

Сводная анкета по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях

Наименование медицинской организации **Онкодиспансер**
 Всего опрошено **53** человек **ООО Новая марка** **272** интеракт **0**

1. Госпитализация была:

ответили (всего чел.)	экстренная		плановая	
	чел	%	чел	%
325	4	1,23	321	98,77

1.1 Срок ожидания плановой госпитализации с момента получения направления?

ответили (всего чел.)	30 календарных дней и более		29 календарных дней		28 календарных дней		27 календарных дней		15 календарных дней		менее 15 календарных дней		средний срок ожидания
	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	
320	3	0,94	2	0,63	9	2,81	2	0,625	18	5,63	286	89,38	14,78

1.2 Вы были госпитализированы в назначенный срок?

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ	
	чел	%	чел	%
320	320	100	0	0

1.3 Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в приемном отделении?

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ		Что не удовлетворяет									
	чел	%	чел	%	нет мест ожидания		состояние гардероба		состояние туалета		отсутствие питьевой воды		санитарные условия	
324	322	99,38	2	0,62	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%
					0	0	0	0	2	100	0	0	0	0

1.4 Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении?

ответили (всего чел.)	90 мин. и более		до 90 мин.		до 60 мин.		до 45 мин.		до 30 мин.		средний срок ожидания
	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	
324	1	0,31	0	0	12	3,7	24	7,41	287	88,58	27,438272

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

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ	
	чел	%	чел	%
324	322	99,38	2	0,62

2. Вы были госпитализированы?

ответили (всего чел.)	За счет ОМС		За счет ДМС		Платно	
	чел	%	чел	%	чел	%
325	321	98,77	0	0	4	1,23

3. Имеете ли Вы установленную группу инвалидности?

ответили (всего чел.)	НЕТ		ДА		Какая группа инвалидности?							
	чел	%	чел	%	1 группа		2 группа		3 группа		ребенок-инвалид	
325	257	79,08	68	20,92	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%
					11	16,18	34	50	19	27,94	4	5,88

3.1. Мед. Организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?

ДА		НЕТ	
чел	%	чел	%
66	97,06	2	2,94

3.1.1 Что не удовлетворяет?

отсутствие выделенного места стоянки для тр - та инвалида		отсутствие поручней и пандусов		подъемных платформ(аппарелей)		отсутствие спец.лифтов		отсутствие сменных кресел-колясок		отсутствие информационных бегущих строк, голосовых сигналов		отсутствие информации со шрифтом Брайля		отсутствие доступных сан.-гиг. помещений		отсутствие сопровождающих работников	
чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%
2	100	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100

4. Перед госпитализацией вы заходили на сайт медицинской организации?

ответили (всего чел.)	НЕТ		ДА		Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте МО?			
	чел	%	чел	%	ДА		НЕТ	
324	290	89,51	34	10,49	чел	%	чел	%
					33	97,06	1	2,94

5. При обращении в МО вы обращались к информации, размещенной в помещениях МО (стенды, инфоматы и др.) ?

ответили (всего чел.)	НЕТ		ДА		Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной в помещениях МО?			
	чел	%	чел	%	ДА		НЕТ	
325	84	25,85	241	74,15	чел	%	чел	%
					239	99,17	2	0,83

6. В каком режиме стационара вы проходили лечение?

ответили (всего чел.)	круглосуточного пребывания		дневного стационара	
	чел	%	чел	%
325	320	98,46	5	1,54

6.1 Вы удовлетворены питанием во время пребывания в МО

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ	
	чел	%	чел	%
320	297	92,81	23	7,19

0

6.2 Вы удовлетворены отношением персонала во время пребывания в отделении МО (доброжелательность, вежливость ...)

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ	
	чел	%	чел	%
325	325	100	0	0

6.3 Возникла ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость приобрести назначенные лекарственные средства за свой счет?

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ	
	чел	%	чел	%
325	0	0	325	100

6.4 Возникла ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет?

ответили (всего чел.)	НЕТ		ДА		Необходимость:					
	чел	%	чел	%	для уточнения диагноза		с целью сокращения срока лечения		приобретение расходных	
					чел	%	чел	%	чел	%
325	325	100	0	0	0	%	0	%	0	%
					0	#ДЕЛ/0!	0	#ДЕЛ/0!	0	#ДЕЛ/0!

7. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников МО?

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ		Что не удовлетворяет?							
	чел	%	чел	%	Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья		Вам не дали рекомендации по диагностике,		Вам не дали выписку		Другое	
					чел	%	чел	%	чел	%	чел	%
325	325	100	0	0	0	%	0	%	0	%	0	%
					0	#ДЕЛ/0!	0	#ДЕЛ/0!	0	#ДЕЛ/0!	0	#ДЕЛ/0!

8. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в медицинской организации?

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ		Что не удовлетворяет?							
	чел	%	чел	%	уборка помещений		освещение, температурный режим		МО требуется ремонт		в МО старая мебель	
					чел	%	чел	%	чел	%	чел	%
325	322	99,08	3	0,92	0	%	1	33,33	2	66,67	3	100
					0	0	1	33,33	2	66,67	3	100

9. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами в медицинской организации?

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ	
	чел	%	чел	%
	325	325	100	0

10. Вы удовлетворены действиями персонала МО по уходу?

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ	
	чел	%	чел	%
	325	324	99,69	1

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

ответили (всего чел.)	ДА		НЕТ	
	чел	%	чел	%
	325	324	99,69	1

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

ответили (всего чел.)	НЕТ		ДА		Характеристика комментария			
	чел	%	чел	%	положительный		отрицательный	
					чел	%	чел	%
325	307	94,46	18	5,54	18	100	0	0

13. Вы благодарили персонал МО за оказанные вам медицинские услуги?

ответили (всего чел.)	НЕТ		ДА		Кто был инициатором благодарения?			
	чел	%	чел	%	я сам(а)		персонал МО	
					чел	%	чел	%
325	304	93,54	21	6,46	21	100	0	0

Форма благодарения

письменная благодарность		цветы		подарки		услуги		деньги	
чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%
13	61,9	7	33,33	3	14,29	0	0	0	0