



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

РАСПОРЯЖЕНИЕ

« 17 » 08 20 15 г.

г. Грозный

№ 155

Во исполнение пунктов 13 и 15 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 года № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями», в целях обеспечения технической возможности выражения пациентами мнений о качестве оказания услуг медицинскими организациями:

1. Руководителям медицинских организаций:

1.1. Разместить на своих официальных сайтах в сети Интернет Единый баннер и ссылку на интерактивную форму анкеты для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных и стационарных условиях, согласно приложению № 2 и приложению № 3 приказа Минздрава России от 14.05.2015 г. № 240.

1.2. В случае обращения граждан о предоставлении возможности заполнения анкеты на бумажном носителе, обеспечить возможность заполнения анкеты на бумажном носителе.

1.3. Ежемесячно, не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным направлять в Минздрав ЧР анкеты, заполненные на бумажных носителях для предоставления сводных данных по результатам анкетирования в Общественный совет при Минздраве ЧР (анкетирование в электронном виде и на бумажном носителе завершается 1 ноября текущего года).

1.4. Ежемесячно, на основании анализа информации по результатам электронного анкетирования и анкет на бумажном носителе, выявлять негативные факторы, влияющие на качество предоставления услуг медицинскими организациями, устранять их причины, путем реализации планов мероприятий, в том числе стимулирование работников. Принимать меры по повышению эффективности и оптимизации деятельности медицинских организаций.

2. Начальнику общего отдела Министерства здравоохранения Чеченской Республики разместить настоящее распоряжение в трехдневный срок со дня его подписания в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте Министерства здравоохранения Чеченской Республики.

3. Контроль над исполнением настоящего распоряжения оставляю за собой.

И.о. Министра

У.С. Байсаев

Приложение N 2
к Методическим рекомендациям
по проведению независимой
оценки качества оказания услуг
медицинскими организациями,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 мая 2015 г. N 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, N 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 N 3
к Методическим рекомендациям
по проведению независимой
оценки качества оказания услуг
медицинскими организациями,
утвержденным приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 мая 2015 г. N 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 шрифтом 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. Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?

- да
- нет

13. Возникла 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