

## ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер»

№	Показатели	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max - 14)	1	1	2	5	0	9
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max - 21)	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	Итого
		0	3	0	2	5	10
3.	Время ожидания (max - 15)	3.1.	3.2.	3.3.			Итого
		1	0	0			1
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max - 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	5				10
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max - 15)	5.1.	5.2.	5.3.			Итого
		5	4	5			14
		Итого (max - 75)					44

## ООО "СКНЦ", Нарткалинский филиал №2

№	Показатели	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max - 14)	1	1	2	3	0	7
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max - 21)	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	Итого
		5	0	1	3	5	14
3.	Время ожидания (max - 15)	3.1.	3.2.	3.3.			Итого
		5	5	5			15
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max - 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	5				10
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max - 15)	5.1.	5.2.	5.3.			Итого
		5	5	5			15
		Итого (max - 75)					61

№	Показатели	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max - 14)	1	1	2	4	5	13
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max - 21)	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	Итого
		5	5	1	5	5	21
3.	Время ожидания (max - 15)	3.1.	3.2.	3.3.			Итого
		5	5	0			10
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max - 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	5				10
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max - 15)	5.1.	5.2.	5.3.			Итого
		5	5	5			15
		Итого (max - 75)					69

## Медучреждения санаторного типа

АО «Санаторий «Чайка»

№	Показатели	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max - 14)	1	1	2	5	5	14
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max - 21)	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	Итого
		5	5	3	3	5	21
3.	Время ожидания (max - 5)	3.1.					Итого
		5					5
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max - 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	5				10
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max - 5)	5.1.					Итого
		5					5
		Итого (max - 55)					55

ООО «Санаторий «Грушевая роща»

№	Показатели	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max - 14)	1	1	2	5	5	14
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max - 21)	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	Итого
		5	5	5	5	0	20
3.	Время ожидания (max - 5)	3.1.					Итого
		5					5
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max - 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	5				10
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max - 5)	5.1.					Итого
		5					5
		Итого (max - 55)					54

ООО «Санаторий «Маяк»

№	Показатели	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max - 14)	1	1	2	0	4	8
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max - 21)	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	Итого
		5	5	3	3	0	16
3.	Время ожидания (max - 5)	3.1.					Итого
		5					5
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max - 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	5				10
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max - 5)	5.1.					Итого
		5					5
		Итого (max - 55)					44



ГКУЗ «Детский противотуберкулезный санаторий «Звездочка»

№	Показатели	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max – 14)	1	1	2	0	0	4
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max – 21)	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	Итого
		5	5	5	5	0	20
3.	Время ожидания (max – 5)	3.1.					Итого
		0					0
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max – 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	5				10
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max – 5)	5.1.					Итого
		5					5
		Итого (max – 55)					39

Психиатрические больницы

ГКУЗ «Прохладненская психиатрическая больница»

№	Показатели	1.1	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max – 14)	1	1	2	5	0	9
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max – 15)	2.1.	2.2	-	-	2.5.	Итого
		4	5			0	9
3.	Время ожидания (max – 5)	3.1.	-	-			Итого
		5					5
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max – 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	4				9
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max – 15)	5.1.	5.2.	5.3.			Итого
		5	5	5			15
		Итого (max – 59)					47

## ГКУЗ «Психоневрологический диспансер»

№	Показатели	1.1	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max – 14)	1	1	2	5	0	9
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max – 15)	2.1.	2.2	-	-	2.5.	Итого
		0	1			0	1
3.	Время ожидания (max – 5)	3.1.	-	-			Итого
		5					5
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max – 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	5				10
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max – 15)	5.1.	5.2.	5.3.			Итого
		1	5	5			11
		Итого (max – 59)					36

## Медучреждения донорства крови

## ГБУЗ «Станция переливания крови»

№	Показатели	1.1	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	Итого
1.	Открытость, доступность информации (max – 14)	1	1	2	5	0	9
2.	Комфортность условий предоставления услуг (max – 5)	-	-	-	2.4.	-	Итого
					5		5
3.	Время ожидания (max – 3)	3.1.	-	-			Итого
		3					3
4.	Доброжелательность, вежливость и компетентность работников (max – 10)	4.1.	4.2.				Итого
		5	1				6
5.	Удовлетворенность оказанными услугами (max – 10)	5.1.	5.2.				Итого
		5	5				10
		Итого (max – 42)					33



Приложение 2. Сводная таблица рейтинга медицинских организаций КБР по результатам независимой оценки качества оказания услуг

№	Рейтинг	Название учреждения	1	2	3	4	5	6
			Открытость, доступность информации	Комфортность условий предоставления услуг	Время ожидания предоставления мед.услуги	Доброт., вежливост. и компетентност. работников	Удовлетворен- ност. оказанными услугами	Всего баллов
			max - 14	max - 24	max - 15	max - 10	max - 10	max - 73
1.	1	ГБУЗ "Участковая больница" с.п. В. Балкария	9	22	3	10	10	54
2.	2	ООО "Млада-дента"	9	22	2	6	10	49
3.	3	ГБУЗ "Участковая больница" с. Эльбрус	4	13	5	10	10	42
4.	4	ООО "Центральная поликлиника"	9	10	5	5	10	39
5.	5	ООО "Клиника "Медиум"	4	12	5	3	10	34
6.	6	ГБУЗ "Республиканский врачебно-физкультурный диспансер"	8	12	7	0	6	33
7.	7	ООО "Стома Плюс"	6	14	4	2	5	31
8.	8	ООО "Жак плюс"	6	12	5	0	5	28
9.	9	ООО "Стоматология Мурат"	4	10	5	0	6	25
		Среднее значение	6,6	14,1	4,6	4,0	8,0	37,2
			max - 14	max - 21	max - 15	max - 10	max - 15	max - 75
10.	1	ООО "Лечебно-диагностический центр "Валео Вита"	14	21	10	10	15	70
11.	8	ФКУЗ МСЧ МВД по КБР	13	21	10	10	15	69
12.	7	ООО "СКНЦ", Нарткалинский филиал №2	7	14	15	10	15	61
13.	2	ГБУЗ "Наркологический диспансер"	9	17	10	10	14	60
14.	3	ГБУЗ "Перинатальный центр"	5	24	5	10	15	59
15.	4	ООО "Глазная клиника "Ленар" им. академика С.Н. Федорова	7	16	6	10	15	54
16.	5	ООО "Сев.-Кав. научно-практ. центр чел.-лиц., пласт. хирургии и стомат."	5	11	8	10	15	49
17.	6	ГБУЗ "Противотуберкулезный диспансер"	9	10	1	10	14	44
		Среднее значение	8,6	16,8	8,1	10	14,8	58,2

- минимальное значение по показателю
  - среднее значение по показателю
  - максимальное значение по показателю

№	Рейтинг	Название учреждения	1		2		3		4		5		Всего баллов
			Открытость, доступность информации	Комфортность условий предоставления услуг	Время ожидания предоставления мед.услуги	Доброт., вежливость и компетентность работников	Удовлетворенность оказанными услугами						
МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ САНАТОРНОГО ТИПА													
18.	1	АО "Санаторий "Чайка"	max - 14	max - 21	max - 5	max - 10	max - 5	max - 5	max - 55				
19.	2	ООО "Санаторий "Грушевая роща"	14	20	5	10	5	10	5	55			
20.	3	ООО "Санаторий "Маяк"	8	16	5	10	5	10	5	54			
21.	4	ГКУЗ "Детский противотуберкулёзный санаторий "Звездочка"	4	20	0	10	5	10	5	39			
		Среднее значение	10,0	19,3	3,8	10,0	5,0	10,0	5,0	48,0			
ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ БОЛЬНИЦЫ													
22.	1	ГКУЗ "Прохладненская психиатрическая больница"	max - 14	max - 15	max - 5	max - 10	max - 15	max - 59					
23.	2	ГКУЗ "Психоневрологический диспансер"	9	9	5	10	11	36					
		Среднее значение	9	5	5	9,5	13	41,5					
МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ ДОНОРСТВА КРОВИ													
24.	1	ГБУЗ "Станция переливания крови"	max - 14	max - 5	max - 3	max - 10	max - 10	max - 42					
			9	5	3	6	10	33					

■ - минимальное значение по показателю

■ - среднее значение по показателю

■ - максимальное значение по показателю



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

Полное наименование медицинской организации \_\_\_\_\_  
Месяц, год текущий \_\_\_\_\_

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

- 1.1. заболевание
- 2.2. травма
- 3.3. диспансеризация
- 4.4. профосмотр (по направлению работодателя)
- 5.5. получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.д.)
- 6.6. закрытие листка нетрудоспособности

2. Ваше обслуживание в медицинской организации? :

1. за счет ОМС
2. за счет ДМС
3. на платной основе

3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности? :

1. нет
2. да

4. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете? :

1. I группа
2. II группа
3. III группа

5. Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями? :

1. да
2. нет

Если нет

1. отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта
2. отсутствие пандусов, поручней
3. отсутствие электрических подъемников
4. отсутствие специальных лифтов
5. отсутствие голосовых сигналов
6. отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов
7. отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля
8. отсутствие специально оборудованного туалета

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

1. да
2. нет

7. Вы записались на прием к врачу? :

1. по телефону
2. с использованием сети Интернет
3. в регистратуре лично
4. лечащим врачом на приеме при посещении



8. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий)? :

1. 10 дней и более
2. 9 дней
3. 8 дней
4. 7 дней
5. 5 дней
6. меньше 5 дней

9. Врач Вас принял во время, установленное по записи? :

1. да
2. нет

10. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации? :

1. да
2. нет

Если нет

1. отсутствие свободных мест ожидания
2. состояние гардероба
3. состояние туалета
4. отсутствие питьевой воды
5. санитарные условия

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

1. нет
2. да

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

1. да
2. нет

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

1. нет
2. да

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. раз в месяц
2. раз в квартал
3. раз в полугодие
4. раз в год

5. не обращаюсь

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

1. да
2. нет

17. Удовлетворены ли вы компетентностью участкового врача (педиатра)?:

1. да
2. нет

Если нет

1. Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
2. Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
3. Вам не дали выписку
4. Вам не выписали рецепт

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

1. раз в месяц
2. раз в квартал
3. раз в полугодие
4. раз в год
5. не обращаюсь

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

1. да
2. нет

20. Удовлетворены ли вы компетентностью узких специалистов?:

1. да
2. нет

Если нет

1. Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
2. Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
3. Вам не дали выписку
4. Вам не выписали рецепт

21. Срок ожидания диагностического исследования (диагностические инструментальные и лабораторные исследования) с момента получения направления на диагностическое исследование (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий)?:

1. 10 дней и более
2. 9 дней
3. 8 дней
4. 7 дней
5. 5 дней
6. меньше 5 дней

22. 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)?:

1. 30 дней и более
2. 29 дней
3. 28 дней



- 4. 27 дней
- 5. 15 дней
- 6. меньше 15 дней

23. Вы удовлетворены оказанными услугами в медицинской организации?:

- 1. да
- 2. нет

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

- 1. да
- 2. нет

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

- 1. да
- 2. нет

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

- 1. да
- 2. нет

Если да. Кто был инициатором благодарения?

- 1. я сам (а)
- 2. персонал медицинской организации

Форма благодарения:

- 1. письменная благодарность (в журнале, на сайте)
- 2. цветы
- 3. подарки
- 4. услуги
- 5. деньги

#### **АНКЕТА**

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

Когда и в какую медицинскую организацию Вы были госпитализированы?

Полное наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Месяц, год текущий \_\_\_\_\_

1. Госпитализация была:

- 1. плановая
- 2. экстренная

2. Вы были госпитализированы:

- 1. за счет ОМС
- 2. за счет ДМС
- 3. на платной основе

3. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- 1. да
- 2. нет

4. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

1. I группа
2. II группа
3. III группа

5. Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

1. да
2. нет

Если нет:

1. отсутствие специального подъезда и парковки для автотранспорта
2. отсутствие пандусов, поручней
3. отсутствие электрических подъемников
4. отсутствие специальных лифтов
5. отсутствие голосовых сигналов
6. отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов
7. отсутствие информации для слабовидящих людей шрифтом Брайля
8. отсутствие специального оборудованного туалета

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

9. В каком режиме стационара Вы проходили лечение?:

1. круглосуточного пребывания
2. дневного стационара

10. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?

1. да
2. нет

Если нет, что не удовлетворяет?

1. отсутствие свободных мест ожидания
2. состояние гардероба
3. состояние туалета
4. отсутствие питьевой воды
5. санитарные условия

11. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

1. до 120 мин
2. до 75 мин
3. до 60 мин



4. до 45 мин

5. до 30 мин

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

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

14. Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (устанавливается в соответствии с территориальной программой государственных гарантий)?

1. 30 дней и более

2. 29 дней

3. 28 дней

4. 27 дней

5. 15 дней

6. меньше 15 дней

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

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

Если да, необходимость?

1. для уточнения диагноза

2. с целью сокращения срока лечения

3. приобретение расходных материалов

17. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

1. да

2. нет

Если нет. Что не удовлетворяет

1. Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

2. Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

3. Вам не дали выписку

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

1. да

2. нет

19. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

1. да

2. нет

Если нет, что не удовлетворяет:

1. уборка помещений

2. освещение, температурный режим

3. медицинской организации требуется ремонт

4. в медицинской организации старая мебель

20. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?:

1. да

2. нет

21. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?:

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

Если да, кто был инициатором благодарения?

1. я сам (а)

2. персонал медицинской организации

Форма благодарения:

1. письменная благодарность (в журнале, на сайте)

2. цветы

3. подарки

4. услуги

5. деньги

### **АНКЕТА**

#### **для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в санаториях**

Когда и в какую медицинскую организацию Вы были госпитализированы?

Полное наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Месяц, год текущий \_\_\_\_\_

1. Вы были госпитализированы в назначенный срок?:

1. да

2. нет

2. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?:

1. да

2. нет

Если нет

1. состояние гардероба

2. состояние туалета

3. отсутствие питьевой воды



- 4. санитарные условия
- 5. отсутствие свободных мест ожидания

3. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?:

- 1. 120 мин и более
- 2. от 75 мин до 120 мин
- 3. от 60 мин до 75 мин
- 4. от 45 мин до 60 мин
- 5. от 30 мин до 45 мин
- 6. менее 30 мин

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

- 1. да
- 2. нет

5. Вы были госпитализированы::

- 1. за счет ОМС, бюджета
- 2. за счет ДМС
- 3. на платной основе

6. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?:

- 1. да
- 2. нет

7. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?:

- 1. I группа
- 2. II группа
- 3. III группа
- 4. ребенок-инвалид

8-9. Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?:

- 1. да
- 2. нет

Пожалуйста, укажите, что именно отсутствует:

- 1. отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов
- 2. отсутствие пандусов, поручней
- 3. отсутствие подъемных платформ (аппарелей)
- 4. отсутствие адаптированных лифтов
- 5. отсутствие адаптированных лифтов
- 6. отсутствие сменных кресел-колясок
- 7. отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов
- 8. отсутствие информации шрифтом Брайля
- 9. отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений
- 10. отсутствие сопровождающих работников

10. Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?:

- 1. да
- 2. нет

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

- 1. да
- 2. нет

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

1.да

2.нет

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

1.да

2.нет

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

1.да

2.нет

14. Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в медицинской организации (доброжелательность, вежливость)?:

1.да

2.нет

15. Возникала ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет?:

1.да

2.нет

16. Возникала ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?:

1.да

2.нет

Если да

1. с целью сокращения срока лечения

2. приобретение расходных материалов

3. для уточнения диагнозов

17. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

1.да

2.нет

Если нет

1. Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

2. Вам не дали выписку

3. Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

4. другое

18. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?:

1.да

2.нет

Если нет

1. освещение, температурный режим

2. медицинской организации требуется ремонт

3. в медицинской организации старая мебель

4. санитарные условия

19. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?:

1.да



2.нет

20. Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу?:

1.да

2.нет

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

1.да

2.нет

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

1.да

2.нет

Если да

1. положительный

2. отрицательный

### АНКЕТА

#### для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях (психиатрические больницы)

Когда и в какую медицинскую организацию Вы были госпитализированы?

Полное наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Месяц, год текущий \_\_\_\_\_

1. Госпитализация была:

1. плановая

2. экстренная

2. Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении?

1. да

2. нет

2.1. Если нет, что не удовлетворяет

1. отсутствие свободных мест ожидания

2. состояние гардероба

3. состояние туалета

4. отсутствие питьевой воды

5. санитарные условия

3. Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

1. 120 мин и более

2. от 75 мин до 120 мин

3. от 60 мин до 75 мин

4. от 45 мин до 60 мин

5. от 30 мин до 45 мин

6. менее 30 мин

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

1. да

2. нет

5. Вы были госпитализированы?

1. за счет ОМС, бюджета
2. за счет ДМС
3. на платной основе

6. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

1. да
2. нет

6.1. Если да, какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

1. I группа
2. II группа
3. III группа
4. ребенок-инвалид

7. Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

1. да
2. нет

7.1. Если нет, укажите, что именно отсутствует?

1. отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов
2. отсутствие пандусов, поручней
3. отсутствие подъемных платформ (аппарелей)
4. отсутствие адаптированных лифтов
5. отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов
6. отсутствие сменных кресел-колясок
7. отсутствие информации шрифтом Брайля
8. отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений
9. отсутствие сопровождающих работников

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. да

2. нет

13. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

1. да

2. нет

13.1. Если нет, что не удовлетворяет:

1. Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

2. Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации

3. Вам не дали выписку

4. Другое

15. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

1. да

2. нет

15.1. Если нет, что не удовлетворяет?

1. санитарные условия

2. освещение, температурный режим

3. медицинской организации требуется ремонт

4. в медицинской организации старая мебель

16. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

19.1. Если да, характеристика комментария

1. положительная

2. отрицательная

## **АНКЕТА**

### **для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями по донорству крови**

Когда и в какую медицинскую организацию Вы были госпитализированы?

Полное наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Месяц, год текущий \_\_\_\_\_

1. Вы обратились в медицинскую организацию?

1. как первичный донор

2. как донор-родственник

3. как кадровый донор



4. как участник выездной акции безвозмездного донорства
  5. другое
2. Форма обращения
    1. в условиях медицинской организации
    2. в выездных условиях
3. Вы обратились в медицинскую организацию?
    1. впервые
    2. повторно
    3. регулярно обращаюсь
4. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) персонала медицинской организации?
    1. да
    2. нет
5. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников?
    1. да
    2. нет
    - 5.1. Если нет, что не удовлетворяет
      1. Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
      2. Вам не разъяснили информацию о донорстве крови и ее компонентов
      3. Вам не разъяснили причину отвода от донации (сдачи крови, компонентов крови)
      4. Вам не дали рекомендации по подготовке к донации(сдаче крови, компонентов крови)
      5. другое
6. Время ожидания донации (сдачи крови, компонентов крови) с момента обращения в медицинскую организацию?
    1. 3 часа и более
    2. 2 часа
    3. 1 час
    4. менее 1 часа
7. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?
    1. да
    2. нет
8. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?
    1. да
    2. нет
9. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?
    1. да
    2. нет
    - 9.1. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?
      1. да
      2. нет
10. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

1. да
2. нет
- 10.1. Если нет, что не удовлетворяет
  1. отсутствие свободных мест ожидания
  2. состояние гардероба
  3. состояние туалета
  4. отсутствие питьевой воды
  5. санитарные условия
11. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?
  1. да
  2. нет
12. Рекомендовали бы Вы эту медицинскую организацию для донации (сдачи крови, компонентов крови)?
  1. да
  2. нет
13. Вы выполняете донацию (сдаете кровь, компоненты крови)?
  1. Безвозмездно
  2. на платной основе
14. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в этой медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?
  1. да
  2. нет
- 14.1. Характеристика комментария
  1. положительная
  2. отрицательная

**АНКЕТА**  
**для оценки качества оказания услуг**  
**скорой медицинской помощи**

Полное наименование медицинской организации \_\_\_\_\_  
 Месяц, год текущий \_\_\_\_\_

1. Вы вызывали скорую медицинскую помощь по поводу? :
  1. состояния/заболевания. представляющего угрозу жизни пациента (нарушение сознания. дыхания. кровообращения. внезапная боль, нарушение функции какого-либо органа. кровотечение. травма. ожог)
  2. психического расстройства. сопровождающегося действиями пациента. представляющими непосредственную опасность для него или других лиц
  3. родов, угрозы прерывания беременности
  4. медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации
  5. другое
2. Вы вызывали скорую медицинскую помощь? :
  1. по телефону
 Если да, вы дозвонились с первого раза?
  1. да
  2. нет, дозванивался 2 и более раз
  3. не дозвонился



4. самостоятельно обратился в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь
5. Ваш вызов был принят. и по Вашему вызову была направлена бригада скорой медицинской помощи
6. Вам оказали медицинскую помощь в амбулаторных условиях
7. Вас госпитализировали в медицинскую организацию
8. другое

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

1. да
2. нет

4. Удовлетворены ли Вы компетентностью бригады скорой медицинской помощи?:

1. да
2. нет

Если нет, что именно Вас не удовлетворило?

1. Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
2. Вам не разъяснили информацию об оказываемой медицинской помощи
3. Вам не ответили на задаваемые вопросы
4. другое

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

1. да
2. нет

Если нет, что именно Вас не удовлетворило?

1. отсутствовало необходимое оборудование
2. отсутствовали необходимые лекарственные препараты
3. состояние санитарного транспорта
4. другое

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет

Если нет, что именно Вас не удовлетворило?

1. отсутствовало необходимое оборудование
2. отсутствовали необходимые лекарственные препараты
3. состояние санитарного транспорта



4. другое

10. Бригада скорой медицинской помощи доставила Вас в стационар?:

1. да

2. нет

3. медицинская помощь была оказана на месте, госпитализация не требовалась

4. после оказания медицинской помощи бригадой скорой медицинской помощи была предложена госпитализация, но я (лицо, к которому вызывали скорую медицинскую помощь) отказался

5. по моему мнению, бригада скорой медицинской помощи необоснованно отказала в госпитализации

6. бригада скорой медицинской помощи не учла мое мнение (мнение лица, к которому вызывали скорую медицинскую помощь) по выбору стационара, поэтому я отказался

11. Удовлетворены ли Вы оказанными бригадой скорой медицинской помощи услугами?:

1. да

2. нет

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

1. да

2. нет

Если да. Характеристика комментария

1. положительная

2. отрицательная