

Анкета для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях

ОГАУЗ Ангарский ГПЦ

___июль___ 2017 г.

| | | |
|----|---|----------------|
| 1 | Количество обработанных анкет | 116 |
| № | Вопрос анкеты | Кол-во ответов |
| 2 | Госпитализация была | |
| | плановая | 50 |
| | экстренная | 66 |
| 3 | Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию | |
| | 30 календарных дней и более | |
| | 29 календарных дней | |
| | 28 календарных дней | |
| | 27 календарных дней | 4 |
| | 15 календарных дней | 9 |
| | меньше 15 календарных дней | 37 |
| 4 | Вы были госпитализированы в назначенный срок? | |
| | да | 50 |
| | нет | 0 |
| 5 | Вы удовлетворены условиями пребывания в приемном отделении? | |
| | да | 111 |
| | нет | 5 |
| 6 | Что не удовлетворяет? | |
| | состояние гардероба | |
| | отсутствие свободных мест ожидания | 4 |
| | состояние туалета | |
| | отсутствие питьевой воды | 1 |
| | санитарные условия | |
| 7 | Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении? | |
| | 90 мин и более | |
| | до 90 мин | |
| | до 60 мин | 1 |
| | до 45 мин | 29 |
| | до 30 мин | 20 |
| 8 | Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в приемном отделении (доброжелательность, вежливость)? | |
| | да | 48 |
| | нет | 2 |
| 9 | Вы были госпитализированы | |
| | за счет ОМС, бюджета | 116 |
| | за счет ДМС | |
| | на платной основе | |
| 10 | Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности? | |
| | да | 2 |
| | нет | 114 |
| 11 | Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете? | |
| | I группа | |
| | II группа | |
| | III группа | 2 |
| | ребенок-инвалид | |
| 12 | Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями? | |
| | да | 116 |
| | нет | |
| 13 | 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 | |
| 14 | Перед госпитализацией Вы заходили на официальный сайт медицинской организации? | |
| | да | 82 |
| | нет | 34 |
| 15 | Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации? | |
| | да | 73 |
| | нет | 9 |
| 16 | При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)? | |
| | да | 81 |
| | нет | 35 |
| 17 | Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации? | |
| | да | 81 |
| | нет | |
| 18 | В каком режиме стационара Вы проходили лечение? | |
| | круглосуточного пребывания | 81 |
| | дневного стационара | 35 |
| 19 | Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации? | |
| | да | 76 |
| | нет | 5 |
| 20 | Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)? | |
| | да | 113 |
| | нет | 3 |
| 21 | Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет? | |
| | да | 0 |
| | нет | 116 |
| 22 | Возникла ли у Вас во время пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет? | |
| | да | 0 |
| | нет | 116 |
| 23 | Необходимость | |
| | для уточнения диагноза | |
| | приобретение расходных материалов | |
| | с целью сокращения срока лечения | |
| 24 | Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации? | |
| | да | 113 |
| | нет | 3 |
| 25 | Что не удовлетворяет? | |
| | Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья | 1 |
| | Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации | 1 |
| | Вам не дали выписку | 1 |
| 26 | Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации? | |
| | да | 98 |
| | нет | 18 |
| 27 | Что не удовлетворяет? | |
| | освещение, температурный режим | |
| | медицинской организации требуется ремонт | 11 |
| | в медицинской организации старая мебель | 7 |
| | уборка помещений | |
| 28 | Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации | |
| | да | 112 |
| | нет | 4 |
| 29 | Удовлетворены ли Вы действиями персонала медицинской организации по уходу? | |

| | | |
|----|--|-----|
| | да | 114 |
| | нет | 2 |
| 30 | Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи? | |
| | да | 113 |
| | нет | 3 |
| 31 | Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях? | |
| | да | 51 |
| | нет | 65 |
| 32 | Характеристика комментария | |
| | положительный | 47 |
| | отрицательный | 4 |
| 33 | Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги? | |
| | да | 17 |
| | нет | 99 |
| 34 | Кто был инициатором благодарения? | |
| | я сам (а) | 17 |
| | персонал медицинской организации | |
| 35 | Форма благодарения | |
| | письменная благодарность (в журнале, на сайте) | 6 |
| | цветы | 10 |
| | подарки | 1 |
| | услуги | |
| | деньги | |

Председатель комиссии: _____ Главный врач ОГАУЗ АПЦ – Н.П.Бреус

Исполнитель: врач-превентолог – Микрюкова Г.В.
с.т.8908655389