



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(Депздрав Югры)**

П Р И К А З

О проведении анкетирования больных сахарным диабетом

от 04.05.2015
г. Ханты-Мансийск

№ 423

В целях получения оперативной информации по вопросам качества и доступности оказания медицинской помощи и медикаментозного обеспечения больных сахарным диабетом в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре **п р и к а з ы в а ю:**

1. Главным врачам медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа, оказывающих услуги пациентам, больным сахарным диабетом, согласно перечня медицинских организаций, участвующих в анкетировании больных сахарным диабетом (приложение 1):

1.1. организовать анкетирование пациентов, больных сахарным диабетом, по вопросам прилагаемой анкеты (приложение 2), заполняемой на бумажном носителе.

1.2. направить результаты анкетирования в бюджетное учреждение здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр медицинской профилактики», согласно алгоритму, описанному в разделе IV «Оформление результатов» Инструкции по проведению анкетирования (приложение 3) в срок до 15 июля 2015 года

1.3. принять к сведению, что количество опрашиваемых пациентов, из общего числа пациентов, состоящих на учёте в медицинской организации по заболеванию сахарный диабет, должно быть не менее 10%.

2. Временно исполняющему обязанности главного врача бюджетного учреждения здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр медицинской профилактики» А.А. Молостову:

2.1. осуществить сбор данных, полученных от медицинских организаций, в виде заполненных шаблонов для перенесения данных анкетирования с бумажных носителей в электронный вид (приложение 4).

2.2. обеспечить проведение анализа данных, полученных от медицинских организаций, и предоставление в Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в управление организации медицинской помощи. Срок до 1 сентября 2015 года.

3. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (А.В. Владимирова).

Директор Департамента



А.В. Филимонов

Приложение 1
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
от 04.06 2015 г. № 403

Перечень медицинских организаций, участвующих в анкетировании больных сахарным диабетом

№ п/п	МО	Краткое наименование учреждения
1	р-н Белоярский	БУ «Белоярская районная больница»
2	р-н Берёзовский	БУ «Березовская районная больница»
3	р-н Берёзовский	БУ «Игримская районная больница»
4	р-н Кондинский	БУ «Кондинская районная больница»
5	р-н Кондинский	БУ «Центр общей врачебной практики»
6	р-н Нефтеюганский	БУ «Нефтеюганская районная больница»
7	р-н Нижневартовский	БУ «Нижневартовская районная больница»
8	р-н Нижневартовский	БУ «Новоаганская районная больница»
9	р-н Октябрьский	БУ «Октябрьская районная больница»
10	р-н Советский	АУ «Советская районная больница»
11	р-н Сургутский	БУ «Лянторская городская больница»
12	р-н Сургутский	БУ «Федоровская городская больница»
13	р-н Сургутский	БУ «Нижнесортгымская участковая больница»
14	р-н Сургутский	КУ «Угутская участковая больница»
15	р-н Сургутский	БУ «Поликлиника поселка Белый Яр»
16	р-н Ханты-Мансийский	БУ «Ханты-Мансийская районная поликлиника» (БОЛЬНИЦА – переименование по ПП 694-рп)
17	г. Когалым	БУ «Когалымская городская больница»
18	г. Лангепас	БУ «Лангепасская городская больница»

№ п/п	МО	Краткое наименование учреждения
19	г. Мегион	БУ «Мегионская городская больница № 1»
20	г. Мегион	БУ «Мегионская городская больница № 2» (п.Высокий)
21	г. Нефтеюганск	БУ «Нефтеюганская окружная больница имени В.И. Яцкив»
22	г. Нижневартовск	БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница» (переименование 03.2015 г.)
23	г. Нижневартовск	БУ «Нижневартовская окружная больница № 2»
24	г. Нижневартовск	БУ «Нижневартовская городская больница»
25	г. Нижневартовск	БУ «Нижневартовская городская поликлиника»
26	г. Нягань	БУ «Няганская окружная больница»
27	г. Нягань	БУ «Няганская городская поликлиника»
28	г. Покачи	БУ «Покачевская городская больница»
29	г. Пыть-Ях	БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»
30	г. Радужный	БУ «Радужнинская городская больница»
31	г. Сургут	БУ «Сургутская окружная клиническая больница»
32	г. Сургут	БУ «Сургутская городская клиническая больница»
33	г. Сургут	БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 1»
34	г. Сургут	БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2»
35	г. Сургут	БУ «Сургутская городская поликлиника № 3»
36	г. Сургут	БУ «Сургутская городская поликлиника № 4»
37	г. Сургут	БУ «Сургутская городская поликлиника № 5»
38	г. Урай	БУ «Урайская городская клиническая больница»
39	г. Ханты-Мансийск	БУ «Окружная клиническая больница»
40	г. Югорск	БУ «Югорская городская больница»

Примечание: Количество опрошиваемых пациентов, из числа пациентов состоящих на учёте в медицинской организации по заболеванию сахарный диабет, должно быть не менее 10%.

Приложение 2
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
от 04.05 2015 г. № 423

Департамент здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

АНКЕТА № _____

Уважаемые граждане!

Предлагаем Вам принять участие в анкетировании на тему:

«Качество и доступность оказания медицинской помощи и медикаментозного обеспечения пациентов, больных сахарным диабетом, в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре»

При заполнении анкеты вставьте любой символ в свободную ячейку напротив варианта ответа совпадающего с Вашим мнением.

Полученная от Вас информация потребуется для оценки мнения населения по теме опроса, корректировки и разработки мероприятий по повышению качества оказания медицинских услуг.

Ответьте, пожалуйста, **на все** предложенные вопросы.

Вы можете быть абсолютно уверены в том, что Ваши ответы будут сохранены в тайне и использованы только в обобщённом виде!

г. Ханты-Мансийск, 2015 г.

1. Укажите Ваш пол?

- | | | |
|---|--------------------------|---------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Мужской |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Женский |

2. В какой местности вы проживаете?

- | | | |
|---|--------------------------|------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Городской житель |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Сельский житель |

3. Удалось ли Вам записаться на приём к терапевту или эндокринологу при очередном обращении в медицинскую организацию?

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Да |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Нет |

4. Сколько времени Вам пришлось ожидать с момента записи на приём до визита к терапевту или эндокринологу?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | От 1 до 5 дней |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Больше 1 недели |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Больше 2 недель |

5. В случае, если после обращения в медицинскую организацию Вы получили направление на плановую госпитализацию или дневной стационар, то сколько времени Вам пришлось её ожидать?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | От 1 до 5 дней |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Больше 1 недели |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Больше 2 недель |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Не помню или не получал(а) |

6. С какими трудностями Вы сталкиваетесь при получении необходимых лекарственных препаратов и расходных медицинских материалов?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Проблема при выписке рецепта |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Отсутствие препарата в аптеке |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Трудностей при получении препаратов не возникало |

7. Удовлетворены ли Вы отношением к себе медицинского персонала?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Да, полностью |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Нет, не удовлетворен(а) |

8. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи в амбулаторных (стационарных) условиях?

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Да, полностью |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Нет, не удовлетворен(а) |

9. Приходится ли Вам вместо бесплатного получения льготных лекарственных препаратов и расходных медицинских материалов покупать их за свой счёт?

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Да |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Иногда |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Нет |

10. Возникала ли у Вас необходимость оплачивать диагностические исследования за свой счёт?

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Да |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Иногда |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Нет |

11. Своевременно ли выписываются вам лекарственные препараты и расходные медицинские материалы?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Да |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Не всегда |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Не своевременно |

12. Как часто при обращении в аптечную организацию Вам отказывают в отпуске лекарственных препаратов и расходных медицинских материалов по причине их отсутствия?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Всегда получаю без проблем |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Иногда отказывают |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Постоянно отказывают |

13. В случае временного отсутствия лекарственных препаратов и расходных медицинских материалов, принимаются ли у Вас аптечной организацией рецепты на отсроченное обслуживание?

- | | | |
|---|--------------------------|-----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Да |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Не всегда |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Нет |

14. Перезванивают ли Вам специалисты аптечной организации по рецептам, взятым на отсроченное обслуживание в момент, когда осуществлена поставка медикаментов в аптеку?

1	<input type="checkbox"/>	Да
2	<input type="checkbox"/>	Не всегда
3	<input type="checkbox"/>	Нет

15. Оцените в целом работу специалистов аптеки, при обслуживании Ваших льготных рецептов по пятибалльной шкале:

1	<input type="checkbox"/>	1 (Очень плохо)
2	<input type="checkbox"/>	2 (Плохо)
3	<input type="checkbox"/>	3 (Удовлетворительно)
3	<input type="checkbox"/>	4 (Хорошо)
5	<input type="checkbox"/>	5 (Отлично)

Приложение 3
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
от 04.05 2015 г. № 423

Инструкция по проведению анкетирования

I. Общие сведения

1.1. Количество опрашиваемых пациентов, больных сахарным диабетом, настоящим должно быть оптимальным.

1.2. Анкеты сохранить в архиве структурного подразделения медицинской организации, проводящей социологический опрос, в течение 3 лет.

II. Условия проведения исследования

2.1. Анкетирование необходимо только среди пациентов, больных сахарным диабетом.

III. Технология проведения анкетирования

3.1. Интервьюер должен заранее ознакомиться со всеми вопросами анкеты, самостоятельно заполнив её.

3.2. Непосредственно перед раздачей анкет интервьюер должен представиться, очень кратко, в общем виде ознакомить с целью опроса, подчеркнуть гарантированность сохранения тайны ответов опрашиваемых и попросить честно и откровенно отвечать на вопросы анкеты. Далее интервьюер знакомит опрашиваемых граждан с правилами заполнения анкеты, которые, для простоты, размещены на первой странице анкеты.

3.3. Анкетирование должно проводиться без присутствия посторонних лиц, так как это может снижать откровенность ответов.

3.4. Анкетирование должно проходить в тихой, спокойной и серьезной обстановке. Опрашиваемым нежелательно разговаривать друг с другом во время анкетирования. Анкету каждый должен заполнять сам лично, не советуясь и не обсуждая ни с кем вопрос. При возникновении каких-либо затруднений опрашиваемый интервьюер называет вопрос и проблему и, глядя в собственный экземпляр анкеты, помогает ему. Во время анкетирования интервьюер должен напомнить о необходимости ответов на все вопросы анкеты.

3.5. Как только анкета заполнена, она сдается. Принимая заполненные анкеты, интервьюер не должен их просматривать, анкеты складываются в перевернутом виде в папку. При прощании интервьюер обязательно должен поблагодарить за труд по заполнению анкеты.

3.6. Важно, чтобы у опрашиваемых осталось хорошее впечатление об анкетировании, как о приятном небесполезном занятии. Это позволит в дальнейшем легче проводить повторные опросы.

IV. Оформление результатов

4.1. В срок до 15 июня 2015 года, данные, полученные в результате анкетирования, необходимо:

4.1.1. Перенести с бумажных носителей в файл Excel (приложение 4 к приказу Департамента здравоохранения автономного округа от _____ 2015 года № _____ (далее по тексту - приложение 4)).

4.1.2. Заполненное приложение 4 необходимо предоставить в бюджетное учреждение «Центр медицинской профилактики» на электронный адрес отдела мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний ozmp.om@mail.ru.

4.1.3. В поле «Тема сообщения» необходимо указать следующую тему: «Сахарный диабет 2015».

4.1.4. В поле «Текст сообщения» заполнить следующую информацию:

- наименование медицинской организации;
- фамилию, имя, отчество специалиста, ответственного за оформление результатов анкетирования;
- номер телефона специалиста в междугородном формате;
- электронный адрес (если отличается от обратного адреса).

4.2. Заполнять приложение 4 нужно без каких-либо структурных изменений и изменений в форматирование ячеек таблицы, аналогично заполненным для примера данным.

4.3. Перед началом занесения информации в приложение 4 все анкеты на бумажных носителях необходимо пронумеровать уникальным номером, начиная с «1». Далее необходимо разложить анкеты по порядку и перенести данные анкет с бумажных носителей в соответствующие поля приложения 4.

4.4. Электронная версия настоящего приказа в формате *.docx со всеми приложениями, будет располагаться на официальном сайте бюджетного учреждения «Центр медицинской профилактики» по адресу <http://cmphmao.ru> в разделе «Специалистам» – «Социологические исследования» – «Анкетирование на тему: «Качество и доступность оказания медицинской помощи и медикаментозного обеспечения пациентов, больных сахарным диабетом, в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

4.5. По возникающим вопросам можно обратиться по телефону: 8-(3467)-31-84-66, доб. 261, 262).

Приложение 4*
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
от 04.05. 2015 г. № 423

**Шаблон для перенесения данных анкетирования
с бумажных носителей в электронный вид**

* Приложение актуально только в электронном виде.

Электронная версия настоящего Приложения будет располагаться на официальном сайте бюджетного учреждения «Центр медицинской профилактики» по адресу <http://cmrhmao.ru> в разделе «Специалистам» – «Социологические исследования» – «Анкетирование на тему: «Качество и доступность оказания медицинской помощи и медикаментозного обеспечения пациентов, больных сахарным диабетом, в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».