

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
ВОЛГОГРАД

ПРИКАЗ

14.04.2016г

№ 116-п

Волгоград

О назначении состава лиц, ответственных за координацию работы по формированию независимой оценки качества услуг, предоставляемых в ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Во исполнение приказа главного врача от 14.04.2016 № 115-п «О назначении ответственных лиц за реализацию независимой оценки качества оказания услуг в ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить форму анкеты по независимой оценке качества предоставляемых медицинских услуг ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (приложение №1).
2. Назначить ответственными за координацию работы по формированию независимой оценки качества оказания медицинских услуг в структурных подразделениях:
 - 2.1. в Тракторозаводском филиале ГБУЗ «ВОККВД» - Дуб Анну Михайловну, заведующего Тракторозаводским филиалом;
 - 2.2. в Волжском филиале ГБУЗ «ВОККВД» - Рыжкову Ольгу Владимировну, заведующего Волжским филиалом;
 - 2.3. в Камышинском филиале ГБУЗ «ВОККВД» - Качурину Наталью Петровну, заведующего Камышинским филиалом;
 - 2.4. в Михайловском филиале ГБУЗ «ВОККВД» - Ли Альберта Феликсовича, заведующего Михайловским филиалом;
 - 2.5. ГБУЗ «ВОККВД» по адресу: ул.им.маршала Еременко, 70 - Дмитриева Александра Игоревича, заведующего консультативно-диагностическим отделением;

- 2.6.консультативно-диагностическое отделение Советского филиала - Корчагину Наталию Алексеевну, заведующего консультативно-диагностическим отделением Советского филиала;
- 2.7.стационарное отделение Советского филиала - Лабутину Наталью Васильевну, заведующего стационарным отделением.
- 3.Заведующим филиалов, отделениями:
- 3.1.Разместить объявление на информационном стенде о проведении анкетирования среди пациентов ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (приложение №2).
- 3.2.Ежемесячно проводить анкетирование среди получателей услуг, согласно утвержденной формы анкеты;
- 3.3.В срок до 5 числа, следующего за отчетным, предоставлять оригиналы анкет по независимой оценке качества оказываемых услуг медицинскому статистическому организационно-методического отдела Сагайдак В.А.
- 3.4.Статистику организационно-методического отдела Сагайдак В.А. сводные результаты анкетирования предоставлять заместителю главного врача по ОМР Сеитовой О.М.
- 4.Начальнику технического отдела Бессережневу А.В.:
- 4.1.своевременно размещать на официальном сайте ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер» документы, регламентирующие организацию и проведение независимой оценки качества оказания медицинских услуг в данном лечебном учреждении.
- 4.2.еженедельно производить выгрузку заполненных на сайте анкет.
- 5.Заместителю главного врача по ежеквартально в срок до 20 числа, следующего за отчетным, предоставлять анализ результатов независимой оценки качества оказания услуг главному врачу.
- 6.Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач

М.В.Безмельницына

АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями
в стационарных условиях

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

1. Госпитализация была:

экстренная

плановая → Срок ожидания плановой

госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию?

30 календарных дней и более

29 календарных дней

28 календарных дней

15 календарных дней

менее 15 календарных дней

Вы были госпитализированы в назначенный срок?

да нет

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?

90 мин и более

до 90 мин

до 60 мин

до 45 мин

до 30 мин

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

да нет

2. Вы были госпитализированы?

за счет ОМС, бюджет

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

ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

да

нет → Пожалуйста, укажите что

именно отсутствует

отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов

отсутствие пандусов, поручней

отсутствие подъемных платформ (аппарелей)

отсутствие адаптированных лифтов

отсутствие сменных кресел-колясок

отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов

отсутствие информации шрифтом Брайля

отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений

отсутствие сопровождающих работников

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?

дневного стационара

круглосуточного пребывания →

Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?

да нет

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

да нет



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

да нет

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

7. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

да

нет ⇒ Что именно Вас не

удовлетворило?

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

8. 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

9. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в этой медицинской организации?

да нет

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

да нет

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

да нет

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

нет

да ⇒ Характеристика комментария

- положительный
- отрицательный

13. 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 амбулаторных условиях

(врачом -специалистом (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие))

Наименование медицинской организации

Текущий месяц

1. Вы обратились в медицинскую организацию?

- к врачу-специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)
 другое (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т.д.)

2. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у врачей-специалистов (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?

- да нет

3. Удовлетворены ли Вы компетентностью врачей-специалистов (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?

да

нет \Rightarrow Что именно Вас не

удовлетворило?

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

5. Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?

- 14 календарных дней и более
 13 календарных дней
 12 календарных дней
 10 календарных дней
 7 календарных дней
 менее 7 календарных дней

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

да \Rightarrow Вы записались на прием к

врачу (вызвали врача на дом)?

- по телефону
 с использованием сети Интернет
 в регистратуре лично
 лечащим врачом на приеме при посещении

нет \Rightarrow По какой причине

- не дозвонился
 не было талонов
 не было технической возможности записаться в электронном виде
 другое

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

- да нет

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

нет

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

- да нет

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

нет

да \Rightarrow 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 \Rightarrow Что не удовлетворяет?

- отсутствие свободных мест ожидания
 состояние гардероба
 состояние туалета
 отсутствие питьевой воды
 санитарные условия
 отсутствие мест для детских колясок

11. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

нет

да \Rightarrow Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- I группа
 II группа
 III группа
 ребенок-инвалид
Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

да

нет \Rightarrow Пожалуйста, укажите что именно отсутствует



- отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов
- отсутствие пандусов, поручней
- отсутствие подъемных платформ (аппарелей)
- отсутствие адаптированных лифтов
- отсутствие сменных кресел-колясок
- отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов
- отсутствие информации шрифтом Брайля
- отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений
- отсутствие сопровождающих работников

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

- не назначалось
- 14 календарных дней и более
- 13 календарных дней
- 12 календарных дней
- 10 календарных дней
- 7 календарных дней
- менее 7 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

- да
- нет

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

- не назначалось
- 30 календарных дней и более
- 29 календарных дней
- 28 календарных дней
- 27 календарных дней
- 15 календарных дней
- менее 15 календарных дней

Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?

- да
- нет

14. Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

- да
- нет

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

- да
- нет

16. Ваше обслуживание в медицинской организации?

- за счет ОМС, бюджет
- за счет ДМС
- на платной основе

17. Вы знаете своего участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача) (ФИО, график работы, № кабинета и др.)?

- да
- нет

18. Как часто Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру, врачу общей практики (семейному врачу)?

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

19. Как часто Вы обращаетесь к врачам-специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?

- раз в месяц
- раз в квартал
- раз в полугодие
- раз в год
- не обращаюсь

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

- нет
- да ⇒ Характеристика комментария
 - положительный
 - отрицательный

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

- нет
- да ⇒ Кто был инициатором

благодарения?

- я сам (а)
- персонал медицинской организации
- письменная благодарность (в журнале, на сайте)
- цветы
- подарки
- услуги
- деньги

Приложение 2
к приказу главного врача
ГБУЗ «ВОККВД»
от 14.04.2016г. №116-п

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения РФ от 14 мая 2015г № 240 "Об утверждении методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» в холле ГБУЗ ««Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер» проводится анонимное анкетирование.

С уважением, администрация ГБУЗ «ВОККВД»