



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**П Р И К А З**

13 июля 2018 г.

Москва

№ 442

**Об организации работы по обеспечению  
технической возможности выражения мнений пациентами о качестве  
условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте  
Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети «Интернет»**

В соответствии со статьей 79<sup>1</sup> Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2014, № 30, 4257; 2017, № 50, ст. 7563) и в целях обеспечения технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить форму Анкеты для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях согласно приложению № 1.
2. Утвердить форму Анкеты для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в стационарных условиях согласно приложению № 2.
3. Утвердить форму Анкеты для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями переливания крови согласно приложению № 3.
4. Утвердить форму Анкеты для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями скорой медицинской помощи согласно приложению № 4.
5. Департаменту информационных технологий и связи (Е.Л. Бойко) разместить на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети «Интернет» формы анкет для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в соответствии с приложениями № 1-4 к настоящему приказу, обеспечив техническую возможность выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями.

Министр

В.И. Скворцова

**Анкета**  
**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями**  
**в амбулаторных условиях**

**1. Вы обратились в медицинскую организацию?**

- ☐ к врачу-терапевту участковому (перейти к вопросам 2-3)
- ☐ к врачу-педиатру участковому (перейти к вопросам 2-3)
- ☐ к врачу общей практики (семейному врачу) (перейти к вопросам 2-3)
- ☐ к врачу-специалисту (кардиолог, невролог офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, другие) (перейти к вопросам 2а-3а)
- ☐ иное (диспансеризация, медицинский осмотр, др.) (перейти к вопросам 2а-3а)

**2. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались (вызвали на дом), с момента записи на прием составило?**

- ☐ 24 часа и более
- ☐ 12 часов
- ☐ 8 часов
- ☐ 6 часов
- ☐ 3 часа
- ☐ менее 1 часа

**3. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?**

- ☐ да (перейти к вопросу 3.1)
- ☐ нет (перейти к вопросу 3.2)

**3.1. Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?**

- ☐ по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1.)
- ☐ по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу 3.1.1.)
- ☐ при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1.)
- ☐ через официальный сайт медицинской организации
- ☐ через Единый портал государственных услуг ([www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru))

**3.1.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?**

- ☐ да
- ☐ нет

**3.2. По какой причине**

- ☐ не дозвонился
- ☐ не было талонов
- ☐ не было технической возможности записаться в электронном виде
- ☐ другое

**2а. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием составило?**

- ☐ 14 календарных дней и более
- ☐ 13 календарных дней
- ☐ 12 календарных дней
- ☐ 10 календарных дней
- ☐ 7 календарных дней
- ☐ менее 7 календарных дней

**3а. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?**

- ☐ да (перейти к вопросу 3.1а)
- ☐ нет (перейти к вопросу 3.2а)

**3.1а. Вы записались на прием к врачу?**

- ☐ по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 3.1.1а)
- ☐ по телефону Единого кол-центра (перейти к вопросу 3.1.1а)
- ☐ при обращении в регистратуру (перейти к вопросу 3.1.1а)
- ☐ лечащим врачом на приеме при посещении (перейти к вопросу 3.1.1а)
- ☐ через официальный сайт медицинской организации

**3.1.1а. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?**

- ☐ да
- ☐ нет

**3.2а. По какой причине?**

- ☐ не дозвонился
- ☐ не было талонов
- ☐ не было технической возможности записаться в электронном виде
- ☐ другое

**4. Врач принял Вас в установленное по записи время?**

- ☐ да
- ☐ нет

**5. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?**

- ☐ да
- ☐ нет

**6. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?**

- ☐ да (перейти к вопросу 6.1)
- ☐ нет

**6.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?**

- ☐ да
- ☐ нет

**7. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

- ☐ да (перейти к вопросу 7.1)  
☐ нет

**7.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

- ☐ да  
☐ нет

**8. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?**

- ☐ да  
☐ нет (перейти к вопросу 8.1)

**8.1. Что именно Вас не удовлетворяет?**

- ☐ отсутствие свободных мест ожидания  
☐ наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников  
☐ состояние гардероба  
☐ отсутствие питьевой воды  
☐ отсутствие санитарно-гигиенических помещений  
☐ состояние санитарно-гигиенических помещений  
☐ санитарное состояние помещений  
☐ отсутствие мест для детских колясок (для медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению)

**9. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**

- ☐ да (перейти к вопросам 9.1-9.3)  
☐ нет

**9.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**

- ☐ I группа  
☐ II группа  
☐ III группа  
☐ ребенок-инвалид

**9.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?**

- ☐ да  
☐ нет (перейти к вопросу 9.2.1)

**9.2.1. Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:**

- ☐ выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов  
☐ пандусы, подъемные платформы  
☐ адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы  
☐ сменные кресла-коляски  
☐ дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации

- ☐ дублирование информации шрифтом Брайля
- ☐ специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения
- ☐ сопровождающие работники
- ☐ возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому

**9.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?**

- ☐ да
- ☐ нет

**10. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования?**

- ☐ да (перейти к вопросам 10.1-10.3)
- ☐ нет (перейти к вопросу 11)

**10.1. Вам назначались:** (возможен выбор всех трех видов диагностических исследований)

- ☐ лабораторные исследования (перейти к вопросу 10.1.1-10.1.2)
- ☐ инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.) (перейти к вопросу 10.2.1-10.2.2)
- ☐ компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография (перейти к вопросу 10.3.1-10.3.2)

**10.1.1. Вы ожидали проведения исследования:**

- ☐ 14 календарных дней и более
- ☐ 13 календарных дней
- ☐ 12 календарных дней
- ☐ 10 календарных дней
- ☐ 7 календарных дней
- ☐ менее 7 календарных дней

**10.1.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?**

- ☐ да
- ☐ нет

**10.2.1. Вы ожидали проведения исследования:**

- ☐ 14 календарных дней и более
- ☐ 13 календарных дней
- ☐ 12 календарных дней
- ☐ 10 календарных дней
- ☐ 7 календарных дней
- ☐ менее 7 календарных дней

**10.2.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?**

- ☐ да
- ☐ нет

**10.3.1. Вы ожидали проведения исследования:**

- ☐ 30 календарных дней и более
- ☐ 29 календарных дней
- ☐ 28 календарных дней
- ☐ 27 календарных дней
- ☐ 15 календарных дней
- ☐ менее 15 календарных дней

--

Форма

### Анкета

для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями  
в стационарных условиях

**1. Госпитализация была:<sup>1</sup>**

- ☐ экстренная (перейти к вопросу 4)
- ☐ плановая (перейти к вопросам 1.1 -1.3)

**1.1. Вы ожидали плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию:**

- ☐ 30 календарных дней и более
- ☐ 29 календарных дней
- ☐ 28 календарных дней
- ☐ 27 календарных дней
- ☐ 15 календарных дней
- ☐ менее 15 календарных дней

**1.2. Вы были госпитализированы в назначенный срок?**

- ☐ да
- ☐ нет

**1.3. Вам сообщили о дате госпитализации**

- ☐ по телефону
- ☐ при обращении в медицинскую организацию
- ☐ электронным уведомлением

**2. Вы удовлетворены комфортностью условий в приемном отделении?**

- ☐ да
- ☐ нет (перейти к вопросам 2.1)

**2.1. Что именно Вас не удовлетворяет?**

- ☐ отсутствие свободных мест ожидания
- ☐ состояние гардероба
- ☐ состояние санитарно-гигиенических помещений
- ☐ отсутствие питьевой воды
- ☐ санитарное состояние помещений

**3. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) во время пребывания в приемном отделении?**

- ☐ да
- ☐ нет

<sup>1</sup> Вопрос не относится к специализированным больницам психиатрическим, в том числе детским, и санаторно-курортным организациям

**4. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?**

- ☐ да (перейти к вопросам 4.1–4.3)  
☐ нет

**4.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?**

- ☐ I группа  
☐ II группа  
☐ III группа  
☐ ребенок-инвалид

**4.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?**

- ☐ да (перейти к вопросу 4.3)  
☐ нет (перейти к вопросу 4.2.1)

**4.2.1. Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:**

- ☐ выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов  
☐ пандусы, подъемные платформы  
☐ адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы  
☐ сменные кресла-коляски  
☐ дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации  
☐ дублирование информации шрифтом Брайля  
☐ специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения  
☐ сопровождающие работники

**4.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?**

- ☐ да  
☐ нет

**5. Во время пребывания в медицинской организации Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?**

- ☐ да (перейти к вопросу 5.1)  
☐ нет

**5.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?**

- ☐ да  
☐ нет

**6. Перед госпитализацией Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

- ☐ да (перейти к вопросу 6.1)  
☐ нет

**6.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

- ☐ да  
☐ нет



7. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет (перейти к вопросу 7.1)

### 7.1. Что именно Вас не удовлетворяет?

- ☐ питание
- ☐ отсутствие питьевой воды
- ☐ состояние санитарно-гигиенических помещений
- ☐ санитарное состояние помещений
- ☐ действия персонала по уходу

**8. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?**

- ☐ да  
☐ нет

**9. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?**

- ☐ да  
☐ нет

**10. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?**

- ☐ да  
☐ нет

**11. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?**

- ☐ да  
☐ нет

**12. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?**

- ☐ нет (опрос завершен)
- ☐ да (перейти к вопросу 12.1.)

**12.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?**

- ☐ да  
☐ нет

Мы благодарим Вас за участие!

**Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите свои предложения: (не более 150 знаков)**

--

Форма

**АНКЕТА**

**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями  
переливания крови (станция переливания крови, центр крови)**

**1. Вы обратились в медицинскую организацию**

- ☐ как первичный донор
- ☐ как донор-родственник
- ☐ как кадровый донор
- ☐ как участник выездной акции безвозмездного донорства
- ☐ другое

**2. Форма обращения**

- ☐ в условиях медицинской организации
- ☐ в выездных условиях

**3. Вы удовлетворены отношением к Вам (доброжелательность, вежливость) работников медицинской организации?**

- ☐ да
- ☐ нет

**4. Время ожидания донации (сдачи крови, компонентов крови) с момента обращения в медицинскую организацию составило:**

- ☐ более 4 часов
- ☐ 4 часа
- ☐ 3 часа
- ☐ 2 часа
- ☐ 1 час
- ☐ менее 1 часа

**5. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?**

- ☐ да (перейти к вопросу 5.1)
- ☐ нет

**5.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?**

- ☐ да
- ☐ нет

**6. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

- ☐ да (перейти к вопросу 6.1)
- ☐ нет

**6.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?**

- ☐ да  
☐ нет

7. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?

- ☐ да  
☐ нет (перейти к вопросу 7.1)

### 7.1. Что именно Вас не удовлетворяет?

- ☐ отсутствие свободных мест ожидания
- ☐ состояние гардероба
- ☐ отсутствие питьевой воды
- ☐ состояние санитарно-гигиенических помещений
- ☐ санитарное состояние помещений

8. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для донации (сдачи крови, компонентов крови)?

- ☐ да  
☐ нет

**9. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, санитарно-гигиенических помещений и др.)?**

- ☐ да  
☐ нет

10. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?

- ☐ да  
☐ нет

**11. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?**

- ☐ нет (опрос завершен)
- ☐ да (перейти к вопросу 11.1.)

**11.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?**

- ☐ да  
☐ нет

Мы благодарим Вас за участие!

**Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите свои предложения: (не более 150 знаков)**

--

**АНКЕТА**

**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями  
скорой медицинской помощи**

**1. Вы вызывали скорую медицинскую помощь по поводу?**

- ☐ состояния/заболевания, представляющего угрозу жизни пациента (нарушение сознания, дыхания, кровообращения, внезапная боль, нарушение функции какого-либо органа, кровотечение, травма, ожог)
- ☐ психического расстройства, сопровождающегося действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц
- ☐ родов, угрозы прерывания беременности
- ☐ медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации
- ☐ другое

**2. Как часто Вы вызываете скорую медицинскую помощь?**

- ☐ однократно
- ☐ ежемесячно
- ☐ каждую неделю
- ☐ каждый день
- ☐ несколько раз в день

**3. Вы вызывали скорую медицинскую помощь по телефону**

- ☐ 03 (перейти к вопросу 3.1)
- ☐ 103 (перейти к вопросу 3.1)
- ☐ 112 (перейти к вопросу 3.1)
- ☐ медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь (перейти к вопросу 3.1)
- ☐ самостоятельно обратился в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь (перейти к вопросу 4.3)

**3.1. Вы дозвонились с первого раза?**

- ☐ да
- ☐ нет, дозванивался 2 и более раз
- ☐ не дозвонился (опрос завершен)

**4. Ваш вызов был принят, и по Вашему вызову была направлена бригада скорой медицинской помощи**

- ☐ да (перейти к вопросу 4.1)
- ☐ нет (перейти к вопросу 4.2)

**4.1. Время доезда бригады скорой медицинской помощи составило**

- ☐ менее 10 минут
- ☐ 10 минут
- ☐ 20 минут
- ☐ более 20 минут (перейти к вопросу 4.1.1)

**4.1.1. Пришлось ли Вам повторно обращаться по телефону для ускорения прибытия бригады скорой медицинской помощи**

- ☐ да  
☐ нет

**4.2.**

- ☐ Вас проконсультировали по телефону  
☐ Ваш вызов переключили на диспетчера для записи на прием к врачу поликлиники  
☐ другое

**4.3.**

- ☐ Вам оказали медицинскую помощь в амбулаторных условиях  
☐ Вас госпитализировали в медицинскую организацию  
☐ другое

**5. Вы удовлетворены отношением к Вам (доброжелательность, вежливость) медицинских работников бригады скорой медицинской помощи?**

- ☐ да  
☐ нет

**6. Вы удовлетворены материально-техническим оснащением и лекарственным обеспечением бригады скорой медицинской помощи?**

- ☐ да  
☐ нет (перейти к вопросу 6.1)

**6.1. Что именно Вас не удовлетворило?**

- ☐ отсутствовало необходимое оборудование  
☐ отсутствовали необходимые лекарственные препараты  
☐ состояние санитарного транспорта  
☐ другое

**7. При оказании медицинской помощи бригада скорой медицинской помощи вызывала дополнительную (специализированную) бригаду скорой медицинской помощи?**

- ☐ да (перейти к вопросам 7.1-7.2)  
☐ нет

**7.1. Вы удовлетворены отношением к Вам (доброжелательность, вежливость) дополнительной (специализированной) бригады скорой медицинской помощи?**

- ☐ да  
☐ нет

**7.2. Вы удовлетворены материально-техническим оснащением и лекарственным обеспечением дополнительной (специализированной) бригады скорой медицинской помощи?**

- ☐ да  
☐ нет (перейти к вопросу 7.2.1)

**7.2.1. Что именно Вас не удовлетворило?**

- ☐ отсутствовало необходимое оборудование  
☐ отсутствовали необходимые лекарственные препараты  
☐ состояние санитарного транспорта  
☐ другое

**8. Бригада скорой медицинской помощи доставила Вас в стационар?**

- ☐ да (опрос завершен)  
☐ нет (перейти к вопросу 8.1)

**8.1.**

- ☐ медицинская помощь была оказана на месте, госпитализация не требовалась  
☐ после оказания медицинской помощи бригадой скорой медицинской помощи была предложена госпитализация, но я (лицо, к которому вызывали скорую медицинскую помощь) отказался  
☐ по моему мнению, бригада скорой медицинской помощи необоснованно отказала в госпитализации  
☐ бригада скорой медицинской помощи не учла мое мнение (мнение лица, к которому вызывали скорую медицинскую помощь) по выбору стационара, поэтому я отказался.

Мы благодарим Вас за участие!

**Если Вы хотите оставить предложения по работе данной медицинской организации, пожалуйста, напишите: (не более 150 знаков)**

--