



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ФАРМАЦИИ

ПРИКАЗ

от 06.04.2017 № 284
г. ПСКОВ

О внесении изменений в приказ
Государственного комитета
Псковской области по
здравоохранению и фармации от
19.01.2017 года №37 «О проведении
независимой оценки качества
оказания услуг в учреждениях
здравоохранения Псковской области в
2017 году»

В соответствии с Федеральным Законом от 21 июля 2014 года №256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования», Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 ноября

2014 года №787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» и приказом № 240 от 14 мая 2015 года «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести дополнения в Приложение № 1 к приказу Государственного комитета Псковской области по здравоохранению и фармации от 19.01.2017 года №37 «О проведении независимой оценки качества оказания услуг в учреждениях здравоохранения Псковской области в 2017 году» согласно Приложению № 1 к настоящему приказу;

2. Утвердить настоящим приказом Анкеты для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации, согласно Приложениям № 2 - 5;

3. Директору ГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» С.В. Мацепуро:

3.1. Обеспечить координацию действий исполнителей при проведении независимой оценки качества оказания услуг в медицинских организациях Псковской области согласно Приложению № 1 к настоящему приказу;

3.2. Разместить данный приказ на официальном сайте Государственного комитета Псковской области по здравоохранению и фармации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в разделе «Независимая оценка качества» и в сетевом ресурсе «Нормативно-правовые акты Псковской области»;

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя председателя комитета Д.Ю. Сачкова.

Председатель комитета



И.И.Потапов

УТВЕРЖДЕНО
 Приказом Государственного комитета
 Псковской области
 по здравоохранению и фармации
 От 06.04.2017 № 284
 Приложение № 1

Список медицинских организаций Псковской области, участвующих в
 анкетировании по независимой оценке качества услуг в 2017 году на
 бумажном носителе

№ п/п	Наименование учреждения и структурного подразделения	Адрес проведения анкетирования	Ответственная за проведение организация	Плановый срок анкетирования (по согласованию сторон)
1.	ГБУЗ «Псковская станция скорой медицинской помощи»	Псковская область, г. Псков, ул. Народная, д. 17	ГБПОУ «Псковский медицинский колледж»	По согласованию
2.	ГБУЗ «Псковская областная психиатрическая больница №2»	Псковская область, Великолукский район, д. Суханово, ул. Больничная 9	ГБПОУ «Великолукский медицинский колледж»	По согласованию
3.	ГБУЗ «Псковская областная психиатрическая больница №1»	Псковская область, Псковская область, Псковский р-н, п/о Ершово, д. Богданово	ГБПОУ «Псковский медицинский колледж»	По согласованию
4.	ГБУЗ «Хоспис имени святой Марфы-Марии»	Псковская область, г. Псков, ул. Свердлова, д. 20	ГБПОУ «Псковский медицинский колледж»	По согласованию
5.	ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД»	Псковская область, г. Псков, ул. Кузнецкая 23.	ГБПОУ «Псковский медицинский колледж»	По согласованию
5.	ГБУЗ «Станция переливания крови Псковской области»	Псковская область, г. Псков, Интернациональный переулок, д. 4	ФГБОУ ВПО «Псковский медицинский колледж»	По согласованию

Наименование медицинской

организации: _____

Структурное подразделение: _____

Почтовый адрес: _____

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Государственного комитета
Псковской области по здравоохранения и фармации
от 06.04. 2017г. № 284

Приложение №2

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. Вы обратились в медицинскую организацию?

- ☐ к врачу терапевту-участковому
- ☐ к врачу педиатру-участковому
- ☐ к врачу общей практики (семейному врачу)
- ☐ к врачу-специалисту (лор, хирург, невропатолог, офтальмолог и др.)
- ☐ другое (диспансеризация, профилактический осмотр, справка, рецепт)

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

- ☐ да
- ☐ нет

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

☐ да

☐ нет

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального и лабораторного исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование?

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

9. Вы ожидали проведения диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование?

- ☐ 30 дней
- ☐ 29 дней
- ☐ 28 дней
- ☐ 27 дней
- ☐ 15 дней
- ☐ меньше 15 дней

10. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

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

- ☐ да
- ☐ нет

12. Ваше обслуживание в медицинской организации?

- ☐ за счет ОМС
- ☐ за счет ДМС

☐ на платной основе

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

☐ да

☐ нет

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

☐ раз в месяц

☐ раз в квартал

☐ раз в полугодие

☐ раз в год

☐ не обращаюсь

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

☐ да

☐ нет

17. 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

Наименование медицинской

организации: _____

Структурное подразделение: _____

Почтовый адрес: _____

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Государственного комитета
Псковской области по здравоохранению и фармацииот 06.04. 2017г. № 284

Приложение №3

Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в
амбулаторных условиях для станций переливания крови

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект Российской Федерации

Полное наименование медицинской организации

Месяц, год текущий

1. Вы обратились в медицинскую организацию?

- ☐ как первичный донор
- ☐ как донор-родственник
- ☐ как кадровый донор
- ☐ как участник выездной акции безвозмездного донорства
- ☐ другое

2. Форма обращения

- ☐ в условиях медицинской организации
- ☐ в выездных условиях

3. Вы обратились в медицинскую организацию?

- ☐ впервые

- ☐ повторно
- ☐ регулярно обращаюсь

4. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) персонала медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

5. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников?

- ☐ да
- ☒ нет

Что именно Вас не удовлетворило?

- ☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
- ☐ Вам не разъяснили информацию о донорстве крови и ее компонентов
- ☐ Вам не разъяснили причину отвода от донации (сдачи крови, компонентов крови)
- ☐ Вам не дали рекомендации по подготовке к донации (сдаче крови, компонентов крови)
- ☐ другое

6. Время ожидания донации (сдачи крови, компонентов крови) с момента обращения в медицинскую организацию?

- ☐ более 3 часов
- ☐ 3 часа
- ☐ 2 часа
- ☐ 1 час

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

- ☒ да
- ☐ нет

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

- ☐ да
- ☐ нет

8. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?

- ☒ да
- ☐ нет

9. 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. 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

11. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

12. Вы выполняете донацию (сдаете кровь, компоненты крови)?

- ☐ безвозмездно
- ☐ на платной основе

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

(*) да

() нет

Характеристика комментария

() положительный

() отрицательный

Наименование медицинской
организации: _____
Структурное подразделение: _____
Почтовый адрес: _____

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Государственного комитета
Псковской области по здравоохранения и фармации
от 06.04. 2017г. № 284
Приложение №4

Анкета для оценки качества оказания услуг в психиатрических учреждениях

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект Российской Федерации

Полное наименование медицинской организации

Месяц, год текущий

1. Госпитализация была:

- ☐ (*) плановая
☐ экстренная

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

Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

- ☐ 60 мин и более
- ☐ от 45 до 60 мин
- ☐ от 30 до 45 мин
- ☐ до 30 мин

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

- ☐ да
- ☐ нет

2. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- ☐ (*) да
- ☐ нет

Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- ☐ I группа
- ☐ II группа
- ☐ III группа
- ☐ ребенок-инвалид

3. Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

- ☐ да
- ☐ (*) нет

Пожалуйста, укажите что именно отсутствует?

- ☐ 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?

- ☒ да
☐ нет

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.)?

- ☒ да
☐ нет

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

- ☐ да
☐ нет

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

- ☐ да
☐ нет

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

- ☐ да
☐ нет

8. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

- ☐ да
☒ нет

Что не удовлетворяет:

- ☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
- ☐ Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
- ☐ Вам не дали выписку

9. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

- ☐ да
- ☒ нет

Что не удовлетворяет?

- ☐ санитарные условия
- ☐ освещение, температурный режим
- ☐ медицинской организации требуется ремонт
- ☐ в медицинской организации старая мебель

10. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

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

- ☐ да
- ☐ нет

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

- ☐ да
- ☐ нет

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

- ☒ да
- ☐ нет

Характеристика комментария

☐ положительный☐ отрицательный

Наименование медицинской

организации: _____

Структурное подразделение: _____

Почтовый адрес: _____

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Государственного комитета

Псковской области по здравоохранению и фармации

от 06.04. 2017г. № 284

Приложение №5

Анкета для оценки качества оказания услуг сотрудниками станции скорой
медицинской помощи

Когда и в какую медицинскую организацию Вы обращались?

Субъект Российской Федерации

Полное наименование медицинской организации

Месяц, год текущий

1. Вы вызывали скорую медицинскую помощь по поводу?

- ☐ состояния/заболевания, представляющего угрозу жизни пациента (нарушение сознания, дыхания, кровообращения, внезапная боль, нарушение функции какого-либо органа, кровотечение, травма, ожог)
- ☐ психического расстройства, сопровождающегося действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц родов, угрозы прерывания беременности
- ☐ медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации
- ☐ другое

2. Вы вызывали скорую медицинскую помощь?

(*) по телефону

- ☐ самостоятельно обратился в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь

Вы дозвонились с первого раза?

- ☐ да
- ☐ нет, дозванивался 2 и более раз
- ☐ не дозвонился

-

- ☐ Ваш вызов был принят, и по Вашему вызову была направлена бригада скорой медицинской помощи
- ☐ Вас проконсультировали по телефону
- ☐ Ваш вызов переключили на диспетчера для записи на прием к врачу поликлиники

Время доезда бригады скорой медицинской помощи составило

- ☐ менее 10 минут
- ☐ 10 минут
- ☐ 20 минут
- ☐ (*) более 20 минут

Пришлось ли Вам повторно обращаться по телефону для ускорения прибытия бригады скорой медицинской помощи

- ☐ да
- ☐ нет

3. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) бригадой скорой медицинской помощи?

- ☐ да
- ☐ нет

4. Удовлетворены ли Вы компетентностью бригады скорой медицинской помощи?

- ☐ да
- ☐ (*) нет

Что именно Вас не удовлетворило?

- ☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
- ☐ Вам не разъяснили информацию об оказываемой медицинской помощи
- ☐ Вам не ответили на задаваемые вопросы
- ☐ другое

5. Вы удовлетворены материально-техническим оснащением и лекарственным обеспечением бригады скорой медицинской помощи?

- ☐ да
☐ нет

Что именно Вас не удовлетворило?

- ☐ отсутствовало необходимое оборудование
☐ отсутствовали необходимые лекарственные препараты
☐ состояние санитарного транспорта
☐ другое

6. При оказании медицинской помощи бригада скорой медицинской помощи вызывала дополнительную (специализированную) бригаду скорой медицинской помощи?

- ☐ да
☐ нет

Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) дополнительной (специализированной) бригадой скорой медицинской помощи?

- ☐ да
☐ нет

Удовлетворены ли Вы компетентностью дополнительной (специализированной) бригады скорой медицинской помощи?

- ☐ да
☐ нет

Что именно Вас не удовлетворило?

- ☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
☐ Вам не разъяснили информацию об оказываемой медицинской помощи
☐ Вам не ответили на задаваемые вопросы
☐ другое

Вы удовлетворены материально-техническим оснащением и лекарственным обеспечением дополнительной (специализированной) бригады скорой медицинской помощи?

- ☐ да
☒ нет

Что именно Вас не удовлетворило?

- ☐ отсутствовало необходимое оборудование
☐ отсутствовали необходимые лекарственные препараты
☐ состояние санитарного транспорта
☐ другое

7. Бригада скорой медицинской помощи доставила Вас в стационар?

- ☐ да
☒ нет

-

- ☐ медицинская помощь была оказана на месте, госпитализация не требовалась
☐ после оказания медицинской помощи бригадой скорой медицинской помощи была предложена госпитализация, но я (лицо, к которому вызывали скорую медицинскую помощь) отказался
☐ по моему мнению, бригада скорой медицинской помощи необоснованно отказала в госпитализации
☐ бригада скорой медицинской помощи не учла мое мнение (мнение лица, к которому вызывали скорую медицинскую помощь) по выбору стационара, поэтому я отказался

8. Удовлетворены ли Вы оказанными бригадой скорой медицинской помощи услугами?

- ☐ да
☐ нет

9. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания бригадой скорой медицинской помощи в социальных сетях?

- ☒ да
☐ нет

Характеристика комментария

- ☐ положительный
☐ отрицательный