



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хабаровского края

РАСПОРЯЖЕНИЕ

18 марта 2016 № 289-р
г. Хабаровск

О проведении независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, участвующими в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края

В целях реализации подпункта "к" пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 г. № 597 "О мерах по реализации государственной социальной политики", статьи 79.1 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 г. № 240 "Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями", от 28 ноября 2014 г. № 787н "Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями", от 03 марта 2016 г. № 136 "Об организации работ по независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями":

1. Определить ответственным за реализацию независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, участвующими в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края (далее – территориальная программа), первого заместителя министра здравоохранения Хабаровского края Зеленева В.В.

2. Определить отдел сводно-аналитической информации, информатизации и организационной работы управления организации медицинской помощи населению министерства здравоохранения Хабаровского края (Волкова Е.И.) координатором по организации взаимодействия министерства здравоохранения Хабаровского края (далее - министерство) с общественным советом при министерстве (далее – общественный совет).

3. Отделу сводно-аналитической информации, информатизации и организационной работы управления организации медицинской помощи населению министерства:

3.1. Направлять в Общественный совет при Министерстве здравоохранения Российской Федерации и в общественный совет сведения о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы на текущий год, согласно приложению № 1 к настоящему распоряжению.

Срок – ежегодно, до 01 февраля текущего года.

3.2. Направлять в общественный совет сводные данные о результатах электронного анкетирования граждан по каждой медицинской организации, участвующей в независимой оценке качества оказания услуг, в текущем году.

Срок – ежемесячно, до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

3.3. Обеспечить размещение на официальном сайте министерства в сети "Интернет" в разделе "Общественный совет при министерстве здравоохранения Хабаровского края":

Перечня медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края, в отношении которых будет проводиться независимая оценка качества оказания услуг в текущем году

Срок – ежегодно, до 30 января.

Интерактивных анкет для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, по форме согласно приложениям № 2, № 3 (далее - анкета).

Срок – постоянно.

Сведений о результатах независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

Срок – ежегодно, до 30 декабря.

3.4. Предоставлять гражданам возможность заполнения анкеты на бумажном носителе, в случае обращения в министерство.

Срок – постоянно.

3.5. Направлять поступившие в министерство анкеты, заполненные на бумажном носителе, в общественный совет и Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Медицинский информационно-аналитический центр" министерства здравоохранения Хабаровского края (далее - КГБУЗ "МИАЦ").

Срок – ежемесячно, до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3.6. Привлекать средства массовой информации к работе общественного совета.

4. Главным врачам медицинских организаций, в отношении которых будет проводиться независимая оценка качества оказания услуг:

4.1. Назначить ответственное лицо за реализацию независимой оценки качества оказания услуг.

4.2. Обеспечит размещение на официальных сайтах в сети "Интернет" интерактивных анкет.

Срок – постоянно.

4.3. Организовать работу по популяризации анкетирования.

Срок – постоянно.

4.4. Обеспечить возможность заполнения анкеты на бумажном носителе в случае обращения граждан в медицинскую организацию.

Срок – постоянно.

4.5. Направлять анкеты, заполненные на бумажном носителе в КГБУЗ "МИАЦ".

Срок – ежемесячно, до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

5. КГБУЗ "МИАЦ" (Алепко А.А.):

5.1. Продолжить работу по формированию базы данных анкет медицинских организаций.

Срок – по мере поступления.

5.2. Обеспечить размещение интерактивных анкет на официальном сайте министерства в сети "Интернет.

Срок - постоянно.

5.3. Заносить в базы данных анкет медицинских организаций, данные анкет, поступивших на бумажных носителях.

Срок – постоянно.

5.4. Обеспечить обработку результатов анкетирования на официальном сайте министерства.

Срок – постоянно.

5.5. Обеспечить расчет показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых осуществляется такая оценка, в текущем году.

Срок – ежемесячно, до 15 числа месяца, следующего за отчетным.

5.6. Направлять сведения о результатах анкетирования, в министерство здравоохранения Хабаровского края.

Срок – ежемесячно, до 20 числа месяца, следующего за отчетным.

6. Рекомендовать общественному совету при министерстве здравоохранения Хабаровского края:

6.1. Утверждать перечень медицинских организаций, в отношении которых будет проводиться независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями в текущем году.

Срок – ежегодно, до 25 января.

6.2. Обеспечивать совместно с КГБУЗ "МИАЦ" (Алепко А.А.) расчет показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых осуществляется такая оценка, в текущем году.

Срок – ежемесячно, до 15 числа месяца, следующего за отчетным.

6.3. Рассматривать сводные данные по результатам электронного анкетирования по каждой медицинской организации, участвующей в независимой оценке качества оказания услуг, в текущем году.

Срок – ежемесячно, до 25 числа месяца, следующего за отчетным.

6.4. Разрабатывать и утверждать предложения по улучшению качества работы каждой медицинской организации, в отношении которой осуществляется независимая оценка качества оказания услуг, в текущем году.

Срок – ежеквартально до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

6.5. Направлять на имя министра здравоохранения Хабаровского края предложения по улучшению качества работы каждой медицинской организации, в отношении которой осуществляется независимая оценка качества оказания услуг, в текущем году.

Срок – ежеквартально до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

7. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на первого заместителя министра здравоохранения Хабаровского края Зеленева В.В.

Министр

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'А.В. Витько'.

А.В. Витько

Приложение № 1
к распоряжению министерства
здравоохранения
Хабаровского края
от 16.04.2016 № 287-р

Медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края

Хабаровский край					
№ п/п	Полное наименование медицинской организации	Фактический адрес медицин- ской организа- ции <*>	Амбулаторные условия +/-	Стационар- ные условия +/-	Адрес офици- ального сайта медицинской ор- ганизации в сети "Интернет"

Министр

(подпись)

(Ф.И.О.)

(дата)

<*> В случае нахождения структурных подразделений по нескольким адресам указываются все адреса по месту нахождения и наименования структурного подразделения.

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, до-

ступной 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

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