

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБРАБОТКИ АНКЕТ
для оценки качества оказания услуг ФГБУ "РДКБ" Минздрава России за I квартал 2017г.
в амбулаторных условиях
врачом-педиатром, врачом-специалистом 114 анкет

| Пункты анкеты | Кол-тво | % |
|---|---------|-------------|
| | | 100% |
| 1. Вы обратились в медицинскую организацию? | | |
| к врачу-педиатру | 53 | 46 |
| к врачу-специалисту | 75 | 66 |
| 2. Вы удовлетворены обслуживанием врача? | | |
| да | 107 | 94 |
| нет | | |
| 3. Удовлетворены ли Вы компетентностью врача? | | |
| да | 114 | 100 |
| нет | | |
| Что именно Вас не удовлетворило? | | |
| Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья | | |
| Вам не дали рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации | | |
| Вам не дали выписку | | |
| Вам не выписали рецепт | | |
| Другое | | |
| 4. Форма обращения | | |
| на прием | 114 | 100% |
| 5. Время ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием? | | |
| Согласно записи | 64 | 56 |
| Другое | 33 | 29 |
| 6. При первом обращении в медицинскую организацию Вы сразу записались на прием к врачу ? | | |
| да | 83 | 73 |
| Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)? | | |
| по телефону | 33 | 29 |
| с использованием сети Интернет | 21 | 18 |
| в регистратуре лично | 36 | 32 |
| лечащим врачом на приеме при посещении | | |
| нет | 22 | 19 |
| По какой причине? | | |
| не дозвонился | 9 | 8 |
| не было талонов | 3 | 3 |
| не было технической возможности записаться в электронном виде | 6 | 5 |
| другое | 6 | 5 |
| 7. Врач Вас принял во время, установленное по записи? | | |
| да | 87 | 76 |
| нет | 26 | 23 |
| При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, информаты и другое) | | |
| да | 47 | 41 |

| | | |
|---|----|----|
| нет | 62 | 54 |
| <i>медицинской организации?</i> | | |
| да | 31 | 27 |
| нет | 5 | 4 |
| 9. Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации? | | |
| да | 62 | 54 |
| нет | 45 | 39 |
| <i>медицинской организации?</i> | | |
| да | 46 | 40 |
| нет | | |
| 10. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации? | | |
| да | 84 | 88 |
| нет | 17 | 15 |
| <i>Что не удовлетворяет?</i> | | |
| отсутствие свободных мест ожидания | | |
| состояние гардероба | 1 | 1 |
| состояние туалета | 1 | 1 |
| отсутствие питьевой воды | 18 | 16 |
| санитарные условия | | |
| отсутствие мест для детских колясок | | |
| 11. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности? | | |
| да | 24 | 21 |
| нет | 90 | 79 |
| <i>Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?</i> | | |
| ребенок-инвалид | 24 | 21 |
| <i>Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?</i> | | |
| да | 22 | 19 |
| нет | 12 | 11 |
| | | |
| отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов | | |
| отсутствие пандусов, поручней | 11 | 10 |
| отсутствие подъемных платформ (аппарелей) | 5 | 4 |
| отсутствие адаптированных лифтов | | |
| отсутствие сменных кресел-колясок | 5 | 4 |
| отсутствие информационных бегущих строк, информационных стендов, голосовых сигналов | | |
| отсутствие информации шрифтом Брайля | | |
| отсутствие доступных санитарно-гигиенических помещений | | |
| отсутствие сопровождающих работников | | |
| лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование? | | |
| не назначалось | 71 | 62 |
| 14 календарных дней и более | | |
| 13 календарных дней | | |
| 12 календарных дней | 1 | 1 |
| 10 календарных дней | | |
| 7 календарных дней | | |
| менее 7 календарных дней | 37 | 32 |
| Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи? | | |
| да | 33 | 29 |
| нет | 1 | 1 |

| | | |
|--|-----|----|
| направления на диагностическое исследование? | | |
| не назначалось | 84 | 74 |
| 30 календарных дней и более | | |
| 29 календарных дней | | |
| 28 календарных дней | | |
| 27 календарных дней | 1 | 1 |
| 15 календарных дней | 8 | 7 |
| менее 15 календарных дней | 22 | 19 |
| Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи? | | |
| да | 26 | 23 |
| нет | | |
| Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации ? | | |
| да | 110 | 96 |
| нет | 1 | 1 |
| 15. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи? | | |
| да | 112 | 98 |
| нет | | |
| 16. Ваше обслуживание в медицинской организации? | | |
| за счет ОМС, бюджет | 64 | 56 |
| за счет ДМС | 10 | 9 |
| на платной основе | 40 | 35 |
| невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)? | | |
| раз в месяц | 31 | 27 |
| раз в квартал | 46 | 40 |
| раз в полугодие | 25 | 22 |
| раз в год | 23 | 20 |
| не обращаюсь | | |
| 18. Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях? | | |
| да | 5 | 4 |
| нет | 108 | 95 |
| Характеристика комментария | | |
| положительный | 4 | 3 |
| отрицательный | | |
| 19. Вы благодарили персонал медицинской организации за оказанные Вам медицинские услуги? | | |
| да | 15 | 13 |
| нет | 99 | 87 |
| Кто был инициатором благодарения? | | |
| я сам(а) | 14 | 12 |
| персонал медицинской организации | | |
| Форма благодарения | | |
| письменная благодарность (в журнале, на сайте) | 1 | 1 |
| цветы | | |
| подарки | 1 | 1 |
| услуги | | |
| деньги | | |