

ИНСТРУМЕНТАРИЙ (АНКЕТЫ) ПЕРВОГО УРОВНЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПРОСА (АНКЕТИРОВАНИЯ)

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПОЛИКЛИНИКИ (1)

Здравствуйтесь!

Территориальный фонд ОМС Владимирской области (СМО) изучает мнение населения о качестве и доступности медицинской 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 результате этого исследования, будут использоваться только в обобщенном виде.

Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросы содержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболее соответствует Вашему мнению.

Отметьте его, обведя кружочком стоящую рядом цифру.

1. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ КАЧЕСТВОМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОЛУЧАЕМОЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ?

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

2. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ ВАШЕЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЛЕДУЮЩИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ:

		Удовлетворен(а)	Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)	Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)	Не удовлетворен(а)	Затрудн. ответить
1	Техническим состоянием, ремонтом помещений	1	2	3	4	99
2	Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	99
3	Организацией записи на прием к врачу	1	2	3	4	99
4	Временем ожидания приема врача	1	2	3	4	99
5	Сроками ожидания медицинских услуг после записи	1	2	3	4	99
6	Доступностью необходимых лабораторных исследований/анализов	1	2	3	4	99
7	Доступностью диагностических	1	2	3	4	99

	исследований (ЭКГ, УЗИ и т.д.)					
8	Доступностью мед. помощи терапевтов	1	2	3	4	99
9	Доступностью мед. помощи врачей-специалистов	1	2	3	4	99
10	Работой врачей в поликлинике	1	2	3	4	99

3. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ЛИЧНО (ДЛЯ СЕБЯ) ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА ОБРАЩАТЬСЯ К УСЛУГАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

1. Да
2. Нет -> **К ВОПРОСУ 5**

4. НА СКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕНЫ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАННОЙ ВАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

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

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе:

5. ВАШ ПОЛ:

1. Мужской
2. Женский

6. ВАШ ВОЗРАСТ:

| _____ | лет

Благодарим Вас за участие в опросе!

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА (1)

Здравствуйте!

Территориальный фонд ОМС Владимирской области (СМО) изучает мнение населения о качестве и доступности медицинской 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 результате этого исследования, будут использоваться только в обобщенном виде.

Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросы содержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболее соответствует Вашему мнению.

Отметьте его, обведя кружочком стоящую рядом цифру.

1. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕНЫ КАЧЕСТВОМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОЛУЧАЕМОЙ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ?

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

2. 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 мест пребывания пациентов	1	2	3	4	99
3	Комплексом предоставляемых медицинских услуг	1	2	3	1	99
4	Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	99
5	Обеспеченностью медикаментами и расходными материалами	1	2	3	4	99
6	Работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и т.д.)	1	2	3	4	99
7	Работой лечащего врача	1	2	3	4	99

3. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ЛИЧНО (ДЛЯ СЕБЯ) ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА ОБРАЩАТЬСЯ К УСЛУГАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

1. Да
2. Нет -> **К ВОПРОСУ 5**

4. НА СКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАННОЙ ВАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

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

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе:

5. ВАШ ПОЛ:

1. Мужской
2. Женский

6. ВАШ ВОЗРАСТ:

| _____ | лет

 Благодарим Вас за участие в опросе!

АНКЕТА ПАЦИЕНТА СТАЦИОНАРА (1)

Здравствуйтесь!

Территориальный фонд ОМС Владимирской области (СМО) изучает мнение населения о качестве и доступности медицинской 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 результате

этого исследования, будут использоваться только в обобщенном виде. Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросы содержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболее соответствует Вашему мнению. Отметьте его, обведя кружочком стоящую рядом цифру.

1. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ КАЧЕСТВОМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОЛУЧАЕМОЙ В СТАЦИОНАРЕ?

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

2. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ ВАШЕЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЛЕДУЮЩИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА:

		Удовлетворен(а)	Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)	Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)	Не удовлетворен(а)	Затрудн. 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	Питанием	1	2	3	4	99
4	Оснащенностью современным мед. оборудованием	1	2	3	4	99
5	Обеспеченностью медикаментами и расходными материалами	1	2	3	4	99
6	Сроками ожидания плановой госпитализации	1	2	3	4	99
7	Работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и т.д.)	1	2	3	4	99
8	Работой лечащего врача	1	2	3	4	99

3. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ЛИЧНО (ДЛЯ СЕБЯ) ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА ОБРАЩАТЬСЯ К УСЛУГАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

1. Да
2. Нет -> **К ВОПРОСУ 5**

4. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАННОЙ ВАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

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

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе:

5. ВАШ ПОЛ:

1. Мужской
2. Женский

6. ВАШ ВОЗРАСТ:

| _____ | лет

Благодарим Вас за участие в опросе!

**ИНСТРУМЕНТАРИЙ (АНКЕТЫ) ВТОРОГО УРОВНЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПРОСА (АНКЕТИРОВАНИЯ)
АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПОЛИКЛИНИКИ (2)**

Здравствуйтесь!

Территориальный фонд ОМС Владимирской области (СМО) изучает мнение населения о качестве и доступности медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования и просит Вас принять в нем участие. Это займет у Вас не более 10 минут. Любое Ваше мнение очень важно для нас. Все данные, полученные в результате этого исследования, будут использоваться только в обобщенном виде. Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросы содержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболее соответствует Вашему мнению.

Отметьте его, обведя кружочком стоящую рядом цифру.

1. КАК ЧАСТО ВЫ ПОСЕЩАЕТЕ ПОЛИКЛИНИКУ? (один ответ)

1. 1 раз в несколько лет
2. 1 - 2 раза в год
3. В среднем раз в месяц
4. 2 - 4 раза в месяц
5. 2 - 3 раза в неделю или чаще

2. ПОЧЕМУ ВЫ ПОСЕЩАЕТЕ ИМЕННО ЭТУ ПОЛИКЛИНИКУ? (возможно несколько вариантов ответа)

1. Близко расположена к дому
2. Здесь чисто и уютно, приятно находиться
3. Здесь работают хорошие специалисты
4. Большой спектр медицинских услуг
5. Я прикреплен(а) к этой поликлинике, наблюдался(лась) здесь ранее
98. Другое (напишите) _____

3. ПРЕДСТАВЬТЕ, ЧТО ВАМ ПРЕДЛОЖИЛИ ПОМЕНИТЬ ПОЛИКЛИНИКУ. ВЫ БЫ СДЕЛАЛИ ЭТО? (один ответ)

1. Да
2. Нет
99. Затрудняюсь ответить

4. ПРЕДСТАВЬТЕ, ЧТО ВЫ НЕ ПРИКРЕПЛЕННЫ НИ К ОДНОЙ ИЗ ПОЛИКЛИНИК. ВЫ БЫ ВЫБРАЛИ ВАШУ ПОЛИКЛИНИКУ? (один ответ)

1. Да
2. Нет
99. Затрудняюсь ответить

5. УДОБЕН ЛИ ДЛЯ ВАС ГРАФИК РАБОТЫ ВРАЧЕЙ И СЛУЖБ ПОЛИКЛИНИКИ? (один ответ)

1. Да, полностью удобен
2. По большей части удобен
3. Скорее не удобен
4. Совершенно не удобен

**6. КАКИМ ОБРАЗОМ В ВАШЕЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МОЖНО ВЗЯТЬ ТАЛОН/ЗАПИСАТЬСЯ НА ПРИЕМ
К: (возможно несколько ответов по каждой строке)**

		В регистра- туре	По телефону	Через Интернет (портал госуслуг)	Через информационны е терминалы в поликлинике	98 Другое (напишите)
1	К участковому терапевту	1	2	3	4	-
2	К узкому специалисту	1	2	3	4	

7. МОЖНО ЛИ В ВАШЕЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПОЛУЧИТЬ ПО ТЕЛЕФОНУ СПРАВОЧНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ, РАБОТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ И Т.Д. (один ответ)

1. Да
2. Нет
99. Затрудняюсь ответить

8. ВСЕГДА ЛИ В СВОЕЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ВЫ МОЖЕТЕ СВОЕВРЕМЕННО ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ: (один ответ по каждой строке)

		Да	Нет
1	Участкового терапевта	1	2
2	Врача-специалиста	1	2

9. ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ПОСЕЩЕНИИ ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ ЗАПИСИ ВЫ СМОГЛИ ПОПАСТЬ НА ПРИЕМ К: (одни ответ по каждой строке)

		В тот же день	На следующий день	В течение 2 - 7 дней	Более чем через неделю
1	К участковому терапевту	1	2	3	4
2	К врачу-специалисту	1	2	3	4 (напишите, к какому специалисту)

10. ВОЗНИКАЛИ ЛИ У ВАС ПРОБЛЕМЫ С ВЫЗОВОМ ВРАЧА НА ДОМ? (один ответ)

1. Да
2. Нет
3. Мне не приходилось вызывать врача на дом

11. СКОЛЬКО В СРЕДНЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ОЖИДАТЬ ПРИЕМА ВРАЧА В ОЧЕРЕДИ ПЕРЕД КАБИНЕТОМ? (одни ответ)

1. До 5 минут
2. 10 - 15 минут
3. 15 - 30 минут
4. Более 30 минут
5. Более 1 часа

12. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕНЫ КАЧЕСТВОМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОЛУЧАЕМОЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ? (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

13. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ СТАЛКИВАТЬСЯ С ПРОБЛЕМАМИ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ НАПРАВЛЕНИЯ В ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ? (один ответ)

- 1. Да
- 2. Нет
- 3. Мне не приходилось получать подобное направление

14. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ДОСТАТОЧНО ЛИ ВНИМАНИЯ УДЕЛЯЮТ ВРАЧИ ВАШЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ? (один ответ)

- 1. Да
- 2. Нет
- 99. Затрудняюсь, ответить

15. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ПРОХОДИТЬ В СВОЕЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ? (один ответ)

- 1. Да
- 2. Нет -> **К ВОПРОСУ 18**

16. КОГДА ВЫ ПРОХОДИЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ? (напишите)

17. ЧТО ВЫ МОЖЕТЕ СКАЗАТЬ О СВОЕМ ПОСЛЕДНЕМ ОПЫТЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ? (один ответ)

- 1. Диспансеризацию прошел(ла) быстро, т.к. все было хорошо организовано
- 2. Диспансеризацию прошел(ла) быстро, т.к. врачи были недостаточно внимательны и относились ко всему формально
- 3. Диспансеризация заняла много времени, т.к. приходилось подолгу ждать приема врачей
- 98. Другое (напишите) _____

18. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, УЧИТЫВАЮТ ЛИ ВРАЧИ ВАШЕ МНЕНИЕ, НАЗНАЧАЯ ВАМ ЛЕЧЕНИЕ? (один ответ)

- 1. Да
- 2. Нет
- 99. Затрудняюсь ответить

19. ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКАЮТ ВОПРОСЫ ПО ПОВОДУ НАЗНАЧЕННЫХ ВАМ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ПРОЦЕДУР, АНАЛИЗОВ, ОБСЛЕДОВАНИЙ И Т.П., ВСЕГДА ЛИ ВРАЧИ РАЗЪЯСНЯЮТ НЕОБХОДИМОСТЬ НАЗНАЧЕНИЙ? (один ответ)

- 1. Да, всегда
- 2. Чаще да, чем нет
- 3. Чаще нет, чем да
- 4. Нет
- 99. Затрудняюсь ответить

20. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ ВАШЕЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЛЕДУЮЩИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ: (один ответ по каждой строке)

	Удовлетворен(а)	Скорее удовлетворен(а), чем нет	Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)	Не удовлетворен(а)	Затрудн. ответить

1	Техническим состоянием, ремонтом помещений	1	2	3	4	99
2	Организацией мест ожидания приема перед кабинетами	1	2	3	4	99
3	Чистотой, санитарно-гигиеническими условиями	1	2	3	4	99
4	Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	99
5	Организацией работы регистратуры	1	2	3	4	99
6	Организацией записи на прием к врачу	1	2	3	4	99
7	Временем ожидания приема врача (перед кабинетом)	1	2	3	4	99
8	Сроками ожидания медицинских услуг после записи	1	2	3	4	99
9	Доступностью необходимых лабораторных исследований/анализов	1	2	3	4	99
10	Доступностью диагностических исследований (ЭКГ, УЗИ и т.д.)	1	2	3	4	99
11	Доступностью мед. помощи терапевта	1	2	3	4	99
12	Доступностью мед. помощи врачей-специалистов	1	2	3	4	99
13	Квалификацией врачей	1	2	3	4	99
14	Отношением врачей и медсестер к пациентам	1	2	3	4	99
15	Работой врачей в поликлинике	1	2	3	4	99
16	Комплексом предоставляемых медицинских услуг	1	2	3	4	99
17	Результатами лечения, обследования, реабилитации	1	2	3	4	99

21. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ЛИЧНО (ДЛЯ СЕБЯ) ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА ОБРАЩАТЬСЯ К УСЛУГАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ? (один ответ)

1. Да
2. Нет -> **К ВОПРОСУ 23**

22. 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

23. ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ СВОИ ПРАВА КАК ЗАСТРАХОВАННОГО В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? (один ответ)

1. Да
2. Не в полной мере
3. Нет

24. ИЗ КАКИХ ИСТОЧНИКОВ ВЫ УЗНАЛИ О СВОИХ ПРАВАХ? (возможно несколько вариантов 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
98. Из других источников (напишите) _____
99. Затрудняюсь ответить

25. ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА: (один ответ по каждой строке)

		Знаю	Что-то слышал	Не знаю	Затрудн. ответить
1	Выбор медицинской организации	1	2	3	99
2	Выбор страховой 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 мед. 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	1	2	3	99

	региона, в котором Вы проживаете				
11	Защиту своих прав в случае их нарушения	1	2	3	99

26. 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
98. Другое (напишите) _____
99. Затрудняюсь ответить

27. ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ ПРАВОМ ВЫБОРА/СМЕНЫ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА? (один ответ)

1. Да -> **К ВОПРОСУ 29**
2. Хотел(а), но не смог(ла) -> **К ВОПРОСУ 28**
3. Нет, не было необходимости } -> **К ВОПРОСУ 30**
4. Нет, не знал(а), что это возможно } -> **К ВОПРОСУ 30**

28. ЧТО ВАМ ПОМЕШАЛО СПРОСИТЬ 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) _____
98. Другое (напишите) _____

(ДЛЯ ОТВЕТИВШИХ НА ВОПРОС 28 - ПЕРЕЙТИ **К ВОПРОСУ 30**)

29. 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 оказаны бесплатно
7. Врач вел себя грубо, безразлично, невежливо
98. Другое (напишите) _____

30. ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ ПРАВОМ ВЫБОРА/СМЕНЫ ПОЛИКЛИНИКИ? (один ответ)

1. Да -> **К ВОПРОСУ 32**
2. Хотел(а), но не смог(а) -> **К ВОПРОСУ 31**
3. Нет, не было необходимости } -> **К ВОПРОСУ 33**
4. Нет, не знал(а), что это возможно } -> **К ВОПРОСУ 33**

31. ЧТО ВАМ ПОМЕШАЛО ПОМЕНИТЬ ПОЛИКЛИНИКУ? (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 31 - ПЕРЕЙТИ **К ВОПРОСУ 33**)

32. ПОЧЕМУ ВЫ ПОМЕНИЛИ ПОЛИКЛИНИКУ? (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, флюорография, рентген и т.д.)
5. Из-за недостаточно квалифицированного медицинского персонала
98. Другое (напишите) _____

33. 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 РФ по полису ОМС -> К **ВОПРОСУ 35**
2. Пытался(лась), но мне было отказано в бесплатной медицинской помощи на другой территории РФ
3. Нет, не приходилось -> К **ВОПРОСУ 35**

34. ПОЧЕМУ ВАМ ОТКАЗАЛИ? (один ответ)

1. В медицинской организации, которой я хотел(а) лечиться, слишком много прикрепленного населения
2. Из-за отсутствия местной регистрации
98. Другое (напишите) _____

35. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЛИЧНЫЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ? (один ответ)

1. Не приходилось -> К **ВОПРОСУ 37**
2. Иногда, с заключением договора на оказание платных медицинских услуг
3. Иногда, но без договора на оказание платных медицинских услуг
4. Очень часто, с заключением договора на оказание платных медицинских услуг
5. Очень часто, но без договора на оказание платных медицинских услуг

36. КАКУЮ СУММУ ВЫ ПОТРАТИЛИ? (напишите) _____

37. СЛУЧАЛОСЬ ЛИ ВАМ КОГДА-НИБУДЬ БЛАГОДАРИТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ? (один ответ)

1. Да, это происходит довольно часто
2. Да, иногда случается
3. Нет, никогда не приходилось -> К **ВОПРОСУ 39**

38. КТО ВЫСТУПАЛ ИНИЦИАТОРОМ ТАКОЙ "БЛАГОДАРНОСТИ"?

1. Я сам(а)
2. Медицинский работник

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе:

39. ВАШ ПОЛ:

1. Мужской
2. Женский

40. ВАШ ВОЗРАСТ:

| _____ | лет

41. ВАШЕ ОБРАЗОВАНИЕ:

1. Неполное среднее
2. Среднее
3. Среднее специальное
4. Неполное высшее
5. Высшее, в т.ч. ученая степень

42. 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) _____

43. 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!

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА (2)

Здравствуйтесь!

Территориальный фонд ОМС Владимирской области (СМО) изучает мнение населения о качестве и доступности медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования и просит Вас принять в нем участие. Это займет у Вас не более 10 минут. Любое Ваше мнение очень важно для нас. Все данные, полученные в результате этого исследования, будут использоваться только в обобщенном виде. Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросы содержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболее соответствует Вашему мнению.

Отметьте его, обведя кружочком стоящую рядом цифру.

1. ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ ВЫ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНЫ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР? (один ответ)

1. Лечение
2. Обследование
3. Реабилитация
98. Другое (напишите) _____

2. В КАКОМ ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ВЫ ПРОХОДИТЕ ЛЕЧЕНИЕ? (один ответ)

1. Терапевтическом
2. Гинекологическом
3. Хирургическом
4. Восстановительного лечения
98. Другое (напишите) _____

3. НА БАЗЕ КАКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НАХОДИТСЯ ВАШ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР? (один ответ)

1. Поликлиники
2. Стационара (больницы)
98. Другое (напишите) _____

4. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ВЫ ОЖИДАЛИ МЕСТА В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ? (один ответ)

1. Сутки
2. До 1 недели
3. До 2-х недель
4. До 3-х недель

5. Месяц и более

5. КАК ЧАСТО ВЫ ЛЕЧИЛИСЬ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД? (один ответ)

1. 1 раз
2. 2 раза
3. 3 раза
4. Более 3 раз

6. ЕСЛИ БЫ ВАМ ПРЕДЛОЖИЛИ ВЫБОР МЕЖДУ ЛЕЧЕНИЕМ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ В СТАЦИОНАР, ЧТО БЫ ВЫ ВЫБРАЛИ? (один ответ)

1. Лечение в дневном стационаре
2. Госпитализацию в стационар
99. Затрудняюсь ответить

7. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОЛУЧАЕМОЙ В ДНЕВНОМ 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

8. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, УЧИТЫВАЛ ЛИ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ВАШЕ МНЕНИЕ, НАЗНАЧАЯ ЛЕЧЕНИЕ? (один ответ)

1. Да
2. Нет
99. Затрудняюсь ответить

9. 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

10. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ ВАШЕЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СЛЕДУЮЩИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА: (один ответ по каждой строке)

		Удовле творен (а)	Скорее удовлет ворен(а) , чем нет	Скорее не удовлетвор ен(а), чем удовлетвор ен(а)	Не удовлетв орен(а)	Затрудня юсь ответить
1	Техническим состоянием, ремонтом помещений, площадью помещений	1	2	3	4	99
2	Комфортностью мест пребывания пациентов	1	2	3	4	99
3	Чистотой, санитарно-гигиеническими условиями	1	2	3	4	99
4	Комплексом предоставляемых	1	2	3	4	99

	медицинских услуг					
5	Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	99
6	Оснащенностью медикаментами и расходными материалами	1	2	3	4	99
7	Обеспеченностью врачами	1	2	3	4	99
8	Обеспеченностью средним и младшим медперсоналом	1	2	3	4	99
9	Квалификацией врачей	1	2	3	4	99
10	Отношением врачей к пациентам	1	2	3	4	99
11	Отношением медсестер к пациентам	1	2	3	4	99
12	Работой вспомогательных служб (лаборатория, рентген-кабинет, физиотерапевтический кабинет и т.д.)	1	2	3	4	99
13	Результатами лечения, обследования, реабилитации	1	2	3	4	99
14	Работой лечащего врача	1	2	3	4	99

11. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ЛИЧНО (ДЛЯ СЕБЯ) ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА ОБРАЩАТЬСЯ К УСЛУГАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ? (один ответ)

1. Да
2. Нет -> **К ВОПРОСУ 13**

12. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ 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

13. ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ СВОИ ПРАВА КАК ЗАСТРАХОВАННОГО В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? (один ответ)

1. Да
2. Не в полной мере
3. Нет

14. ИЗ КАКИХ ИСТОЧНИКОВ ВЫ УЗНАЛИ О СВОИХ ПРАВАХ? (возможно несколько вариантов 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

98. Из других источников (напишите) _____

99. Затрудняюсь ответить

15. 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 страховой 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

16. 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

17. ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ ПРАВОМ ВЫБОРА/СМЕНЫ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА? (один ответ)

1. Да -> **К ВОПРОСУ 19**
2. Хотел(а), но не смог(ла) -> **К ВОПРОСУ 18**
3. Нет, не было необходимости } -> **К ВОПРОСУ 20**
4. Нет, не знал(а), что это возможно } -> **К ВОПРОСУ 20**

18. 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) _____
98. Другое (напишите) _____

(ДЛЯ ОТВЕТИВШИХ НА ВОПРОС 18 - ПЕРЕЙТИ К **ВОПРОСУ 20**)

19. 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 оказаны бесплатно
7. Врач вел себя грубо, безразлично, невежливо
98. Другое (напишите) _____

20. ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ ПРАВОМ ВЫБОРА/СМЕНЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ? (один ответ)

1. Да -> К **ВОПРОСУ 22**
2. Хотел(а), но не смог(ла) -> К **ВОПРОСУ 21**
3. Нет, не было необходимости }
4. Нет, не знал(а), что это возможно } -> К **ВОПРОСУ 23**

21. ЧТО ВАМ ПОМЕШАЛО ПОМЕНИТЬ 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 21 - ПЕРЕЙТИ К **ВОПРОСУ 23**)

22. ПОЧЕМУ ВЫ ПОМЕНИЛИ 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, флюорография, рентген и т.п.)
5. Из-за недостаточно квалифицированного медицинского персонала
98. Другое (напишите) _____

23. 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 РФ по полису ОМС -> К **ВОПРОСУ 25**
2. Пытался(лась), но мне было отказано в бесплатной медицинской помощи на другой территории РФ
3. Нет, не приходилось -> К **ВОПРОСУ 25**

24. ПОЧЕМУ ВАМ ОТКАЗАЛИ? (возможно несколько вариантов ответа)

1. В медицинской организации, в которой я хотел(а) лечиться, слишком много прикрепленного населения
2. Из-за отсутствия местной регистрации
98. Другое (напишите) _____

25. ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ЛЕЧЕНИИ/ОБСЛЕДОВАНИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЛИЧНЫЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА НА? (один ответ по каждой строке)

		Да, часто	Да, иногда	Нет, не приходил ось	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	1	2	3	4
5	Другое (напишите)	1	2	3	4

26. КАКУЮ СУММУ ВЫ ПОТРАТИЛИ? (напишите) _____

27. СЛУЧАЛОСЬ ЛИ ВАМ КОГДА-НИБУДЬ БЛАГОДАРИТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ? (один ответ)

1. Да, это происходит довольно часто
2. Да, иногда случается
3. Нет, никогда не приходилось -> К ВОПРОСУ 29

28. КТО ВЫСТУПАЛ ИНИЦИАТОРОМ ТАКОЙ "БЛАГОДАРНОСТИ"?

1. Я сам(а)
2. Медицинский работник

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе:

29. ВАШ ПОЛ:

1. Мужской
2. Женский

30. ВАШ ВОЗРАСТ:

| _____ | лет

31. ВАШЕ ОБРАЗОВАНИЕ:

1. Неполное среднее
2. Среднее
3. Среднее специальное
4. Неполное высшее
5. Высшее, в т.ч. ученая степень

32. 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) _____

33. 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!

АНКЕТА ПАЦИЕНТА СТАЦИОНАРА (2)

Здравствуйтесь!

Территориальный фонд ОМС Владимирской области (СМО) изучает мнение населения о качестве и доступности медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования и просит Вас принять в нем участие. Это займет у Вас не более 10 минут. Любое Ваше мнение очень важно для нас. Все данные, полученные в результате этого исследования, будут использоваться только в обобщенном виде. Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросы содержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболее соответствует 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 ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР? (один ответ)

1. Сутки
2. До 1 недели
3. До 2-х недель
4. До 3-х недель
5. Месяц и более
6. Был(а) госпитализирован(а) в срочном порядке
3. В КАКОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА ВЫ ПРОХОДИТЕ ЛЕЧЕНИЕ? (напишите)

4. КАК ЧАСТО ВЫ ЛЕЧИЛИСЬ К СТАЦИОНАРЕ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД? (один ответ)

1. 1 раз
2. 2 раза
3. 3 раза
4. Более 3 раз

5. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ КАЧЕСТВОМ БЕСПЛАТНОЙ 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
3. Затрудняюсь ответить

7. ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКАЛИ ВОПРОСЫ ПО ПОВОДУ НАЗНАЧЕННЫХ ВАМ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ПРОЦЕДУР, АНАЛИЗОВ, ОБСЛЕДОВАНИЙ И Т.П., ВСЕГДА ЛИ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЛ НЕОБХОДИМОСТЬ НАЗНАЧЕНИЙ? (один ответ)

1. Да, всегда
2. Чаше да, чем нет
3. Чаше 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 СТАЦИОНАРА: (один ответ по каждой строке)

		Удовле творен (а)	Скорее удовлетво рен(а), чем нет	Скорее не удовлетвор ен(а), чем удовлетвор ен(а)	Не удовлет ворен(а)	Затрудн яюсь 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	1	2	3	4	99

	госпитализации					
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 12**

11. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ 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 несколько вариантов 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 18**
2. Хотел(а), но не смог(ла) -> **К ВОПРОСУ 17**
3. Нет, не было необходимости }
4. Нет, не знал(а), что это возможно } -> **К ВОПРОСУ 19**

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 17 - **ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 19**)

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 оказаны бесплатно
7. Врач вел себя грубо, безразлично, невежливо
8. Другое (напишите) _____

19. ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ ПРАВОМ ВЫБОРА/СМЕНЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ? (один ответ)

1. Да -> **К ВОПРОСУ 21**
2. Хотел(а), но не смог(ла) -> **К ВОПРОСУ 20**
3. Нет, не было необходимости }
4. Нет, не знал(а), что это возможно } -> **К ВОПРОСУ 22**

20. ЧТО ВАМ ПОМЕШАЛО ПОМЕНИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ? (возможно несколько вариантов ответа)

1. Не знал(а), куда обратиться
2. Решил(а) что пытаться бесполезно
3. Мне отказали (напишите причину) _____
4. Другое (напишите) _____

(ДЛЯ ОТВЕТИВШИХ НА ВОПРОС 20 - **ПЕРЕЙТИ К ВОПРОСУ 22**)

21. ПОЧЕМУ ВЫ ПОМЕНИЛИ 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, флюорография, рентген и т.п.)
5. Из-за недостаточно квалифицированного медицинского персонала
6. 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 РФ по полису ОМС -> **К ВОПРОСУ 24**
2. Пытался(лась), но мне было отказано в бесплатной медицинской помощи на другой территории РФ
3. Нет, не приходилось -> **К ВОПРОСУ 24**

23. ПОЧЕМУ ВАМ ОТКАЗАЛИ? (возможно несколько вариантов ответа)

1. В медицинской организации, в которой я хотел(а) лечиться, слишком много прикрепленного населения
2. Из-за отсутствия местной регистрации
98. Другое (напишите) _____

24. ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ЛЕЧЕНИИ/ОБСЛЕДОВАНИИ В ДНЕВНОМ 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 В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ? (один ответ)

1. Да, это происходит довольно часто
2. Да, иногда случается
3. Нет, никогда не приходилось -> **К ВОПРОСУ 28**

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. ВАШ 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!

План проведения анкетирования в 20__ году

№ п.п.	Наименование МО	Вид медицинской помощи		
		Амбулаторно-поликлиническая (количество пролеченных пациентов)	Стационарная (количество пролеченных пациентов)	Стационарозамещающая (количество пролеченных пациентов)
		1 квартал		
1.				
2.				
...				
		2 квартал		
1.				
2.				
...				
		3 квартал		
1.				
2.				
...				
		4 квартал		
1.				
2.				
...				

Директор межрайонного филиала
ТФОМС Владимирской области
Дата

Ф.И.О.

ФОРМА, ЗАПОЛНЯЕМАЯ ИНТЕРВЬЮЕРОМ <1>

1.	ИНТЕРВЬЮЕР (или ответственный за раздачу анкеты)	Ф.И.О. _____
2.	РЕСПОНДЕНТ <2>	ИМЯ _____
3.	Контактный ТЕЛЕФОН респондента	Укажите, пожалуйста, любой контактный телефон, исключительно в целях выборочной проверки работы интервьюеров ТЕЛ.: _____
4.	РЕГИОН (субъект федерации)	_____
5.	Муниципальный район/городской округ	_____

<1> Пункты 2 и 3 формы заполняются в случае, когда по его желанию респондент указывает свои данные и контактный телефон для осуществления проверки работы интервьюеров.

<2> Респондент, указавший свое имя и контактный телефон, выражает этим свое согласие на обработку интервьюером своих персональных данных (совершение любых действий с использованием средств автоматизации или без, в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение) в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.08.2006 152-ФЗ "О персональных данных".

