

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВЦГПХ**

ПРИКАЗ

14.03.2022

№ 1

г. Уфа

Об организации и проведении анкетирования пациентов в ВЦГПХ

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», п р и к а з ы в а ю:

1. Назначить ответственными лицами за организацию и проведение анкетирования:

1.1. В ВЦГПХ - заведующего отделом контроля качества и безопасности медицинской деятельности Назарову С.В.;

1.2. В структурных подразделениях ВЦГПХ - заведующих структурных подразделений.

2. Утвердить:

2.1. Порядок проведения анкетирования пациентов в ВЦГПХ (приложение № 1);

2.2. форму анкеты для изучения удовлетворенности пациента качеством предоставления медицинской помощи в приёмном отделении ВЦГПХ (приложение № 2);

2.3. форму анкеты для изучения удовлетворенности пациента качеством предоставления медицинской помощи в отделении восстановительной медицины (приложение № 3);

2.4. форму анкеты для изучения удовлетворенности пациента качеством предоставления медицинской помощи в офтальмологическом отделении (приложение № 4).

2.5. форму анкеты для изучения удовлетворённости пациента качеством предоставления медицинской помощи детям (приложение № 5);

2.6. форму анкеты для изучения удовлетворённости пациента качеством предоставления медицинской помощи в лаборатории индивидуального глазного протезирования (приложение № 6).

3. Заведующему отдела контроля качества и безопасности медицинской деятельности Назаровой С.В. ежеквартально проводить анализ результатов анкетирования с предоставлением информации во врачебную комиссию ВЦГПХ в срок до 1 числа месяца следующего за отчетным.

результатов анкетирования с предоставлением информации во врачебную комиссию ВЦГПХ в срок до 1 числа месяца следующего за отчетным.

4. Заведующим структурных подразделений обеспечить:

4.1. размещение информации и утвержденных форм анкетирования на информационных стендах о проведении анкетирования.

4.2. Еженедельное проведение анкетирования не менее 10 пациентов в вверенном подразделении.

4.3. Делопроизводителю Габитовой Н.Н. ознакомить ответственных лиц под роспись в течение 5-ти дней со дня издания приказа.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. директора



О.А. Ефремова

ознакомлен:  В

Порядок
проведения анкетирования пациентов в ВЦГПХ

1. Общие положения

Настоящий порядок (далее - Порядок) разработан в целях организации проведения анкетирования пациентов ВЦГПХ (далее – медицинская организация), изучения их мнения и оценки удовлетворённости качеством, доступностью и безопасностью медицинской помощи, оказываемой подразделениями медицинской организации и медицинской организацией в целом.

2. Основные термины, используемые в настоящем Порядке

2.1. Анкетирование - психологический вербально-коммуникативный метод, в котором в качестве средства для сбора сведений от респондента используется специально оформленный список вопросов - анкета.

2.2. Респондент - лицо, отвечающее на вопросы анкеты.

3. Цель и задачи анкетирования пациентов

3.1. Цель анкетирования - изучение мнения пациентов и оценки их удовлетворённости качеством, доступностью и безопасностью медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией.

3.2. Проведение анкетирования в медицинской организации направлено на решение следующих задач:

-выявление зон неэффективности в качестве медицинской помощи, оказываемой подразделениями, специалистами;

-оценку условий оказания медицинской помощи;

-оценку соблюдения прав пациентов в медицинской организации;

-определение структуры и удельного веса тех или иных проблем в качестве оказываемой медицинской помощи (грубое и невнимательное отношение к пациенту; снижение доступности тех или иных исследований, процедур и т.д.);

-выявление процессов, негативно влияющих на удовлетворенность медицинской помощью;

-оценку качества информирования о медицинской организации и об осуществляемой ею деятельности;

-принятие адекватных мер по устранению выявленных недостатков;

-разработку профилактических мер по повышению качества, доступности и безопасности медицинской помощи.

4. Ответственные за организацию, проведение и анализ анкетирования

4.1. Лицом, ответственным за организацию, проведение и анализ анкетирования в целом по медицинской организации является заведующий отдела контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

4.2. Лицами, ответственными за организацию, проведение анкетирования в структурных подразделениях являются заведующие структурных подразделений.

4.3. В своей деятельности ответственные лица руководствуются настоящим Порядком и другими нормативными документами в области обеспечения качества, доступности и безопасности медицинской помощи.

5. Организация анкетирования

5.1. Плановое анкетирование пациентов проводится в электронном формате по QR-коду, который вместе с инструкцией (алгоритмом) располагается в доступной для пациента зоне, анкета размещается на сайте ВЦГПХ. За каждым отделением закреплен определенный QR-код.

5.2. В итоге анкетирования ежеквартально формируются отчеты согласно утвержденным формам анкет и предоставляются на заседание центральной врачебной комиссии.

5.3. Внеплановое анкетирование проводится по распоряжению директора и его заместителей на бумажном носителе, по иной утверждаемой директором анкете. Срок проведения анкетирования составляет не менее 5-ти дней, может быть продлен до 30-ти дней в зависимости от поставленных задач.

5.4. Анкета заполняется пациентом либо его законным представителем.

5.5. После обработки анкеты на бумажном носителе подлежат хранению в отделе контроля качества и безопасности медицинской деятельности в течение календарного года, далее подлежат уничтожению.

6. Ответственность за выполнение настоящего Порядка

Заведующий отделом контроля качества и безопасности медицинской деятельности, заместитель директора и иные лица, привлечённые к анкетированию в установленном порядке, несут ответственность за выполнение настоящего Порядка в соответствии с действующим законодательством.

ФОРМА

Анкета

для изучения удовлетворенности пациента качеством предоставления
медицинской помощи в приёмном отделении ВЦГПХ

В целях изучения удовлетворенности оказанной медицинской помощью, просим Вас ответить на вопросы настоящей анкеты, выбрав те ответы, которые наиболее точно отражают Ваше мнение по заданному вопросу.

Анкетирование проводится на добровольной основе, с сохранением Вашей анонимности, поэтому указывать Вашу фамилию или адрес в анкете не требуется.

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

да

нет

2. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинской помощи, доступной на официальном сайте медицинской организации?

да

нет

3. Кем были направлены на госпитализацию?

поликлиникой по месту жительства

обратились самостоятельно

4. Как долго Вы ожидали госпитализацию в приемном отделении?

меньше часа

1 – 2 часа

больше 2 часов

5. Вы удовлетворены отношением персонала в приемном отделении?

да

нет

6. Информировал ли Вас врач приёмного отделения о маршрутизации, о правилах пребывания в стационаре, возможных рисках для здоровья?

да

нет

7. Вы удовлетворены отношением персонала приёмного отделения?

да

нет

8. Удовлетворены ли Вы отношением врачей приёмного отделения?

- да
- нет

9. Приходилось ли Вам оплачивать медицинскую помощь (услугу)?

17.1. Через кассу: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	17.2. Медицинскому персоналу без оформления платежных документов <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
--	--

10. Вы бы рекомендовали ВЦГПХ родственникам, друзьям, знакомым?

- да
- нет

11. Ваши предложения по совершенствованию оказания медицинской помощи:

Дата заполнения _____

БЛАГОДАРИМ ВАС
ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТИРОВАНИИ

ФОРМА

Анкета

для изучения удовлетворенности пациента качеством оказания
медицинской помощи в отделении восстановительной медицины

Уважаемый пациент! Ваше мнение важно для нас! Предлагаем пройти анкетирование анонимно, написать свои пожелания, что позволит улучшить качество оказания медицинской помощи в ВЦГПХ

1. Перед посещением отделения восстановительной медицины Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?
 да
 нет
2. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинской помощи, доступной на официальном сайте медицинской организации?
 да
 нет
3. Какова цель Вашего обращения в отделение восстановительной медицины?
 по поводу заболевания
 с профилактической целью
 на консультацию по направлению специалиста
 другое
4. К какому специалисту Вы обращались?
 к терапевту
 к ортопеду
 к неврологу
 к офтальмологу
 на диагностические исследования
 другие специалисты
5. Как долго Вы были в очереди в регистратуре?
 нет очереди
 до 15 минут
 15- 30 минут
 более 30 минут
 пришлось приходить в другой день
6. Как долго Вы были в очереди у кабинета врача?
 нет очереди
 менее 15 минут
 15 - 30 минут

- 30 - 60 минут
- более 60 минут
- пришлось приходить в другой день

7. Как долго Вы были в очереди на исследования (УЗИ, диагностические исследования и прочие)?

- нет очереди
- менее 15 минут
- 15 - 30 минут
- 30 - 60 минут
- более 60 минут
- пришлось приходить в другой день

8. Вы удовлетворены отношением персонала отделения восстановительной медицины (доброжелательность, вежливость)?

- да
- нет

9. Какую группу инвалидности Вы имеете?

- не имею
- I группа
- II группа
- III группа

10. Укажите, что на Ваш взгляд необходимо для лиц с ограниченными возможностями (инвалидами)?

- все устраивает
- 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

11. Приходилось ли Вам оплачивать медицинскую помощь?

- через кассу
- медицинскому персоналу без оформления платежных документов
- нет

12. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?

- да
- нет

13. Удовлетворены ли Вы оказанной Вам медицинской помощью?

- да
- нет

14. Ваши предложения: _____

Дата заполнения _____

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТИРОВАНИИ

ФОРМА

Анкета

для изучения удовлетворенности пациента качеством оказания медицинской помощи в офтальмологическом отделении

Уважаемый пациент! Ваше мнение важно для нас! Предлагаем пройти анкетирование анонимно, написать свои пожелания, что позволит улучшить качество оказания медицинской помощи в ВЦГПХ

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

- да
- нет

2. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинской помощи, доступной на официальном сайте медицинской организации?

- да
- нет

3. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на госпитализацию?

- менее 15 дней
- 15-30 дней
- более 30 дней

4. Сколько времени Вы ожидали приема в приемном отделении?

- до 30 минут
- 30 - 60 минут
- 60 - 120 минут
- более 120 минут

5. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в приемном отделении?

- да
- нет

6. Какую группу инвалидности Вы имеете?

- Не имею
- I группа
- II группа
- III группа

7. Укажите, что на Ваш взгляд что необходимо для лиц с ограниченными возможностями (инвалидами)

- все устраивает
- 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

8. Возникла ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет, в случае если Вы проходили лечение по ОМС?

да

нет

9. Возникла ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет, в случае если Вы проходили лечение по ОМС?

да

нет

10. Какие проблемы возникали после оперативного вмешательства?

не было проблем

длительное заживление раны

гнойные процессы

повторное оперативное вмешательство

другое

не проводилось оперативное вмешательство

11. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам врача?

да

нет

12. Если не удовлетворены отношением врача укажите причину?

Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

Врач не захотел с Вами разговаривать

Вам не дали рекомендации по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации

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

да

нет

14. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

да

отсутствуют комфортные условия в палате (санузел, душ, телевизор, холодильник, интернет)

грязно, плохо проводится уборка помещений,

медицинской организации требуется ремонт

15. Оцените работу медицинских сестер:

все устраивает

не проводилась своевременная раздача лекарств

не проводились медицинскими сестрами обходы палат в вечернее (ночное) время;

грубое отношение

16. Приходилось ли Вам оплачивать медицинскую помощь(услугу):

через кассу

медицинскому персоналу без оформления платежных документов

нет

17. Удовлетворены ли Вы оказанной медицинской помощью в медицинской организации?

да

нет

18. Вы бы рекомендовали ВЦГПХ родственникам, друзьям, знакомым?

да

нет

19. Ваши предложения: _____

Дата заполнения: _____

БЛАГОДАРИМ ВАС
ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТИРОВАНИИ!

ФОРМА

Анкета

для изучения удовлетворенности пациента качеством оказания
медицинской помощи детям

В целях изучения удовлетворенности оказанной медицинской помощью, просим родителей и детей ответить на вопросы настоящей анкеты, выбрав те ответы, которые наиболее точно отражают Ваше мнение по заданному вопросу.

Анкетирование проводится на добровольной основе, с сохранением Вашей анонимности, поэтому указывать Вашу фамилию или адрес в анкете не требуется.

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

- да
- нет

2. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинской помощи, доступной на официальном сайте медицинской организации?

- да
- нет

3. Кем были направлены на госпитализацию?

- поликлиникой по месту жительства
- обратились самостоятельно

4. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на госпитализацию?

- менее 15 дней
- 15-30 дней
- более 30 дней

5. Как долго Вы ожидали госпитализацию в приемном отделении:

- меньше часа
- 1 – 2 часа
- больше 2 часов

6. Вы удовлетворены отношением персонала в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)?

- да
- нет

7. В период лечения Вы были осмотрены заведующим отделением?

- да
- нет

8. Ежедневно ли проводится обход лечащим врачом?

- да
- нет

9. Информировал ли лечащий врач родителей о заболевании Вашего ребенка, о сути предстоящих медицинских вмешательств?

- да
- нет

10. Удовлетворены ли Вы отношением врачей в процессе оказания медицинской помощи ребенку?

- да
- нет

11. Проводится ли медицинскими сестрами своевременная раздача лекарств?

- да
- нет

12. Проводятся ли медицинскими сестрами ночные обходы палат?

- да
- нет

13. Своевременно ли медицинскими сестрами выполняются врачебные назначения?

- да
- нет

14. Устраивает ли качество уборки в отделении?

- да
- нет

15. Устраивает ли качество больничной пищи?

- да
- нет

16. Разнообразен ли ассортимент больничной пищи?

- да
- нет

17. Удовлетворены ли вы работой диагностических кабинетов, УЗИ?

- да
- нет

18. Удовлетворены ли Вы работой профильных специалистов (невролог, терапевт, ортопед):

- да
- нет

19. Приходилось ли Вам оплачивать медицинскую помощь(услугу)?

19.1. Через кассу:	19.2. Медицинскому персоналу без оформления платежных документов
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет

20. Вы бы рекомендовали ВЦГПХ родственникам, друзьям, знакомым?

- да

нет

21.Ваши предложения по совершенствованию оказания медицинской помощи:

Дата заполнения: _____

БЛАГОДАРИМ ВАС
ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТИРОВАНИИ

ФОРМА

Анкета

для изучения удовлетворенности пациента качеством оказания медицинской помощи в лаборатории индивидуального глазного протезирования

Уважаемый пациент! Ваше мнение важно для нас! Предлагаем пройти анкетирование анонимно, написать свои пожелания, что позволит улучшить качество оказания медицинской помощи в ВЦГПХ.

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

да

нет

2. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинской помощи, доступной на официальном сайте медицинской организации?

да

нет

3. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на госпитализацию?

менее 15 дней

15-30 дней

более 30 дней

4. Сколько времени Вы ожидали приема в приемном отделении?

до 30 минут

30 - 60 минут

60 - 120 минут

более 120 минут

5. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в приемном отделении?

да

нет

6. Какую группу инвалидности Вы имеете?

Не имею

I группа

II группа

III группа

7. Укажите, что необходимо на Ваш взгляд для лиц с ограниченными возможностями (инвалидами):

все устраивает

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

8. Возникла ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет, в случае если Вы проходили лечение по ОМС?

да

нет

9. Возникла ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет, в случае если Вы проходили лечение по ОМС?

да

нет

10. Какие проблемы возникали после оперативного вмешательства?

не было проблем

длительное заживление раны

гнойные процессы

повторное оперативное вмешательство

другое

не проводилось оперативное вмешательство

11. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам врача?

да

нет

12. Если не удовлетворены отношением врача укажите причину?

Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

Врач не захотел с Вами разговаривать

Вам не дали рекомендации по профилактике и реабилитации

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

да

нет

14. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

да

отсутствуют комфортные условия в палате (санузел, душ, телевизор, холодильник, интернет)

грязно, плохо проводится уборка помещений,

медицинской организации требуется ремонт

15. Оцените работу медицинских сестер:

все устраивает

грубое отношение

16. Приходилось ли Вам оплачивать медицинскую помощь:

через кассу

медицинскому персоналу без оформления платежных документов

нет

17. Удовлетворены ли Вы оказанной медицинской помощью в медицинской организации?

да

нет

18. Вы бы рекомендовали ВЦГПХ родственникам, друзьям, знакомым?

да

нет

19. Ваши предложения _____

Дата заполнения: _____

БЛАГОДАРИМ ВАС
ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТИРОВАНИИ!