

Приложение к письму
Министерства здравоохранения
Пермского края
17.01.2025 34-01-13-219-исх

**ОТЧЕТ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПРИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
В ПЕРМСКОМ КРАЕ ЗА 2024 г.**

Уважаемые члены Общественных советов, просим Вас заполнить настоящую анкету от имени Вашего совета (одну анкету от Совета) и выслать ее в электронном виде на адрес: org@minzdrav.permkrai.ru до 31 января 2025 года.

Отчеты присылайте в формате Word.

Полученные данные будут использованы для анализа и подведения итогов работы Советов и для планирования деятельности на следующий период. Подготовленный по итогам анализа отчет будет предоставлен советам.

Заполнить анкету не сложно: в соответствующей графе напишите свой ответ, либо обозначьте цветом, шрифтом подходящий вам вариант ответа.

1. Полное название совета при медицинской организации ПК			
2. Общее число членов Совета в 2024 году			
3. Какие социально-профессиональные группы представляют члены Совета? Укажите количество человек, представляющих каждую группу.	Группа		Кол-во чел.
	Представители НКО		
	Представители пациентских организаций		
	Представители органов власти		
	Представители СМИ		
	Представители бизнес-структур		
	Представители медицинской организации		
Иное (запишите)			
Иное (запишите)			
4. Сколько заседаний Совета состоялось в 2024 году? (с учетом декабря)	___ заседаний из них: ___ очное ___ заочное ___ чел. в среднем присутствовало на заседании		
5. Ответьте на вопрос в несколько этапов: 5.1. Укажите вопросы, которые рассматривал Ваш Совет в 2024 году. 5.2. Оцените важность этих вопросов по 10-ти бальной шкале. 5.3. Укажите кратко результат рассмотрения этих вопросов: какие были приняты решения по этим вопросам.	5.1. Вопрос	5.2. Важность, балл	5.3. Результат (кратко)



6. Перечислите основные формы работы Вашего Совета.	Форма работы	Комментарий
<i>Дайте краткие комментарии о частоте и результативности применения данных форм</i>	Заседания	
	Запросы и обращения в органы исполнительной и законодательной власти	
	Участие в исполнении рекомендаций ОС по НОК при МЗ ПК	<i>Результаты по устранению выявленных нарушений (какие?)</i>
	Взаимодействие с волонтерским сообществом (наименование организации)	<i>указать мероприятия (ссылки на новости, даты)</i>
	Инициирование\ проведение школ здоровья (<i>темы</i>)	<i>ссылки на новость, даты</i>
	Участие в местных грантах (социальных проектах) по ЗОЖ, школам здоровья, акциям в сфере здоровья	<i>ссылки на новость, даты</i>
	Участие Совета в обсуждениях, акциях, мероприятиях, вебинарах, инициированных Общественным советом при Министерстве здравоохранения Пермского края	<i>ссылки на новости, даты</i>
	Организация культурно-массовых мероприятий	<i>ссылки на новости, даты</i>
	Иное (укажите, что именно)	
	Иное (укажите, что именно)	

7. Есть ли у вас страница Общественного совета на сайте медицинской организации? (отметьте нужные варианты)

1. Нет
2. Да
 - 2.1. укажите ссылку на страницу

8. Наличие аккаунтов/групп Общественного совета в социальных сетях (укажите название сети и количество участников группы).

- 8.1. Нет аккаунтов/групп в социальных сетях
- 8.2. Есть аккаунты/ группы в социальных сетях (название сети / кол-во участников группы):
 - Вконтакте/ ___ чел.
 - Одноклассники/ ___ чел.

9. Количество публикаций, упоминающих ваш Совет в СМИ.

9.1 Материалы в печатных СМИ (газеты, журналы):	0. Не было 1. _____ шт. - ссылки
---	--

9.2 Материалы в электронных СМИ (в Интернете)	0. Не было 1. _____ шт. - ссылки
9.3 Сюжеты на телевидении или радио	0. Не было 1. _____ шт. - ссылки

10. Публикует ли ваш Совет отчет о своей деятельности в каких-либо открытых источниках? Сколько раз в год?

1. Отчет не публикуется.
2. Один раз в год
3. Два раза в год
4. Чаще, чем два раза в год

11. Опишите основные результаты, достижения вашего Совета за прошедший год (в т.ч. с волонтерским сообществом):

12. Оцените по 10-ти бальной шкале поддержку вашего Совета медицинской организацией. Обозначьте цветом, шрифтом подходящий вам вариант ответа

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Укажите контактные данные

13.1. Представителей совета

	ФИО	Должность по основному месту работы	Телефоны (сотовый, городской с кодом города)	E-mail
Председатель совета				
Контактное лицо от медицинской организации по взаимодействию с ОС при МО (укажите полное название должности)				

13.2. Респондент, заполнивший данную анкету

	ФИО	Должность по основному месту работы	Телефоны (сотовый, городской с кодом города)	E-mail
Респондент, заполнивший данную анкету (укажите полное название должности)				

Уважаемые коллеги, спасибо за ваши ответы и за вашу работу в течение года. Вы будете ознакомлены с результатами данного опроса после их обработки и оформления.