



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

от 29.10.2019

г. Мурманск

№ 485

**О проведения анкетирования населения с целью оценки  
удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи в  
медицинских организациях, подведомственных Министерству  
здравоохранения Мурманской области**

В целях создания и тиражирования Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в рамках реализации регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (далее – проект «Новая поликлиника»):

1. Руководителям медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в 2019 году в реализации проекта «Новая поликлиника»:

1.1. Организовать в двухнедельный период после окончания сроков внедрения улучшений, установленных паспортами проектов, проведение анкетирования населения с применением анкет, приведенных в приложении №1 к настоящему распоряжению, в объеме не менее 200 анкет.

1.2. Проанализировать результаты анкетирования в сравнении с результатами анкетирования, проведенного в апреле 2019 года, и представить в Министерство здравоохранения Мурманской области одновременно с итоговыми отчетами о реализации проектов.

1.3. Оказывать содействие специалистам ГОАУЗ «Мурманский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» в проведении контрольного анкетирования населения.

2. Главному врачу ГОАУЗ «Мурманский областной Центр специализированных видов медицинской помощи» А.М. Амозову организовать проведение контрольного анкетирования пациентов медицинских организаций в соответствии с приложением №2 к настоящему распоряжению на основе анкет, приведенных в приложении №1, в объеме не менее 50 анкет по каждому подразделению.

3. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя министра И.В. Анискову.

И.о. министра

Д.В. Паныхев

**Уважаемый пациент!**

**Ваши ответы на вопросы будут использованы для оценки доступности оказания медицинской помощи.**

**Отметьте удобным способом один или несколько ответов.**

1. Вы обратились в поликлинику:

- к участковому врачу
- к «узкому» специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог и другие)
- для диспансеризации, профосмотра
- другое (справка, рецепт)

2. Удовлетворены ли Вы работой:

- поликлиники в целом:  да  нет
- участкового врача:  да  нет
- «узкого» специалиста:  да  нет
- диагностических кабинетов (ЭКГ, забора крови, рентген):  да  нет

3. Вы пришли на прием по предварительной записи?

- да  нет

4. Возникали ли у вас проблемы при записи к врачу:

- в регистратуре
- по телефону
- с использованием сети Интернет
- через терминал (инфомат)
- из кабинета врача
- проблем не было

5. Укажите наиболее удобный для Вас способ записи из вышеперечисленных:

6. Возникали ли у вас проблемы с поиском своей медицинской документации?

- да  нет

7. Устраивают ли Вас условия нахождения в поликлинике?

- да  нет

Если нет, то почему \_\_\_\_\_

8. Оцените наличие указателей для быстрого и удобного поиска необходимого кабинета:

- достаточно  недостаточно

9. Оцените информацию о работе поликлиники и порядке предоставления медицинских услуг, размещенную на сайте, стендах, в инфоматах:

- достаточно  недостаточно
- доступно  недоступно

10. Сталкивались ли Вы с некорректным общением со стороны работников поликлиники?

- администрации  врача
- медицинской сестры  регистратора
- санитарки  не было

11. Укажите время ожидания у кабинетов:

Кабинет:	до 15 мин	до 30 мин	более 30 мин
участкового врача			
«узкого» специалиста			
рентген			
забора крови			
ЭКГ			

12. Оказывались ли Вы в конфликтной ситуации с другими пациентами из-за очереди на прием?

- да  нет

Если да, то перед каким кабинетом:

Укажите причину конфликта \_\_\_\_\_

13. Если Вы проходили диспансеризацию (профилактический осмотр), укажите общее время прохождения:

- 1 день  3-7 дней
- 2-3 дня  более 7 дней

14. Вы знаете о реализации проекта «Новая поликлиника» в Вашей поликлинике?

- не знаю, не интересно
- не знаю, но хочу узнать
- знаю, \_\_\_\_\_

(укажите откуда)

15. Ваши предложения по улучшению работы поликлиники:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Уважаемый пациент!**  
**Ваши ответы на вопросы будут использованы для оценки доступности оказания медицинской помощи.**  
**Отметьте удобным способом один или несколько ответов.**

1. Удовлетворены ли Вы работой:

- центра в целом:  да  нет  
- регистратуры:  да  нет  
- врачей-специалистов:  да  нет  
- кабинетов физиотерапии, ЛФК:  да  нет

2. Вы пришли на прием по предварительной записи?

- да  нет

3. Возникали ли у вас проблемы при записи в центр:

- да  нет

Если да, то какие:

\_\_\_\_\_

4. Укажите наиболее удобный для Вас способ записи:

- в регистратуре  
 по телефону  
 с использованием сети Интернет  
 через терминал (инфомат)  
 другой \_\_\_\_\_

5. Возникали ли у вас проблемы с поиском своей медицинской документации?

- да  нет

6. Устраивают ли Вас условия нахождения в центре?

- да  нет

Если нет, то почему \_\_\_\_\_

7. Оцените наличие указателей для быстрого и удобного поиска необходимого кабинета:

- достаточно  недостаточно

8. Оцените информацию о работе центра и порядке предоставления медицинских услуг, размещенную на сайте, стендах, в инфоматах:

- достаточно  недостаточно  
 доступно  недоступно

9. Сталкивались ли Вы с некорректным общением со стороны работников центра?

- администрации  врача  
 медицинской сестры  регистратора  
 инструктора  не было

10. Укажите время ожидания у кабинетов:

Кабинет:	до 15 мин	до 30 мин	более 30 мин
регистратура			
врача-специалиста			
физиотерапии, ЛФК			

11. Оказывались ли Вы в конфликтной ситуации с другими пациентами из-за очереди на прием?

- да  нет

Если да, то перед каким кабинетом:

Укажите причину конфликта \_\_\_\_\_

12. Удобно ли для Вас расписание курса реабилитации:

- да  нет

13. Вы знаете о реализации в Центре проекта «Новая поликлиника»?

- не знаю, не интересно  
 не знаю, но хочу узнать  
 знаю, \_\_\_\_\_

(укажите откуда)

14. Ваши предложения по улучшению работы центра:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Уважаемый пациент!**  
**Ваши ответы на вопросы будут использованы для оценки доступности оказания медицинской помощи.**  
**Отметьте удобным способом один или несколько ответов.**

1. Удовлетворены ли Вы работой:

- центра в целом:  да  нет  
- регистратуры:  да  нет  
- врачей-специалистов:  да  нет  
- диагностических кабинетов (ЭКГ, забора крови):  да  нет

2. Вы пришли на прием по предварительной записи?

- да  нет

3. Возникали ли у вас проблемы при записи в центр:

- да  нет

Если да, то какие:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Укажите наиболее удобный для Вас способ записи:

- в регистратуре  
 по телефону  
 с использованием сети Интернет  
 через терминал (инфомат)  
 другой \_\_\_\_\_

5. Возникали ли у вас проблемы с поиском своей медицинской документации?

- да  нет

6. Устраивают ли Вас условия нахождения в центре?

- да  нет

Если нет, то почему \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Оцените наличие указателей для быстрого и удобного поиска необходимого кабинета:

- достаточно  недостаточно

8. Оцените информацию о работе центра и порядке предоставления медицинских услуг, размещенную на сайте, стендах, в инфоматах:

- достаточно  недостаточно  
 доступно  недоступно

9. Сталкивались ли Вы с некорректным общением со стороны работников центра?

- администрации  врача  
 медицинской сестры  регистратора  
 санитарки  не было

10. Укажите время ожидания у кабинетов:

Кабинет:	до 15 мин	до 30 мин	более 30 мин
регистратура			
врача-специалиста			
забора крови			
ЭКГ			

11. Оказывались ли Вы в конфликтной ситуации с другими пациентами из-за очереди на прием?

- да  нет

Если да, то перед каким кабинетом:

Укажите причину конфликта \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Укажите общее время прохождения медицинского осмотра:

- 1 день  3-7 дней  
 2-3 дня  более 7 дней

13. Вы знаете о реализации в Центре проекта «Новая поликлиника»?

- не знаю, не интересно  
 не знаю, но хочу узнать  
 знаю, \_\_\_\_\_ (укажите откуда)

14. Ваши предложения по улучшению работы центра:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Уважаемый пациент!**

**Ваши ответы на вопросы будут использованы для оценки доступности оказания медицинской помощи.**

**Отметьте удобным способом один или несколько ответов.**

1. Вы обратились в медицинскую организацию:

- для прохождения медицинского осмотра, получения справки
- к «узкому» специалисту для прохождения диспансерного наблюдения, за консультацией или лечением
- другое \_\_\_\_\_

2. Удовлетворены ли Вы работой:

- мед.организации в целом:     да     нет
- врачей:     да     нет
- регистратуры:     да     нет
- диагностических кабинетов (ЭКГ, забора крови, рентген):     да     нет

3. Вы пришли на прием по предварительной записи?

- да     нет

4. Возникали ли у вас проблемы при записи к врачу:

- в регистратуре
- по телефону
- с использованием сети Интернет
- через терминал (инфомат)
- из кабинета врача
- проблем не было

5. Укажите наиболее удобный для Вас способ записи из вышеперечисленных:

\_\_\_\_\_

6. Возникали ли у вас проблемы с поиском своей медицинской документации?

- да     нет

7. Устраивают ли Вас условия нахождения в медицинской организации?

- да     нет

Если нет, то почему \_\_\_\_\_

8. Оцените наличие указателей для быстрого и удобного поиска необходимого кабинета:

- достаточно     недостаточно

9. Оцените информацию о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, размещенную на сайте, стендах, в инфоматах:

- достаточно     недостаточно
- доступно     недоступно

10. Сталкивались ли Вы с некорректным общением со стороны работников?

- администрации     врача
- медицинской сестры     регистратора
- санитарки     не было

11. Укажите время ожидания у кабинетов:

Кабинет:	до 15 мин	до 30 мин	более 30 мин
регистратуры			
врача			
рентген			
забора крови			
ЭКГ			
Другое _____			

12. Оказывались ли Вы в конфликтной ситуации с другими пациентами из-за очереди на прием?

- да     нет

Если да, то перед каким кабинетом:

Укажите причину конфликта \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Вы знаете о реализации проекта «Новая поликлиника»?

- не знаю, не интересно
- не знаю, но хочу узнать
- знаю, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (укажите откуда)

15. Ваши предложения по улучшению работы медицинской организации:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Приложение № 2  
к распоряжению Министерства  
здравоохранения Мурманской области  
от 29.10.2019 № 485

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений,  
оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в которых проводится  
контрольное анкетирование

№ п/п	Наименование медицинской организации (юридического лица), населенного пункта	Наименование структурного подразделения	Период проведения
1	ГБОУЗ «Мурманская городская детская поликлиника №1»	Детская поликлиника	28.10.2019-05.11.2019
2	ГБОУЗ «Мурманская городская поликлиника №2»	Поликлиника	28.10.2019-05.11.2019
3	ГБОУЗ «Мурманская городская детская поликлиника №4»	Детская поликлиника	05.11.2019-12.11.2019
4	ГБОУЗ «Мурманская городская детская поликлиника №5»	Детская поликлиника	11.11.2019-18.11.2019
5	ГБОУЗ «Кольская центральная районная больница», г. Кола	Поликлиника	18.11.2019-25.11.2019
6	ГБОУЗ «Кольская центральная районная больница», г. Мурмаши	Детская поликлиника	18.11.2019-25.11.2019
7	ГОАУЗ «Мончегорская центральная районная больница», г. Мончегорск	Поликлиника	18.11.2019-25.11.2019
8	ГБОУЗ «Мурманская городская поликлиника №1»	Поликлиника	25.11.2019-02.12.2019
9	ГБОУЗ «Кандалакшская центральная районная больница», г. Кандалакша	Детская поликлиника	25.11.2019-02.12.2019
10	ГБОУЗ «Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск»	Поликлиника	25.11.2019-02.12.2019
11	ГБОУЗ «Апатитско-Кировская центральная городская больница», г. Кировск	Детская поликлиника	02.12.2019-09.12.2019
12	ГОАУЗ «Мурманский областной центр лечебной физкультуры и спортивной медицины»	Отделение спортивной медицины	02.12.2019-09.12.2019
		Отделение восстановительного лечения и реабилитации №2	16.12.2019-23.12.2019