



План мероприятий

по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг в 2021 году
 ГБУЗ «Городская больница г. Пласт»

(наименование организации, в отношении которой проводилась независимая оценка на 2022 год)

Недостатки выявленные в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией	Наименование мероприятия по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией	Плановый срок реализации мероприятия	Ответственный исполнитель (с указанием фамилии, имени, отчества и должности)	Сведения о ходе реализации мероприятия (заполняется на www.bus.gov.ru)	
				Реализованные меры по устранению выявленных недостатков	Фактический срок реализации
I. Открытость и доступность информации об организации					
II.					
II. Комфортность условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинской услуги					
Приобрести сменные кресла-коляски	В январе-феврале приобретено кресло-коляска	До 01.03.2022	Тешлякова Е.В.	реализовано	
Расширение дверных проемов, установка поручней	Включено в проектно-сметную документацию на капитальный ремонт в 2023-2024г.		Федоров А.Б.		
III. Доступность услуг для инвалидов					
Организовать выделенные стоянки для автотранспортных средств инвалидов	В 2022 году планируем организовать стоянки для автотранспортных средств инвалидов	До 01.06.2022	Федоров А.Б.		
Оборудовать санитарно-гигиенические помещения для инвалидов	Включено в проектно-сметную документацию на капитальный ремонт в 2023-2024г.		Федоров А.Б.		
IV. Доброжелательность, вежливость работников медицинской организации					
V. Удовлетворенность условиями оказания услуг					

<p>Обеспечить возможность предоставления инвалидам по слуху(слуху и зрению) услуг сурдопереводчика (тифлосурдопереводчика)</p>	<p>В 2022 году заключаем договор с обществом инвалидов г. Пласт для предоставления инвалидам по слуху(слуху и зрению) услуг сурдопереводчика (тифлосурдопереводчика)</p>	<p>До 01.05.2022г.</p>	<p>Гефенигор О.А.</p>		
---	---	------------------------	-----------------------	--	--

Подпись



ФИО руководителя медицинской организации