



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПЕРМСКОГО КРАЯ  
«ГОРНОЗАВОДСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

**ПРИКАЗ**

13.03.2026 г.

№ 64

**О выявлении оценки общественного мнения по показателю удовлетворенности населения медицинской помощью**

Во исполнение пункта 13.7 протокола заседания Оперативного штаба Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 ноября 2025 года № 73/13-7/607, в целях внедрения опросника для проведения мониторинга уровня удовлетворенности пациентов непосредственно в медицинских организациях,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. **Назначить ответственными за сбор и первичную обработку анкет удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи:**
  - старших медицинских сестер структурных подразделений (поликлиника, стационар);
  - заведующих фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП) и врачебными амбулаториями (ВА).
- **Старшим медицинским сестрам и фельдшерам ФАП/ВА:**
  - 2.1. Обеспечить ежеквартальное проведение анкетирования пациентов.
  - 2.2. Соблюдать объем выборочной совокупности респондентов — **не менее 10 человек ежеквартально** по каждому обособленному структурному подразделению (включая каждый ФАП и ВА).
  - 2.3. Предоставлять заполненные анкеты и сводную таблицу по подразделению заместителю главного врача по медицинской части в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.
- **Заместителю главного врача по медицинской части (Наговицкиной Н.А.):**
  - 3.1. Осуществлять общий контроль и координацию работ по проведению мониторинга.
  - 3.2. Обеспечить проведение анализа полученных данных по ГБУЗ ПК

«Горнозаводская РБ» в целом.

3.3. Не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, направлять в Министерство здравоохранения Пермского края отчет в текстовой форме по результатам анализа анкет на адрес электронной почты: org@minzdrav.permkrai.ru.

▪ **Утвердить:**

4.1. Форму Анкеты по анализу удовлетворенности населения качеством предоставления медицинской помощи в **амбулаторных** условиях (Приложение № 1).

4.2. Форму Анкеты по анализу удовлетворенности населения качеством предоставления медицинской помощи в **стационарных** условиях (Приложение № 2).

▪ Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И. о. главного врача



**Н. А. Наговицына**

**АНКЕТА**

**по анализу удовлетворенности населения качеством предоставления медицинской  
помощи в амбулаторных условиях**

1. Наименование лечебно-профилактического учреждения:

2. Когда Вам приходилось последний раз обращаться за получением медицинской помощи  
(день, месяц, год)?

□□дд. □□ мм. □□□□гггг.

3. Как часто Вы обращаетесь за получением медицинской помощи?

очень часто

очень редко

часто

не обращался

редко

4. Были ли проактивные приглашения от медицинских организаций для прохождения  
профилактических мероприятий, включая ежегодную флюорографию?

да

не всегда

нет

5. Срок записи на прием к врачу:

до 7 дней

до 30 дней

более 30 дней

6. Время ожидания приема в зоне ожидания:

до 30 минут

более 30 минут

7. Сколько по продолжительности длился прием у врача?

до 10 минут

более 30 минут

до 20 минут

8. Получили ли Вы необходимую медицинскую помощь в соответствии с поводом Вашего  
обращения?

да

нет

9. Вежливость и внимательность медицинского персонала:

крайне плохо

плохо

удовлетворительно

отлично

хорошо

10. Объяснение медицинским персоналом проводимых вмешательств и назначенных лекарственных средств?

крайне плохо

хорошо

плохо

отлично

удовлетворительно

11. Удовлетворены ли Вы в целом получением услуг медицинской помощи?

крайне плохо

хорошо

плохо

отлично

удовлетворительно

12. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?

да

нет

пока не знаю

13. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации?

да, полностью

больше да, чем нет

больше нет, чем да

не удовлетворен

14. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

15. Дата заполнения анкеты (день, месяц, год):

□□дд. □□ мм. □□□□гггг.

**АНКЕТА**

**по анализу удовлетворенности населения качеством предоставления медицинской  
помощи в стационарных условиях**

1. Наименование лечебно-профилактического учреждения:

**Когда Вам приходилось последний раз проходить лечение в стационаре?**

2. Проходил лечение в режиме стационара круглосуточного пребывания (день, месяц, год):

□□дд. □□ мм. □□□□гггг.

3. Проходил лечение в режиме дневного стационара. Дата, когда Вы были выписаны из  
медицинской организации (день, месяц, год):

□□дд. □□ мм. □□□□гггг.

4. Удовлетворены ли Вы продолжительностью, условиями ожидания (наличие доступа к  
туалету, питьевой воде, чистота и свежесть помещения) и отношением персонала больницы в  
приемном покое больницы в день госпитализации?

полностью удовлетворен

скорее не удовлетворен

частично удовлетворен

полностью не удовлетворено

5. Время ожидания в приемном отделении:

до 30 минут

более 30 минут

6. Срок ожидания плановой госпитализации по направлению врача поликлиники:

до 7 дней

более 30 дней

до 30 дней

7. Вежливость и внимательность врача:

крайне плохо

хорошо

плохо

удовлетворительно

отлично

8. Вежливость и внимательность медицинской сестры:

крайне плохо

хорошо

плохо

отлично

удовлетворительно

9. Объяснение врачом назначенных исследований, проведенных исследований и назначенного лечения:

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> крайне плохо      | <input type="checkbox"/> хорошо  |
| <input type="checkbox"/> плохо             | <input type="checkbox"/> отлично |
| <input type="checkbox"/> удовлетворительно |                                  |

10. Выявление врачом изменения состояния здоровья с учетом жалоб пациента на боли, недомогание и прочие ощущения:

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> крайне плохо      | <input type="checkbox"/> хорошо  |
| <input type="checkbox"/> плохо             | <input type="checkbox"/> отлично |
| <input type="checkbox"/> удовлетворительно |                                  |

11. Удовлетворены ли Вы питанием во время пребывания в медицинской организации?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> полностью удовлетворен | <input type="checkbox"/> скорее не удовлетворен    |
| <input type="checkbox"/> частично удовлетворен  | <input type="checkbox"/> полностью не удовлетворен |

12. Во время данного пребывания в больнице как часто возле Вашей палаты соблюдалась тишина в ночное время?

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> всегда      | <input type="checkbox"/> иногда  |
| <input type="checkbox"/> как правило | <input type="checkbox"/> никогда |

13. Удовлетворены ли Вы качеством уборки помещений, освещением комнат, температурным режимом?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> полностью удовлетворен | <input type="checkbox"/> скорее не удовлетворен    |
| <input type="checkbox"/> частично удовлетворен  | <input type="checkbox"/> полностью не удовлетворен |

14. Если во время пребывания в медицинской организации Вам требовалась помощь медсестер или другого персонала больницы по уходу, то оцените действия персонала?

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> отлично           | <input type="checkbox"/> крайне плохо |
| <input type="checkbox"/> хорошо            | <input type="checkbox"/> плохо        |
| <input type="checkbox"/> удовлетворительно |                                       |

15. Возникала ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость приобретать лекарственные средства, необходимые для лечения, за свой счет?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> да, в качестве лучшей альтернативы лечения | <input type="checkbox"/> да, так как нужных лекарств не было в бесплатными лекарствами | <input type="checkbox"/> да, так как нужных лекарств не было в наличии |
|---|--|--|

нет, нужные лекарства предоставлялись бесплатно

не возникало необходимости приема лекарственных средств

16. Возникла ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счет?

да

нет

подсказали

17. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?

да, полностью

больше нет, чем да

больше да, чем нет

не удовлетворен

18. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?

да

пока не знаю

нет

19. Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации?

да, полностью

больше да, чем нет

больше нет, чем да

не удовлетворено

20. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг:

---

21. Дата заполнения анкеты (день, месяц, год):

дд.  мм. гггг.