



**КОМИТЕТ  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
РАСПОРЯЖЕНИЕ**

17 января 2020 № 12-0

Санкт-Петербург

О реализации предложений Общественного совета по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере охраны здоровья при Комитете по здравоохранению Ленинградской области по совершенствованию деятельности медицинских организаций, в отношении которых проводилась независимая оценка качества оказания услуг в 2019 году

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 17.04.2018 № 457, в соответствии с распоряжением Комитета здравоохранения по Ленинградской области от 20.11.2017 № 430-о «Об утверждении Порядка рассмотрения результатов независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями», с целью повышения доступности и качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях Ленинградской области, повышения уровня информирования граждан о правах в сфере здравоохранения

1. Утвердить перечень мероприятий по реализации предложений Общественного совета по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере охраны здоровья при Комитете по здравоохранению Ленинградской области по совершенствованию деятельности медицинских организаций, в отношении которых проводилась независимая оценка качества условий оказания услуг в 2019 году (далее - Перечень), согласно Приложению 1.

2. Руководителям подведомственных Комитету медицинских организаций, в отношении которых проводилась независимая оценка качества условий оказания услуг в 2019 году:

2.1. принять к исполнению Перечень;

2.2. разработать и утвердить в соответствии с Перечнем план мероприятий по совершенствованию работы медицинской организации, повышению качества оказания услуг и устранению замечаний (далее – План мероприятий);

2.3. в случае отсутствия рекомендаций по итогам проведения независимой оценки качества условий оказания медицинских услуг в 2019 году по критериям

качества при составлении Плана мероприятий необходимо предусмотреть организационные меры по поддержанию достигнутых показателей;

2.4. в срок до 07.02.2020 обеспечить предоставление в ГКУЗ ЛО «МИАЦ» на электронный адрес rating.mo.lo@lo-miac.ru:

– утвержденный План мероприятий за подписью руководителя медицинской организации (скан-копии Приложения 2 к настоящему распоряжению);

– План мероприятий в электронном виде (в формате электронной таблицы MsExcel) по форме согласно Приложению 3 к настоящему распоряжению;

2.5. в срок до 15.07.2020 обеспечить предоставление в ГКУЗ ЛО «МИАЦ» на электронный адрес rating.mo.lo@lo-miac.ru информации о выполнении Плана мероприятий в соответствии с формой согласно Приложению 3 к настоящему распоряжению.

3. Руководителям ведомственных медицинских организаций и медицинских организаций частной системы здравоохранения, в отношении которых проводилась независимая оценка качества условий оказания услуг в 2019 году, рекомендовать:

3.1. выполнение мероприятий, указанных в пункте 2 настоящего распоряжения;

3.2. представить в ГКУЗ ЛО «МИАЦ» на электронный адрес rating.mo.lo@lo-miac.ru информацию о выполненных мероприятиях по совершенствованию работы медицинской организации, повышению качества оказания услуг и устранению замечаний в срок до 15.07.2020.

4. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Ленинградской области Рязанова П.Н.

Председатель Комитета



С.В.Вылегжанин



Копия верна

Перечень мероприятий по реализации предложений Общественного совета по проведению независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере охраны здоровья при Комитете по здравоохранению Ленинградской области по совершенствованию деятельности медицинских организаций, в отношении которых проводилась независимая оценка качества условий оказания

услуг в 2019 году

(в электронном виде, в формате PDF, 1 экз., 270 листов)

Приложение 2  
к распоряжению  
Комитета по здравоохранению Ленинградской области  
от 17.01.2020 № 12-0

УТВЕРЖДЕНА постановлением Правительства  
Российской Федерации от 17 апреля 2018г. №457

**План по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества оказания услуг**

Наименование организации: \_\_\_\_\_

Недостатки, выявленные в ходе независимой оценки качества оказания услуг организацией	Наименование мероприятия по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией	Плановый срок реализации мероприятия	Ответственный исполнитель (с указанием фамилии, имени, отчества и должности)	Сведения о ходе реализации мероприятия	Фактический срок реализации
I. Открытость и доступность информации об организации или о федеральном учреждении медико-социальной экспертизы					
	II. Комфортность условий предоставления услуг				
	III. Доступность услуг для инвалидов				
IV. Добросовестность, величина работных организаций или федерального учреждения медико-социальной экспертизы					
	V. Удовлетворенность условиями оказания услуг				

Должностное лицо, ответственное за исполнение плановых мероприятий

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
должность ФИО подпись  
номер телефона ФИО подпись  
(дата составления документа)

Руководитель организации

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись ФИО подпись

МП

**План по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества оказания услуг**

Наименование организации: \_\_\_\_\_

Недостатки, выявленные в ходе независимой оценки качества оказания услуг организацией	Наименование мероприятий по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества оказания услуг организацией	Плановый срок реализации мероприятия	Ответственный исполнитель (с указанием фамилии, имени, отчества и должности)	Сведения о ходе реализации мероприятия		Процент исполнения мероприятий по устранению недостатков (на момент подписания документа)
				Реализованные меры по устранению выявленных недостатков	Фактический срок реализации	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Должностное лицо, ответственное за исполнение плановых мероприятий

\_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (номер телефона)

\_\_\_\_\_ (дата составления документа)

Руководитель организации

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_