 **МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА Републике СрбијеИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ**

 **„Др Милан Јовановић Батут”**



**ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА:**

**СТОМАТОЛОШКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА**

**РЕДНИ БРОЈ УПИТНИКА:**

**ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА СТОМАТОЛОШКОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ**

Поштовани,

Љубазно вас молимо да одговорите на питања која се односе на рад стоматолога и другог особља у овој служби. Ваши искрени одговори ће нам помоћи да сагледамо ваше потребе и да унапредимо стоматолошку здравствену заштиту. Учешће у анкети је добровољно и анонимно.

**Напомена:** Уколико је корисник стоматолошке здравствене заштите дете, упитник попуњава искључиво особа која је довела дете на преглед (родитељ/старатељ/други пратилац).

Лични подаци (образовање и материјално стање) се односе на пратиоца, а остала питања на стоматолошку здравствену заштиту пружену детету. Деца старија од 15 година самостално попуњавају упитник.

*Молимо вас да заокружите само један од понуђених одговора (уколико није другачије назначено).*

**1. Пол:**

Мушки 1

Женски 2

**2. Године старости: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Завршена школа:**

Непотпуна основна школа 1

Основна школа 2

Средња школа 3

Виша и висока школа 4

**4. Материјално стање вашег домаћинства:**

Веома лоше 1

Лоше 2

Осредње 3

Добро 4

Веома добро 5

**5. Означите групу корисника којој припадате?**

|  |  |
| --- | --- |
| Дете (0–18 година) | 1 |
| Студент (19–26 година старости) | 2 |
| Трудница | 3 |
| Породиља | 4 |
| Лице коме је потребна хитна стоматолошка услуга | 5 |
| Лице старије од 65 година | 6 |
| Остале категорије обухваћене обавезним здравственим осигурањем | 7 |
| Не припадам ниједној од наведених група | 8 |

**6. Колико пута сте посетили стоматолога у последњих 12 месеци, укључујући и овај пут?**

 *(Молимо допишите).*

 а) У државној здравственој установи

 б) У приватној пракси

 пута

 пута

**7.** У**колико сте на претходно питање одговорили да сте користили услуге приватног стоматолога, заокружите услугу која Вам је била потребна и означите разлог посете приватном стоматологу.** *(Можете одабрати више услуга и означити више разлога одласка код приватног лекара).*

 *Уколико нисте користили услуге приватног стоматолога, пређите на питање број 8.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Услуга** |  |
| **Немогућност добијања услуге у државној служби (укључује недостатак кадра, материјала, опреме...)** | **Дуго време чекања на услугу у државној служби** | **Приватни лекар пружа квалитетнију услугу** | **Приватни стоматолог се налази ближе месту где станујем** | **Друго** |
| а) Преглед | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б) Лечење зуба/Пломба | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в) Заливање фисура | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г) Ортодонтски апарат | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| д) Вађење зуба | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ђ) Протеза/протетска надокнада | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**8. На данашњи преглед сам чекао/ла:**

|  |  |
| --- | --- |
| Примљен/а сам исти дан | 1 |
| Од 1 до 5 дана | 2 |
| Од 6 до 15 дана | 3 |
| Више од 15 дана | 4 |

**9. Да ли вам је стоматолог дао савете о следећим темама?**

*(Молимо заокружите један одговор за сваку тему).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Теме** | **Да** | **Не** | **Није било потребно** | **Не сећам се** |
| а) Значај редовних прегледа  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| б)Употреба флуора (пасте, таблете...)  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| в) Правилно прање зуба  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| г) Неправилности зуба и вилица  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| д) Настанак каријеса  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ђ) Крварење десни и „клаћење” зуба  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| е) Значај дојења  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ж) Правилна исхрана  | 1 | 2 | 3 | 4 |

**10. Молимо вас да оценом од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) оцените рад стоматолога у односу на наведене изјаве.** *(Молимо да заокружите један одговор за сваку изјаву).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Изјава** | **Оцена** |
| а) Упознат је са проблемима и болестима које имам | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б) Одваја довољно времена да разговара са мном | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в) Даје ми јасна објашњења оинтервенцијама које планира | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г) Даје ми јасна објашњења о мом оралном здрављу  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| д) Позива ме на превентивне прегледе | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**11. Молимо вас да оценом од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) оцените пружање услуга и организацију рада службе стоматолошке здравствене заштите.***(Молимо да заокружите један одговор за сваку категорију питања).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Питање** | **Оцена** | **Не знам** |
| а) Радно време | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| б) Доступност прегледа викендом | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| в) Доступност стоматолога особама са посебним потребама | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| г) Љубазност особља  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| д) Број места за седење у чекаоници | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ђ) Време чекања на посету у чекаоници | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| е) Могућност прегледа истог дана у случају хитности | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ж) Могућност телефонске комуникације са стоматологом и добијања савета у току радног времена | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| з) Расположивост одговарајућег кадра у установи | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| и) Стање стоматолошке опреме | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ј) Сарадња стоматолога и других лекара специјалиста | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| к) Хигијена у служби | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| л) Процедуре у поступку жалбе код повреде права пацијената | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**12. Уколико би вам данас биле потребне следеће услуге, да ли их можете добити преко обавезног здравственог осигурања или их морате да платити?**

*(Молимо да заокружите један одговор на свако питање).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Услуге** | **Обавезно здравствено осигурање** | **Обавезно здравствено осигурање уз партиципацију**  | **Пуна цена** | **Не знам** |
| а) Преглед код стоматолога | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Б) Пломба | 1 | 2 | 3 | 4 |
| в) Лечење зуба | 1 | 2 | 3 | 4 |
| г) Вађење зуба | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Д) Ортодонтски апарат | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ђ) Протеза/протетска надокнада | 1 | 2 | 3 | 4 |

**13. . Да ли се у протеклих 12 месеци десило да нисте отишли на преглед код свог изабраног лекара или сте га одложили због неког од наведених разлога?**

*(Заокружите одговарајући одговор за сваки од разлога).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Разлог** | **Да** | **Не** | **Не односи се** **на мене** |
| а) Финансијски разлози | 1 | 2 | 3 |
| б) Дужина чекања | 1 | 2 | 3 |
| в) Недостатак личног времена | 1 | 2 | 3 |
| г) Удаљеност | 1 | 2 | 3 |

**14. Оцените oценом од 1 до 5 (где 1 значи веома лоше, а 5 одлично) ваше орално здравље:**

|  |
| --- |
| **Оцена** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**15. Узимајући у обзир све наведено, на скали од 1 до 5 (где је 1 – веома незадовољан, а 5 – веома задовољан) оцените ваше укупно задовољство лечењем у овој стоматолошкој служби**

|  |
| --- |
| **Оцена укупног задовољства** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Овде можете уписати ваше примедбе/похвале на рад, као и предлоге за унапређење квалитета рада у стоматолошкој служби:

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

ХВАЛА НА САРАДЊИ И УЧЕШЋУ У АНКЕТИ!