

Государственно бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края  
«КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»

П Р И К А З

12.01.2026г.

№01-01/ 27

г. Ставрополь

Об организации проведения анкетирования пациентов по удовлетворённости, доступности и качеству медицинской помощи

В соответствии со статьей 79.1 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 июля 2018 года №442 «Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на Официальном сайте Министерства здравоохранения РФ в сети «Интернет» и в целях изучения удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в ГБУЗ СК «ККПТД»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Заведующим отделениями и старшим медицинским сестрам:

1.1. в подразделениях информировать пациентов о возможности и способах участия в проведении анкетирования, направленного на оценку качества условий предоставления медицинских услуг;

1.2. организовать и обеспечить проведение регулярного анкетирования пациентов, получающих медицинскую помощь в учреждении с применением анкет, разработанных Министерством здравоохранения РФ (приложение 1, 2, 3);

1.3. Информировать пациентов о возможности участвовать в Независимой оценке качества оказания услуг в медицинской организации (участие анонимное) на официальном сайте учреждения [www.skkptd.com](http://www.skkptd.com).

2. Утвердить форму анкеты по оценке удовлетворенности качества медицинской помощи, получаемой в учреждении при выписке пациента из стационара согласно приложению № 4.

3. Проводить анкетирование 25% пациентов, выписывающихся из стационара.

4. Заместителю главного врача по КЭР, работе со страховыми компаниями и экспертизе временной нетрудоспособности Е.С. Чумаковой.

4.1. По необходимости проводить анкетирование пациентов по конкретно поставленным вопросам в анкете.

4.2. Осуществлять обработку и оценку результатов опросов (анкетирования).

4.3. Осуществлять ежемесячную и ежеквартальную оценку и мониторинг результатов анкетирования.

4.4. По требованию предоставлять сводную информацию о результатах анкетирования и анкеты в государственное бюджетное учреждение Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр».

5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.И. Шетогубов

## АНКЕТА

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в  
стационарных условиях

группа

ребенок-инвалид

Медицинская организация оборудована  
лиц с ограниченными возможностями?

да

нет

Пожалуйста, укажите

именно отсутствует

### 1. Госпитализация была:

экстренная

новая

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?

120 мин и более

от 75 мин до 120 мин

от 60 мин до 75 мин

от 45 мин до 60 мин

от 30 мин до 45 мин

менее 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

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

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

да нет

Возникала 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?*  
 санитарные условия  
 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*  
 комментарий положительный отрицательный

**АНКЕТА**

для оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

(врачом - терапевтом участковым, врачом - педиатром участковым, врачом общей практики)

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

- |                          |                          |  |  |
|--------------------------|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>1. Вы обратились в медицинскую организацию?</b> | не дозволился                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | к врачу-терапевту                                  | не было талонов                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | участковому к врачу-педиатру                       | не было технической возможности записать |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | участковому  | в электронном виде                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | к врачу общей практики (семейному врачу)           | другое                                   |

**2. Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача)?**

- да  нет

**3. Удовлетворены ли Вы компетентностью участкового терапевта (педиатра, врача общей практики (семейного врача)?**

- 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
- Вам не выписали рецепт Другое

**4. Форма обращения**

- на прием  вызов на дом

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

- 24 часа и более  12 часов
- 8 часов  6 часов
- 3 часа  менее 1 часа

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

- да *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 *По какой причине*

да  нет

8. 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

9. Перед обращением в медицинскую организацию 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

10. Вы удовлетворены усл. пребывания в медицинской организации?

да

нет 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 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 именно отсутствует



да

нет

**8. 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

**9. Перед обращением в медицинскую организацию 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

**10. 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

отсутствие мест для детских

колясок

**11. 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

**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 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. 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
- 
-

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

нет

да

→

**Анкета анонимного изучения удовлетворенности пациента (по законченным случаям)**

Уважаемый пациент!

Просим Вас объективно ответить на поставленные вопросы. Это поможет нам правильно оценить работу отделений, выявить недостатки и принять меры по их устранению.

1. Удовлетворены ли Вы качеством работы медперсонала?
  - а) лечащего врача;
  - б) медсестер;
  - в) санитарок.
2. Удовлетворены ли Вы качеством обследования по туберкулезу?
3. Удовлетворены ли Вы качеством лечения?
4. Какие препараты Вы приобретали за свой счет?
5. Удовлетворены ли Вы питанием?
  - качеством
  - количеством
6. Удовлетворены ли Вы бытовыми условиями?
7. Ваши замечания, предложения, пожелания.