

Приложение № 2
к Методическим рекомендациям
по проведению независимой
оценки качества оказания услуг
медицинскими организациями,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «14» апр 2015 г. № 240

АНКЕТА

**для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями
в амбулаторных условиях**

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект Российской Федерации

	*
--	---

Полное наименование медицинской организации

	*
--	---

Месяц, год текущий

	*
--	---

1. Причина, по которой Вы обратились в медицинскую организацию?

- ☐ заболевание
- ☐ травма
- ☐ диспансеризация
- ☐ профосмотр (по направлению работодателя)
- ☐ получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.)
- ☐ закрытие листка нетрудоспособности

2. Ваше обслуживание в медицинской организации?

- ☐ за счет ОМС
- ☐ за счет ДМС
- ☐ на платной основе

3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- ☐ нет
- ☒ да

Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- ☐ I группа
- ☐ II группа
- ☐ III группа

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

- ☐ да
- ☒ нет
- ☐ отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта
- ☐ отсутствие пандусов, поручней
- ☐ отсутствие электрических подъемников
- ☐ отсутствие специальных лифтов
- ☐ отсутствие голосовых сигналов
- ☐ отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов
- ☐ отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля
- ☐ отсутствие специально оборудованного туалета

4. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача)?

- ☐ да
- ☐ нет

5. Вы записались на прием к врачу?

- ☐ по телефону
- ☐ с использованием сети Интернет
- ☐ в регистратуре лично
- ☐ лечащим врачом на приеме при посещении

6. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?

- ☐ 10 дней
- ☐ 9 дней
- ☐ 8 дней
- ☐ 7 дней
- ☐ 5 дней
- ☐ меньше 5 дней

7. Врач Вас принял во время, установленное по записи?

- ☐ да
- ☐ нет

8. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

- ☐ да
- ☒ нет

Что не удовлетворяет?

- ☐ отсутствие свободных мест ожидания
- ☐ состояние гардероба
- ☐ состояние туалета
- ☐ отсутствие питьевой воды
- ☐ санитарные условия

9. Перед посещением врача Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

☐ нет

☒ да

Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?

☐ да

☐ нет

10. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

☐ нет

☒ да

Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?

☐ да

☐ нет

11. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?

☐ да

☐ нет

12. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?

☐ раз в месяц

☐ раз в квартал

☐ раз в полугодие

☐ раз в год

☐ не обращаюсь

13. Вы удовлетворены обслуживанием у участкового терапевта (педиатра) (доброжелательность, вежливость)?

☐ да

☐ нет

14. Удовлетворены ли вы компетентностью участкового врача (педиатра)?

☐ да

☒ нет

☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

☐ Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

☐ Вам не дали выписку

☐ Вам не выписали рецепт

15. Как часто Вы обращаетесь к узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог и др.)?

☐ раз в месяц

☐ раз в квартал

☐ раз в полугодие

☐ раз в год

☐ не обращаюсь

16. Вы удовлетворены обслуживанием у узких специалистов (доброжелательность, вежливость)?

☐ да

☐ нет

17. Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?

☐ да

☒ нет

☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

☐ Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

☐ Вам не дали выписку

☐ Вам не выписали рецепт

18. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?

☐ 10 дней

☐ 9 дней

☐ 8 дней

☐ 7 дней

☐ 5 дней

☐ меньше 5 дней

19. Срок ожидания диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?

☐ 30 дней

☐ 29 дней

☐ 28 дней

☐ 27 дней

☐ 15 дней

☐ меньше 15 дней

20. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?

☐ да

☐ нет

21. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

☐ да

☐ нет

22. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?

☐ да

☐ нет

23. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?

☐ нет

☒ да

Кто был инициатором благодарения?

☐ я сам (а)

☐ персонал медицинской организации

Форма благодарения:

☐ письменная благодарность (в журнале, на сайте)

☐ цветы

☐ подарки

☐ услуги

☐ деньги

Приложение № 3
к Методическим рекомендациям
по проведению независимой
оценки качества оказания услуг
медицинскими организациями,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «14» мая 2015 г. № 240

АНКЕТА
для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями
в стационарных условиях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы были госпитализированы?

Субъект Российской Федерации

	*
--	---

Полное наименование медицинской организации

	*
--	---

Месяц, год текущий

	*
--	---

1. Госпитализация была:

☐ плановая

☐ экстренная

2. Вы были госпитализированы:

☐ за счет ОМС

☐ за счет ДМС

☐ на платной основе

3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

☐ нет

☐ да

Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- ☐ I группа
- ☐ II группа
- ☐ III группа

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

- ☐ да
- ☒ нет
- ☐ отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта
- ☐ отсутствие пандусов, поручней
- ☐ отсутствие электрических подъемников
- ☐ отсутствие специальных лифтов
- ☐ отсутствие голосовых сигналов
- ☐ отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов
- ☐ отсутствие информации для слабовидящих людей прифтом Брайля
- ☐ отсутствие специального оборудованного туалета

4. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

- ☐ нет
- ☒ да

Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

5. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

- ☐ нет
- ☒ да

Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?

☐ да

☐ нет

6. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?

☐ круглосуточного пребывания

☐ дневного стационара

7. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?

☐ да

☒ нет

Что не удовлетворяет?

☐ отсутствие свободных мест ожидания

☐ состояние гардероба

☐ состояние туалета

☐ отсутствие питьевой воды

☐ санитарные условия

8. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

☐ до 120 мин

☐ до 75 мин

☐ до 60 мин

☐ до 45 мин

☐ до 30 мин

9. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?

☐ да

☐ нет

10. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?

☐ да

☐ нет

11. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)?

☐ 30 дней

☐ 29 дней

☐ 28 дней

☐ 27 дней

☐ 15 дней

☐ меньше 15 дней

12. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?

☐ да

☐ нет

13. Возникала ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?

☐ нет

☒ да

Необходимость:

☐ для уточнения диагноза

☐ с целью сокращения срока лечения

☐ приобретение расходных материалов

14. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

☐ да

☐ (*) нет

☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

☐ Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

☐ Вам не дали выписку

15. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?

☐ да

☐ нет

16. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

☐ да

☐ (*) нет

Что не удовлетворяет?

☐ уборка помещений

☐ освещение, температурный режим

☐ медицинской организации требуется ремонт

☐ в медицинской организации старая мебель

17. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?

☐ да

☐ нет

18. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?

☐ да

☐ нет

19. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?

☐ да

☐ нет

20. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?

☐ да

☐ нет

21. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги?

☐ нет

☒ да

Кто был инициатором благодарения?

☐ я сам (а)

☐ персонал медицинской организации

Форма благодарения:

☐ письменная благодарность (в журнале, на сайте)

☐ цветы

☐ подарки

☐ услуги

☐ деньги