Свод анкетирования

по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях

***(врачом -специалистом (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)***

В анкетировании приняли участие 150 человек

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**«ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

**ГОРОДА НЕВИННОМЫССКА**

7. Врач Вас принял во время,

установленное по записи?

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

к врачу-специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие) **(150чел.)**

другое (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т.д.) **(0 чел.)**

1. **Вы удовлетворены обслуживанием (доброжелательность, вежливость) у врачей- специалистов (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?**

да**(150чел.)** нет**(0 чел.)**

3. Удовлетворены ли Вы компетентностью врачей-специалистов (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)?

да**(150чел.)**

нет **(0 чел.)** *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

1. **Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, с момента записи на прием?**

14 календарных дней и более (**1чел.)**

13 календарных дней(**0чел.)**

12 календарных дней(**0чел.)**

10 календарных дней(**2чел.)**

7 календарных дней(**2чел.)**

менее 7 календарных дней**(142 чел.)**

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

***да* (146чел.)***Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?*

по телефону **(34 чел)**

с использованием сети Интернет **(36чел)**

в регистратуре лично**(70 чел)**

лечащим врачом на приеме при посещении**(6)**

***нет*** *По какой причине* **(0 чел)**

не дозвонился не было талонов

не было технической возможности записаться в электронном виде

другое

да**(150чел.)** нет **( 0чел.)**

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

***Нет* (73 чел.)**

***да* (73чел.)***Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной в помещениях медицинской организации?*

Да **(69чел.)** нет **(0 чел.)**

1. **Перед обращением в медицинскую организацию Вы заходили на официальный сайт медицинской организации?**

***нет*(99чел.)**

***да* (51 чел.)***Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте медицинской организации?*

да**(51чел.)** нет**(0 чел.)**

1. **Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?**

***Да* (150чел.)**

***нет* (0 чел.)** *Что не удовлетворяет?* отсутствие свободных мест ожидания состояние гардероба

состояние туалета отсутствие питьевой воды санитарные условия

отсутствие мест для детских колясок

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

***нет*(137чел.)**

***да* (13чел.)***Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?*

I группа **(1чел.)**

II группа **(5чел.)**

III группа**(6чел.)**

ребенок-инвалид

*Медицинская организация оборудована для лиц с ограниченными возможностями?*

***да*(58чел.)**

***нет* (0чел.)**

2

отсутствие выделенного места стоянки автотранспортных средств для инвалидов

отсутствие пандусов, поручней

отсутствие подъемных платформ (аппарелей) отсутствие адаптированных лифтов отсутствие сменных кресел-колясок отсутствие информационных бегущих строк,

информационных стендов, голосовых сигналов отсутствие информации шрифтом Брайля отсутствие доступных санитарно-

гигиенических помещений

отсутствие сопровождающих работников

1. **Вы ожидали проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование?**

не назначалось**(116чел.)**

14 календарных дней и более **(0чел.)**

13 календарных дней**(0чел.)**

12 календарных дней**(0чел.)**

10 календарных дней**(0чел.)**

7 календарных дней**(0чел.)**

менее 7 календарных дней**(32чел.)**

*Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?*

да**(22 чел.)** нет**(0 чел.)**

1. **Вы ожидали проведения диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование?**

не назначалось**( 117чел.)**

30 календарных дней и более**(0чел.)**

29 календарных дней**(0чел.)**

28 календарных дней**(0чел.)**

27 календарных дней**(0чел.)**

15 календарных дней**(17чел.)**

менее 15 календарных дней**(16чел.)** *Диагностическое исследование выполнено во время, установленное по записи?*

да **(16чел.)** нет **(0чел.)**

1. **Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?**

да**(150чел.)** нет**(0чел.)**

1. **Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для получения медицинской помощи?**

Да**(150чел.)** нет**(0 чел.)**

1. **Ваше обслуживание в медицинской организации?**

за счет ОМС, бюджет**(149чел.)**

за счет ДМС(**1чел.)**

на платной основе **(0 чел.)**

1. **Оставляли ли Вы комментарий о качестве обслуживания в медицинской организации и о медицинских работниках этой организации в социальных сетях?**

***нет***(**95чел.)**

***да* (50 чел.)** *Характеристика* (положительный (**48чел.)** отрицательный**(0чел.)**