Анкета.

Уважаемый пациент стационара!

Территориальный фонд ОМС изучает мнение населения о качестве и доступностимедицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования и просит Вас принять в нем участие. Это займет у Вас не более 3 минут.Любое Ваше мнение очень важно для нас. Все данные, полученные в результатеэтого исследования, будут использоваться только в обобщенном виде. Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросысодержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболеесоответствует Вашему мнению.Отметьте его, обведя кружочком стоящую рядом цифру.

**1. Каким образом вы были госпитализированы в стационар? (один ответ)**

1. В плановом порядке (по направлению поликлиники)

2. В срочном порядке (бригадой "скорой помощи")

3. Пришел(ла) сам(а)

98. Другое (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.Сколько времени вы ожидали места в стационаре? (один ответ)**

1. Сутки

2. До 1 недели

3. До 2-х недель

4. До 3-х недель

5. Месяц и более

**3**. **В каком отделении стационара вы проходите лечение?**(напишите)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.Как часто вы лечились в стационаре за последний год? (один ответ)**

1. 1 раз

2. 2 раза

3. 3 раза

4. Более 3 раз

**5**. **Насколько вы удовлетворены качеством медицинской помощи, получаемой в стационаре? (один ответ)**

1. Удовлетворен(а)

2. Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)

3. Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)

4. Не удовлетворен(а)

99. Затрудняюсь ответить

**6. Как вы считаете, учитывал ли лечащий врач ваше мнение, назначая лечение? (один ответ)**

1. Да

2. Нет

99. Затрудняюсь ответить

**7.Если у вас возникали вопросы по поводу назначенных вам медицинских препаратов, процедур, анализов, обследований, всегда ли лечащий врач разъяснял необходимость назначений? (один ответ)**

1. Да, всегда

2. Чаще да, чем нет

3. Чаще нет, чем да

4. Нет

99. Затрудняюсь ответить

**8. За время нахождения в стационаре осматривал ли Вас заведующий отделением?(один ответ)**

1. Да

2. Нет

**9. Оцените уровень вашей удовлетворенности следующими характеристиками работы дневного стационара: (один ответ по каждой строке)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Удовлетворен(а) | Скорее удовлетворен(а), чем нет | Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а) | Не удовлетворен(а) | Затрудняюсь ответить |
| 1 | Техническим состоянием, ремонтом помещений, площадью помещений | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 2 | Комфортностью больничной палаты и мест пребывания пациентов | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 3 | Количеством пациентов, размещаемых в палате | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 4 | Чистотой, санитарно-гигиеническими условиями | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 5 | Комплексом предоставляемых медицинских услуг | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 6 | Питанием | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 7 | Оснащенностью современным мед.оборудованием | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 8 | Обеспеченностью медикаментами и расходными материалами | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 9 | Сроками ожидания плановой госпитализации | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 10 | Длительностью ожидания осмотра в приемном отделении | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 11 | Обеспеченностью врачами | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 12 | Обеспеченностью средним и младшим медперсоналом | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 13 | Квалификацией врачей | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 14 | Отношением врачей к пациентам | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 15 | Отношением медсестер к пациентам | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 16 | Частотой проведения врачебных обходов | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 17 | Работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и т.д.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 18 | Результатами лечения, обследования | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |
| 19 | Работой лечащего врача | 1 | 2 | 3 | 4 | 99 |

**10. Приходилось ли вам лично (для себя) за последние 3 месяца обращаться к услугам скорой медицинской помощи? (один ответ)**

1. Да

2. Нет к [вопросу 1](#Par1105)2

**11. Насколько вы удовлетворены качеством оказанной вам скорой медицинской помощи? (один ответ)**

1. Удовлетворен(а)

2. Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)

3. Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)

4. Не удовлетворен(а)

99. Затрудняюсь ответить

**12. Знаете ли вы свои права как застрахованного в системе обязательного медицинского страхования? (один ответ)**

1. Да

2. Не в полной мере

3. Нет

**13. Из каких источников вы узнали о своих правах?** (возможно нескольковариантов ответа)

1. От медицинских работников

2. От сотрудников страховой компании

3. От сотрудников Фонда ОМС

4. От знакомых/родственников

5. Из средств массовой информации

6. Из информации для населения в медицинских организациях (стенды, брошюры,листовки)

7. Из сети Интернет

8. Я не знаю своих прав

9. Из других источников (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Затрудняюсь ответить

**14. Знаете ли вы, что в системе обязательного медицинского страхования вы имеете право на: (один ответ по каждой строке)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Знаю | Что-то слышал | Не знаю | Затрудняюсь ответить |
| 1 | Выбор медицинской организации | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 2 | Выбор страховок компании | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 3 | Выбор врача (с учетом его согласия) | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 4 | Получение полной информации о состоянии собственного здоровья | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 5 | Сохранение в тайне информации о состоянии своего здоровья, факте обращения за медицинской помощью | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 6 | Отказ от медицинского вмешательства | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 7 | Получение бесплатных лекарств при обращении за скорой и стационарной помощью | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 8 | Получение бесплатной мед.помощи как в поликлинике, так и на дому | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 9 | Получение бесплатной восстановительной помощи и реабилитации | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 10 | Получение бесплатной мед.помощи за пределами региона, в котором Вы проживаете | 1 | 2 | 3 | 99 |
| 11 | Защиту своих прав в случае их нарушения | 1 | 2 | 3 | 99 |

**15. Если вы считаете, что ваши права в системе ОМС нарушены, куда вы предпочитаете обратиться за помощью? (возможно несколько вариантов ответа)**

1. Администрация медицинской организации

2. Страховая компания, выдавшая полис ОМС

3. Фонд обязательного медицинского страхования

4. Органы управления здравоохранением

5. Гражданский суд

6. Другое (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Затрудняюсь ответить

**16. Пользовались ли вы правом выбора/смены лечащего врача? (один ответ)**

1. Да к [вопросу 1](#Par1222)8

2. Хотел(а), но не смог(ла) к [вопросу 1](#Par1214)7

3. Нет, не было необходимости к [вопросу](#Par1232) 19

4. Нет, не знал(а), что это возможно

**17. Что вам помешало сменить врача? (возможно несколько вариантов ответа)**

1. Не знал(а), куда обратиться

2. Решил(а), что пытаться бесполезно

3. Побоялся(лась) огласки

4. Не хотел(а) портить отношения с врачом

5. Мне отказали (напишите причину) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Другое (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(для ответивших на вопрос 18 - перейти к** [**вопросу 20**](#Par1232)**)**

**18. Почему вы сменили врача? (возможно несколько вариантов ответа)**

1. Врачом оказана некачественная медицинская помощь

2. Врачом разглашена конфиденциальная информация о состоянии здоровья

3. Врачом не были назначены необходимые диагностические процедуры

4. Врачом не было назначено необходимое лечение

5. Врач не дал направление на обследование в другую медицинскую организацию

6. Врач пытался получить деньги за те услуги, которые должны быть оказаныбесплатно

7. Врач вел себя грубо, безразлично, невежливо

98. Другое (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**19. Пользовались ли вы правом выбора/смены медицинской организации? (один ответ)**

1. Да к [вопросу 2](#Par1246)1

2. Хотел(а), но не смог(ла) к [вопросу 2](#Par1239)0

3. Нет, не было необходимости к [вопросу 2](#Par1255)2

4. Нет, не знал(а), что это возможно

**20.Что вам помешало поменять медицинскую организацию? (возможно несколько вариантов ответа)**

1. Не знал(а), куда обратиться

2. Решил(а), что пытаться бесполезно

3. Мне отказали (напишите причину) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

98. Другое (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(для ответивших на вопрос 20 - перейти к** [**вопросу 2**](#Par1255)**2)**

**21. Почему вы поменяли медицинскую организацию? (возможно несколько вариантов ответа)**

1. В связи с переездом на новое место жительства

2. Из-за неудобного режима работы

3. Из-за плохих санитарно-гигиенических условий

4. В связи с недостаточным спектром медицинских услуг (анализы, УЗИ,ФЛГ, рентген и т.п.)

5. Из-за недостаточно квалифицированного медицинского персонала

98. Другое (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**22. Пациент, застрахованный по ОМС, имеет право получать бесплатную медицинскую помощь на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства. Приходилось ли вам пользоваться этим правом? (один ответ)**

1.Да, я получал(а) бесплатную медицинскую помощь на других территориях РФпо полису ОМС к [вопросу 2](#Par1269)4

2.Пытался(лась), но мне было отказано в бесплатной медицинской помощи надругой территории РФ

3. Нет, не приходилось к [вопросу 2](#Par1269)4

**23. Почему вам отказали? (возможно несколько вариантов ответа)**

1. В медицинской организации, в которой я хотел(а) лечиться, слишком многоприкрепленного населения

2. Из-за отсутствия местной регистрации

98. Другое (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**24. При последнем лечении/обследовании в стационаре приходилось ли вам использовать личные денежные средства на? (один ответ по каждой строке)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Да, часто | Да, иногда | Нет, не приходилось | Приходилось, с заключением договора о платном медицинском обслуживании |
| 1 | Приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Диагностическое обследование | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Услуги медсестер, санитарок | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Медицинские манипуляции/операции, включая услуги родовспоможения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 98 | Другое (напишите) | 1 | 2 | 3 | 4 |

**25. Какую сумму вы потратили**? (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**26. Случалось ли вам когда-нибудь благодарить медицинских работников замедицинскую помощь?** (один ответ)

1. Да, это происходит довольно часто

2. Да, иногда случается

3. Нет, никогда не приходилось к [вопросу 39](#Par870)

**27. Кто выступал инициатором такой "благодарности"?**

1. Я сам(а)

2. Медицинский работник

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе:

**28. Ваш пол**:

1. Мужской

2. Женский

**29. Ваш возраст**:|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| лет

**30. Ваше образование:**

1. Неполное среднее

2. Среднее

3. Среднее специальное

4. Неполное высшее

5. Высшее, в т.ч. ученая степень

**31. Ваше социальное положение:**

1. Предприниматель

2. Руководитель

3. Служащий

4. ИТР, специалист

5. Научный работник, преподаватель, учитель

6. Рабочий

7. Пенсионер

8. Домохозяйка

9. Учащийся

10. Безработный

98. Другое (напишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**32. Каков среднемесячный доход вашей семьи на одного человека?**

1. Менее 10000 рублей

2. 10 - 15000 рублей

3. 15 - 20000 рублей

4. 20 - 25000 рублей

5. 25 - 30000 рублей

6. Свыше 30000 рублей

99. Затрудняюсь ответить

Благодарим Вас за участие в опросе!