. Недееспособным (ой) не признавался(алась)..

Данное мною согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

« ____ » _____ 20 ____ года _____
(подпись) (фамилия, инициалы)

_____/_____/_____

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированная по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

отказываюсь от наблюдения в КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края и от **всех** видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств), в том числе – от возобновления получения лекарственных препаратов (антиретровирусной терапии), основной задачей использования которых является максимальное подавление размножения ВИЧ.

Я понимаю, что целями диспансерного наблюдения и применения лекарственных препаратов является увеличение продолжительности моей жизни и сохранение ее качества, а так же снижение моей опасности для окружающих.

Я информирован о том, что *имею неотложные показания* для получения антиретровирусной терапии (то есть показания, при которых данное лечение жизненно необходимо), о том, что последствиями отказа от диспансерного наблюдения и лечения являются прогрессирование заболевания с развитием различных тяжелых заболеваний (бактериальные инфекции; кандидоз пищевода, верхних дыхательных путей и легких; туберкулез и многие другие) и крайне неблагоприятного исхода заболевания.

Я подтверждаю, что мне настоятельно предложено прибыть в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК или лечебно-профилактическое учреждение по месту жительства для решения вопроса о порядке дальнейшего наблюдения и получения лечения, но наблюдаться и лечиться отказываюсь. Последствия отказа мне понятны.

Я информирован, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я, как подписант настоящего документа, являюсь дееспособным лицом, способен (способна) оценивать характер и последствия своих поступков

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

_____/ _____/

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)

Зарегистрированный (ая) по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
отказываюсь от наблюдения в КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края и от **всех** видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств), в том числе – от возобновления получения лекарственных препаратов (антиретровирусной терапии), основной задачей использования которых является максимальное подавление размножения ВИЧ.

Я понимаю, что целями диспансерного наблюдения и применения лекарственных препаратов является увеличение продолжительности моей жизни и сохранение ее качества, а так же снижение моей опасности для окружающих.

Я информирован(а) о том, что последствиями отказа от диспансерного наблюдения и лечения являются прогрессирование заболевания с развитием различных тяжелых заболеваний (бактериальные инфекции; кандидоз пищевода, верхних дыхательных путей и легких; туберкулез и многие другие) и крайне неблагоприятного исхода заболевания.

Я подтверждаю, что мне настоятельно предложено прибыть в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК или лечебно-профилактическое учреждение по месту жительства для решения вопроса о порядке дальнейшего наблюдения и получения лечения, но наблюдаться и лечиться отказываюсь. Последствия отказа мне понятны.

Я информирован(а), что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я, как подписант настоящего документа, являюсь дееспособным лицом, способен (способна) оценивать характер и последствия своих поступков

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

_____/_____

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи

Я, _____ "___" _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированная по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

отказываюсь от наблюдения в КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края и от **всех** видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств), в том числе – от возобновления получения лекарственных препаратов (антиретровирусной терапии), основной задачей использования которых является максимальное подавление размножения ВИЧ.

Я понимаю, что целями диспансерного наблюдения и применения лекарственных препаратов является увеличение продолжительности моей жизни и сохранение ее качества, а так же снижение моей опасности для окружающих, максимальное снижение риска инфицирования плода вирусом иммунодефицита человека.

Я информирована о том, что *имею неотложные показания* для получения антиретровирусной терапии (то есть показания, при которых данное лечение необходимо), о том, что последствиями отказа от диспансерного наблюдения и лечения являются: вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку, прогрессирование заболевания с развитием различных тяжелых заболеваний (бактериальные инфекции; кандидоз пищевода, верхних дыхательных путей и легких; рак шейки матки, туберкулез и многие другие) и крайне неблагоприятного исхода заболевания.

Я подтверждаю, что мне настоятельно предложено прибывать в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК или лечебно-профилактическое учреждение по месту жительства для наблюдения и лечения, но наблюдаться и лечиться отказываюсь. Последствия отказа мне понятны.

Я информирована, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я, как подписант настоящего документа, являюсь дееспособным лицом, способен (способна) оценивать характер и последствия своих поступков

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

"___" _____ г.
(дата оформления)

_____/_____

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Проверочный лист для оценки соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗХК

Нормативные ссылки:

- Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, статьи 6724; 2017; N 31, статьи 4765);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

| № | Группа показателей | Показатели | Порядок оценки | Да | Нет |
|--|--|---|---|--|-----|
| 1 | Организация оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов | Соблюдение маршрутизации оказания медицинской помощи, установленной порядками оказания медицинской помощи взрослым и детям при ВИЧ-инфекции | Проверить наличие локальных актов по маршрутизации пациентов | | |
| | | | Оценить знания сотрудников на предмет: - региональной маршрутизации пациентов; - порядков оказания медицинской помощи | | |
| | | Соответствие стандартов оснащения кабинетов учреждения порядкам оказания медицинской помощи | Проверить соответствие стандартов оснащения кабинетов учреждения порядкам оказания медицинской помощи | | |
| | | | Соответствие штатного расписания учреждения порядкам оказания медицинской помощи | | |
| | | | Выполнение критериев оценки качества медицинской помощи при оказании медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией и ХВГ | Проверить выполнение критериев оценки качества медицинской помощи при оказании медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией и ХВГ, проверить не менее 10 а/к | |
| | | Соблюдение стандартов медицинской помощи по профилю ВИЧ-инфекция | Проверить выполнение медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления 1 (проверить 10а/к) | | |
| | | | Проверить обоснованность выполнения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1 (проверить 10а/к) | | |
| | | | Проверить обоснованность назначения лекарственных препаратов с учетом соответствующего стандарта (проверить 10а/к) | | |
| | | Соблюдение стандартов медицинской помощи по профилю ХВГ | Проверить выполнение медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления 1 (проверить 10а/к) | | |
| | | | Проверить обоснованность выполнения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1 (проверить 10а/к) | | |
| Проверить обоснованность назначения лекарственных препаратов с учетом соответствующего стандарта (проверить 10а/к) | | | | | |
| Наличие решения врачебной комиссии учреждения в случае определения медицинских показаний для назначения и применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, не входящих в стандарт | Проверить наличие решения врачебной комиссии учреждения в случае определения медицинских показаний для назначения и применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, не входящих в стандарт | | | | |

**Проверочный лист для оценки организации безопасной среды для пациентов и работников
в КГБУЗ «ЦПСИЗ» МЗХК**

| № | Группа показателей | Показатели | Порядок оценки | Да | Нет |
|---|--|--|---|----|-----|
| 1 | Формирование безопасной среды для пациентов и персонала | Наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды | Проверить наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды | | |
| | | | Ответственные/ответственный/инженер | | |
| | | | Система охраны МО | | |
| | | Порядок действий персонала при возникновении аварийной ситуации при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным | | | |
| | | Регулярный аудит безопасной среды | Проверить наличие отчетов о результатах проверок | | |
| 2 | Рациональная и безопасная организация пространства в помещениях МО | Рациональная, эргономичная планировка помещений внутри подразделений МО, как медицинского, так и немедицинского назначения. Обеспечение безопасности при планировке и организации пространства внутри помещений МО | Оценить рациональность, эргономичность планировки помещений на предмет соответствия дверных проемов, коридоров, лестничных проемов размерам каталок, кроватей, кресел, отсутствия препятствия в виде порогов, отсутствия излишней мебели, неиспользуемого медицинского оборудования в подразделениях: | | |
| | | | В палатах дневного стационара, в коридорах, холлах, в том числе в санузлах | | |
| | | | Проверить безопасность кроватей, каталок, стульев, кресел, кушеток, включая исправность тормозной системы, наличие колесиков и т.д. | | |
| | | | Безопасная планировка (с учетом риска падений): - Двери в прямой видимости от кровати - Минимально необходимое количество мебели (в исправном состоянии, устойчивая) - Поручни, перила при входе в МО, на лестницах, в туалетах - Наличие пандусов с перилами | | |
| | | Выбор полового покрытия, особенно для мест с повышенной | | | |
| | | Безопасная планировка входа в МО, кабинетов туалетов, с учетом риска падений | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| | | | влажностью Выбор контрастных цветов для пола и стен | | |
| 3 | Обеспечение безопасных условий пребывания в МО | Безопасность, исправность систем жизнеобеспечения, включая | Проверить безопасность, исправность, рабочее состояние во всех подразделениях МО следующих систем: | | |
| | | Электричество | Электричество, включая исправность розеток, настенных выключателей, наличия незакрепленных проводов и т.д. | | |
| | | | Наличие резервного электроснабжения, проверить исправность | | |
| | | Система водоснабжения | Система водоснабжения, включая наличие горячей воды | | |
| | | Система вентиляции | Система вентиляции, включая регулярность замены фильтров, технического обслуживания, наличие журналов технического обслуживания | | |
| | | Система освещения | Система освещения, проверить наличие исправных источников света | | |
| | | Напольное покрытие, состояние стен, потолков | Проверить состояние напольного покрытия, стен, потолков, во всех подразделениях МО | | |
| | | Организация мест общего пользования | Проверить состояние мест общего пользования, включая наличие поручней в туалетах | | |
| | | Доступность и безопасность среды в МО для лиц с ограниченными возможностями | Проверить наличие пандусов, кнопок вызова, специальных туалетов и т.д. | | |
| 4 | Система охраны и безопасности МО | Наличие системы охраны и безопасности МО | Проверить наличие договора с охранной организацией об оказании услуг по охране территории и помещений МО | | |
| | | | Проверить наличие работников охраны на соответствующих постах ИЛИ наличие "тревожной кнопки" | | |
| | | | Оценить знания работниками охраны инструкций МО, опросить всех находящихся на момент оценки сотрудников | | |
| | | Соблюдение прав пациентов при организации | Проверить наличие предупреждающих табличек при организации видеонаблюдения | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| | | видеонаблюдения в МО | только в местах общего пользования | | |
| 5 | Обеспечение безопасности и при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий | Наличие алгоритма действий персонала при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий, включая пожар, наводнение, землетрясение и т.п. Обучение персонала, включая регулярные практические тренинги | Проверить наличие алгоритма, включая порядок взаимодействия с КГБУЗ «Хабаровский территориальный центр медицины катастроф» | | |
| | | | Оценить обучение персонала порядку действий при опасных ситуациях | | |
| | | | Проверить знание персоналом порядка действий при возникновении аварийной ситуации при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным | | |
| | | | Оценить эффективность обучения, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знаний действий | | |
| 6 | Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта | Организация доступа и парковки автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей на ИЛИ за территорией МО | Проверить наличие свободного доступа спецтранспорта на территорию МО, к приемным отделениям | | |
| | | | Проверить наличие парковки для автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей | | |
| 7 | Информационная безопасность. Обеспечение защиты персональных данных пациентов | Оформление информированного согласия на обработку персональных данных пациентов | Проверить наличие информированного согласия на обработку персональных данных пациентов (или его законного представителя) в не менее чем 10 АК в разных подразделениях МО | | |
| | | Хранение бумажных документов в недоступном для пациентов месте | Оценить хранение информации на бумажных носителях, включая архив, включая ограничение доступа, закрытые помещения, шкафы и т.д. | | |
| | | Ограничение доступа к электронным базам данных, документам и т.п. | Оценить хранение информации на электронных носителях, включая наличие специальных программ, системы паролей и т.д. | | |

Проверочный лист для оценки соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан в КГБУЗ «ЦПСИЗ» МЗХК

Нормативные ссылки:

Соблюдение осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан в соответствии с:

- Федеральным **законом** от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств";
- Федеральным **законом** от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" ;
- **Правилами** предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 41, ст. 5628)
- **Положением** о федеральном государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29.06.2021 N 1048;
- **Правилами** оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 г. N 186;
- **Перечнем** определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н ;
- **Порядком** выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н;
- **Порядком** дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, утвержденным приказом МЗ РФ от 12.11.2021г. № 1051н;
- **Положением** об организации оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н
- **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства";
- **Порядком** выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 342н
- **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. N 956н "Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36153);
- **Порядком** ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2016 г. N 425н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 ноября 2016 г., регистрационный N 44336);
- **Порядком** создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н.

| № | Группа показателей | Показатели | Порядок оценки | Да | Нет |
|---|---|---|---|----|-----|
| 1 | Наличие локальных актов медицинской организации, регламентирующих работу по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья граждан | Наличие приказов главного врача по вопросам соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан | Проверить наличие приказов главного по направлениям: | | |
| | | | О порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи | | |
| | | | О выборе врача | | |
| | | | О выборе МО | | |
| | | | О соблюдении врачебной тайны | | |
| | | | О порядке рассмотрения обращений граждан | | |
| | | | Об ознакомлении с медицинской документацией | | |
| | | | О назначении ответственных за ведение и актуализацию информации, размещаемой на информационных стендах и на официальном сайте | | |

_____ / _____ /

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| | | | Об оказании платных услуг | | |
| | | Обучение персонала по вопросам соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан | Оценить проведение обучения персонала, проверить наличие журналов обучения | | |
| 2 | Создание доступной среды в учреждении | Создание условий (наличие оборудования) для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья | Проверить наличие - поручней, перил при входе в МО, на лестницах, в туалетах - пандусов, - табличек Брайля, - световых лент, - полового покрытия для слабовидящих, - «кнопки» вызова персонала, - инвалидных колясок | | |
| | | Обучение персонала по вопросам оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья | Оценить проведение обучения персонала, проверить наличие журналов обучения | | |
| 3 | Соблюдение прав граждан на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него | Наличие в медицинской документации информированного добровольного согласия на определенные виды медицинских вмешательств в соответствии с Перечнем, утвержденным приказом Минздравсоцразвития N 390н | Проверить наличие в медицинской документации информированного добровольного согласия на определенные виды медицинских вмешательств в соответствии с Перечнем, утвержденным приказом Минздравсоцразвития N 390н | | |
| | | | Проверить наличие в ИДС подписи гражданина, одного из родителей или иного законного представителя и медицинского работника | | |
| | | Наличие в медицинской документации отказа от медицинского вмешательства | Проверить наличие в медицинской документации пациента должным образом оформленного отказа от медицинского вмешательства | | |
| 4 | Соблюдение прав граждан на соблюдение врачебной тайны | Наличие в медицинской документации пациента письменного согласия гражданина или его законного представителя на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну | Проверить наличие в медицинской документации пациента письменного согласия гражданина или его законного представителя на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну | | |
| | | Соблюдение принципов конфиденциальности, прав пациентов. Размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре, консультировании родственников/законных представителей и т.д. | Проверить соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре и т.д., размещение пациентов с учетом приватности (наличие ширм в многоместных палатах ширмами) | | |
| 5 | Соблюдение прав граждан на выбор МО, выбор врача | Наличие в учреждении заявления гражданина или его представителя на имя главного врача о выборе МО | Проверить наличие в учреждении заявления гражданина или его представителя на имя главного врача о выборе МО | | |
| | | Наличие в учреждении заявления | Проверить наличие в | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| | | гражданина или его представителя на имя главного врача о замене врача | учреждении заявления гражданина или его представителя на имя главного врача о замене врача | | |
| 6 | Соблюдение прав граждан на получение информации о своем здоровье | Наличие в учреждении помещения, предназначенного для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, графика его работы, необходимой учетной документации | Проверить наличие в учреждении письменных запросов пациентов либо законных представителей о предоставлении медицинской документации для ознакомления | | |
| | | | Проверить наличие в учреждении помещения, предназначенного для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией | | |
| | | | Проверить наличие в учреждении необходимых учетных документов для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией | | |
| | | | Проверить наличие в учреждении графика работы помещения для ознакомления с медицинской документацией | | |
| | | | Соблюдаются ли в медицинской организации сроки ожидания пациентом либо его законным представителем посещения кабинета для ознакомления с медицинской документацией | | |
| 7 | Соблюдение прав граждан, заключенных под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы | Наличие случаев отказа в оказании медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы | Проверить наличие случаев отказа в оказании медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы | | |
| 8 | Информирование пациентов с целью получения информации о работе Центра, медицинских услугах, оказываемых в Центре | Наличие информационных материалов для пациентов в холле учреждения, на сайте | Проверить наличие информационных материалов: | | |
| | | | - о медицинской организации, о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, почтовый адрес, схема проезда; дата государственной регистрации, сведения об учредителе (учредителях); структура и органы управления; режим и график работы; правила внутреннего распорядка для потребителей услуг; контактные телефоны | | |
| | | | - о личном приеме граждан руководителем медицинской организации, его заместителями с указанием ФИО, дней и часов приема, адреса, N кабинета и | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | контактных телефонов | | |
| | | | - о Министерстве здравоохранения РФ и ХК, Управлении Росздравнадзора, Управлении Роспотребнадзора, территориальном фонде ОМС, органе социальной защиты населения и бюро медико-социальной экспертизы: почтовый адрес, интернет-сайт, электронная почта, телефоны, часы работы, телефоны "горячей линии", телефоны служб экстренной психологической помощи, | | |
| | | | - о страховых медицинских организациях | | |
| | | | - 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 | | |
| | | | - о порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год | | |
| | | | - о правах и обязанностях пациента | | |
| | | | - об оказываемых медицинских услугах | | |
| | | | - о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан | | |
| | | | - о врачах, об уровне их образования и квалификации | | |
| | | | - об адресе, телефоне и часах работы ближайшей медицинской организации (вне зависимости от ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы) и дежурной аптеке (аптеках). | | |
| | | | - Перечень ЖНВЛС, в т.ч. назначаемых по решению ВК | | |
| | | | - о местонахождении книги жалоб и предложений | | |
| | | | - о правилах предоставления платных услуг | | |
| | | | - копия перечня платных медицинских услуг | | |
| | | | - о ценах (тарифах) на медицинские услуги | | |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|
| | | | - порядок рассмотрения обращений граждан | | |
| | | | - Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" | | |
| | | | - Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ" | | |
| | | | - закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей" | | |
| | | | - территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год | | |
| 9 | Соблюдение прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи | Наличие случаев необоснованной оплаты за счет личных средств граждан услуг, оказываемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи | Проверить наличие случаев необоснованной оплаты за счет личных средств граждан следующих услуг, оказываемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: | | |
| | | | - при первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной | | |
| | | | - при назначении и применении по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи лекарственных препаратов, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемый Правительством РФ | | |
| | | | - при применении по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов | | |
| 10 | Соблюдение прав граждан на получение платных медицинских услуг | Имеется ли у пациента возможность получить платные медицинские услуги по его желанию при оказании медицинской помощи | Проверить наличие в учреждении локального акта об организации платных медицинских услуг | | |
| | | | Проверить наличие информированного согласия на оказание медицинских услуг на платной основе | | |
| | | | Проверить соблюдение в учреждении условий и порядка предоставления платных медицинских услуг | | |
| | | | Проверить наличие перечня платных услуг и тарифов | | |
| 11 | Работа с | Наличие локального акта, | Проверить наличие локального | | |

| | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|
| обращениями граждан | регламентирующего порядок организации работы по рассмотрению обращений граждан | акта, регламентирующего порядок организации работы по рассмотрению обращений граждан | | |
| | Наличие системы регистрации обращений граждан | Проверить наличие системы регистрации обращений граждан | | |
| | Наличие графика личного приема граждан руководителем медицинской организации и его заместителями | Проверить наличие графика личного приема граждан руководителем медицинской организации и его заместителями | | |
| | Наличие информации для пациентов о месте приема граждан, а также об установленных для приема днях и часах | Проверить наличие информации для пациентов о месте приема граждан, а также об установленных для приема днях и часах | | |
| | Наличие возможности для граждан направить обращения через информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" | Проверить наличие возможности для граждан направить обращения через информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" | | |
| | Наличие возможности рассмотрения обращения с участием гражданина, направившего обращение | Проверить наличие возможности рассмотрения обращения с участием гражданина, направившего обращение | | |
| | Наличие возможности заявителю ознакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения обращения | Проверить наличие возможности заявителю ознакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения обращения | | |
| | Проведение анализа работы с обращениями граждан | Проверить наличие отчетно-аналитических документов о работе с обращениями граждан | | |
| | Рассмотрение на заседаниях врачебной комиссии обращений граждан | Проверить наличие заключений врачебной комиссии по обращениям граждан | | |