**АНКЕТА**

**для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях (врачом–специалистом (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)**

**Уважаемый респондент!**

**Мы хотим узнать, как Вы оцениваете качество работы организаций здравоохранения, получателями услуг которых являетесь Вы (Ваши дети). Просим внимательно отнестись к анкетированию и ответить на все вопросы.**

**Ваше мнение нам очень важно и будет учтено в дальнейшей работе организации здравоохранения.**

**1. Работу какой медицинской организации Вы хотите оценить?**

1. ГБУЗ НАО «Ненецкая окружная стоматологическая поликлиника»
2. ГБУЗ НАО «Центральная районная поликлиника Заполярного района Ненецкого автономного округа»
3. ГБУЗ НАО «Ненецкая окружная больница имени Р.И. Батмановой»
4. ООО «Заполярный медицинский центр»
5. ООО «Федоров»
6. ГБУЗ НАО «Окружной противотуберкулезный диспансер»
7. ИП Матвеева И.Н.
8. ООО «Ультрамедплюс»
9. ООО «НОРДМЕД»

**2. Проживаете ли Вы в Ненецком автономном округе постоянно?** *(Выберите**1 ответ)*

1. да
2. нет *(Закончить)*

**3. К какой возрастной группе Вы относитесь?** *(Выберите 1 ответ)*

1. 17 лет и младше *(Закончить)*
2. 18 лет и старше

**4. Вы обратились в медицинскую организацию?** *(Выберите 1 ответ)*

1. К врачу-специалисту (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие)
2. Другое (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т.д.)

**5. Время ожидания приема врача, к которому Вы записались (вызвали на дом), с момента записи на прием составило?** *(Выберите 1 ответ)*

1. 14 календарных дней и более
2. 13 календарных дней
3. 12 календарных дней
4. 10 календарных дней
5. 7 календарных дней
6. Менее 7 календарных дней

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

1. да
2. нет *(переход к вопросу 8)*

**7. Вы записались на прием к врачу (вызвали врача на дом)?** *(Выберите 1 ответ)*

1. по телефону медицинской организации
2. по телефону Единого кол-центра
3. при обращении в регистратуру
4. через инфомат *(переход к вопросу 9)*
5. лечащим врачом на приеме при посещении *(переход к вопросу 9)*
6. через официальный сайт медицинской организации *(переход к вопросу 9)*
7. через портал Доктор 83 *(переход к вопросу 9)*
8. через мобильное приложение Витакарта *(переход к вопросу 9)*

**8. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) к которым Вы обращались?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**9. По какой причине вы не записались на прием (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) к врачу при первом обращении в медицинскую организацию?**  *(Выберите 1 ответ)*

1. не дозвонился
2. не было талонов во время первичного приема врача
3. не было технической возможности записаться в электронном виде
4. другое

**10. Врач принял Вас в установленное по записи время?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**11. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

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

1. да
2. нет*(переход к вопросу 13)*

**13. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**14. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет*(переход к вопросу 15)*

**15. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**16. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да *(переход к вопросу 17)*
2. нет

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

1. отсутствие свободных мест ожидания
2. наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников
3. состояние гардероба
4. отсутствие питьевой воды
5. отсутствие санитарно-гигиенических помещений
6. состояние санитарно-гигиенических помещений
7. санитарное состояние помещений
8. отсутствие мест для детских колясок *(для медицинских организаций, оказывающих помощь детскому населению)*
9. Другое *(указать что именно)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**18. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет *(переход к вопросу 22)*

**19. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?** *(Выберите 1 ответ)*

1. I группа
2. II группа
3. III группа
4. ребенок-инвалид

**20. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да *(переход к вопросу 21)*
2. нет

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

1. выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов
2. пандусы, подъемные платформы
3. адаптированные лифты, поручни,
4. расширенные дверные проемы
5. сменные кресла-коляски
6. дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации
7. дублирование информации шрифтом Брайля
8. специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения
9. сопровождающие работники
10. возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому

**22. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**23. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования (лабораторные исследования, инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, рентген, УЗИ, др.), компьютерная томография, магнитно—резонансная томография, ангиография)?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет*(переход к вопросу 25)*

**24. Вы ожидали проведения исследования:** *(Выберите 1 ответ)*

1. 14 календарных дней и более
2. 13 календарных дней
3. 12 календарных дней
4. 10 календарных дней
5. 7 календарных дней
6. менее 7 календарных дней

**25. Исследование выполнено во время, установленное по записи?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**26. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**27. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**28. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**29. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы)?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. Нет  *(переход к вопросу 31)*

**30. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?** *(Выберите 1 ответ)*

1. да
2. нет

**31. Ваши предложения, пожелания по улучшению условий оказания услуг в оцениваемой организации здравоохранения.** *(Напишите)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**32. Спасибо за участие в исследовании. В связи с тем, что возможен контроль моей работы организаторами исследования, прошу указать Ваши персональные данные. Заранее приношу извинения за возможный телефонный звонок от организаторов исследования для проверки факта опроса.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО респондента)* даю согласие исследовательской организации ООО «ГЭПИЦентр-2» (далее по тексту Центр) на обработку моих персональных данных, указанных в анкете, в целях получения независимой оценки качества условий оказания услуг организациями социальной сферы Ненецкого автономного округа и проведения контроля работы интервьюеров.

Я уведомлен, что Центр является оператором персональных данных в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27 июля 2006 года. При обработке персональных данных Центр обязуется соблюдать требования применимого законодательства в отношении защиты персональных данных, и, в частности, обеспечить конфиденциальность и защиту персональных данных от несанкционированного доступа и других неправомерных действий.

**33. Укажите, пожалуйста, номер телефона, по которому с Вами можно связаться по вопросам оценки качества условий оказания услуг данным учреждением и для проверки факта опроса.** *(Напишите)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**34. Укажите, пожалуйста, свой домашний адрес.** *(Напишите)*

|  |
| --- |
|  |