**АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**

"ЛЬГОТНОЕ/БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ"

Уважаемый житель региона!

Просим Вас принять участие в опросе пациентов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_области по вопросам доступности льготного/бесплатного лекарственного обеспечения.

Опрос проводится \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области с целью проведения общественного мониторинга ситуации в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваше участие очень важно для получения обратной связи о ситуации с льготными препаратами.

1. Укажите полное наименование поликлинической организации, в которой Вы получаете услуги по ОМС? \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Обращаясь в поликлинику, Вы реализуете свои права или права иного лица? \*

* Свои
* Ребенка
* Ребенка с инвалидностью
* Одного из членов своей семьи

3. Являетесь ли вы или член семьи, чьи права Вы реализуете, обращаясь в поликлинику, получателем льготного лекарственного обеспечения? \*

* Да
* Нет

4. Имеете ли Вы/ член семьи, чьи права вы реализуете, обращаясь в поликлинику, инвалидность? \*

* Да
* Нет

5. Имеете ли Вы или член семьи, чьи права вы реализуете, обращаясь в поликлинику, хронические заболевания \*

* Да
* Нет

6. Если да, то укажите пожалуйста какое заболевание?

* Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
* Новообразования, онкологические заболевания
* Болезни крови, кроветворных органов
* Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (сахарный диабет и др.)
* Психические расстройства и расстройства поведения
* Болезни нервной системы, неврологические заболевания
* Нарушения зрения, болезни глаза и его придаточного аппарата
* Нарушения слуха, болезни уха и сосцевидного отростка
* Болезни системы кровообращения (сердце, сосуды)
* Болезни органов дыхания
* Болезни органов пищеварения
* Болезни кожи и подкожной клетчатки
* Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
* Болезни мочеполовой системы
* Нарушения опорно-двигательного аппарата, дефекты конечностей, последствия травм
* Нарушения речи
* Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
* Орфанные заболевания
* Существенных нарушений здоровья не имею
* Другое \_

7. Есть ли в Вашей поликлинике аптечный пункт, где можно получить льготные лекарственные препараты? \*

* Да
* Нет
* Затрудняюсь ответить

8. Имеется ли на информационном стенде поликлиники маршрутизация (описание) порядка получения льготного лекарственного обеспечения? \*

* Да
* Нет
* Затрудняюсь ответить

9. Сталкивались ли Вы с отказом врача в оформлении рецепта на льготное лекарство? \*

* Да
* Нет
* Не помню

10. Если сталкивались с отказом, укажите, какие причины отказа были озвучены врачом?

* Препарата нет в аптеке
* Препарат не входит в перечень ЖНВЛП
* Рекомендации в выписке из стационара не подтверждены заключением ВК
* Рекомендации платного специалиста
* Вам это не закупят
* Это слишком дорогой препарат
* Я не имею права выписывать по торговому наименованию
* Это слишком дешевый препарат, нет времени оформлять можете сами купить
* Это не ко мне, это только через главного врача
* Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Сталкивались ли Вы с необходимостью постановки рецепта на отсроченное обслуживание? \*

* Да
* Нет
* Не помню

12. Если да, то укажите, как фиксируется отсроченное обслуживание рецепта в Вашем аптечном пункте в Вашей поликлинике?

* Печатный журнал
* Электронный журнал
* Проставляется отметка на самом рецепте
* Не фиксируется/все на словах
* Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Приходилось ли Вам обращаться к главному врачу поликлиники с жалобами на ненадлежащее обеспечение лекарственными препаратами? \*

* Да
* Нет

14. Если да, то удалось ли решить проблему путем обращения?

* Да
* нет

15. Были ли у Вас случаи нарушения сроков обеспечения льготными препаратами?\*

* Да
* Нет
* Не помню

16. Сталкивались ли Вы с ситуацией, когда вынуждены были прекратить или прервать прием назначенных лекарств из-за ненадлежащее обеспечение льготными лекарственными препаратами? \*

* Да
* Нет

17. Приходилось ли Вам приобретать лекарственные препараты за свой счет в связи с ненадлежащим лекарственным обеспечением как льготника? \*

* Да
* Нет

18. Укажите проблемы, с которыми Вы сталкивались в последние 6 месяцев при реализации права на льготное /бесплатное лекарственное обеспечение

* Врач отказывает в выписке рецепта ссылаясь на отсутствие препарат в аптеке
* Врач отказывает в выписке рецепта, поскольку он не включен в перечень ЖНВЛП
* Неправильно оформлен/выписан рецепт
* В аптеке не ставят рецепт на отсроченное обслуживание
* Провизор просит переоформить рецепт, потому что в наличии меньшее количество препарат чем указано в рецепте
* Аптека настаивает на переоформлении рецепта в связи с тем, что истек срок обеспечения, несмотря на то, что рецепт стоял на отсрочке
* В рецепте дозировка, которой нет в наличии
* Препарат выдали в недостаточном объеме (меньше чем необходимо/указано в рецепте)
* другое (опишите кратко ситуацию)
* Не сталкивался с проблемами

19. Сколько раз за последние 6 месяцев Вы столкнулись с ненадлежащим лекарственным обеспечением?

* 1
* 2
* 3
* 4
* 5
* Более 5

20. Обращались ли Вы с жалобами по вопросам лекарственного обеспечения в Министерство здравоохранения за последние 6 месяцев? \*

* Да
* нет

21. Если да, то удалось ли решить проблему, по которой обращались в Министерство здравоохранения, путем обращения?

* Да
* нет

22. Обращались ли Вы с жалобами по вопросам лекарственного обеспечения в территориальное отделение Росздравнадзора за последние 6 месяцев? \*

* Да
* Нет

23. Если да, то удалось ли решить проблему, по которой обращались в территориальное отделение Росздравнадзора, путем обращения?

* Да
* нет

24. Оцените по 10-ти бальной шкале уровень Вашей удовлетворенности от соблюдения порядка оформления рецептов на льготные лекарственные препараты в поликлинике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

25. Оцените по 10-ти бальной шкале уровень Вашей удовлетворенности порядком обслуживания рецептов на льготное лекарственное обеспечение в аптеке в поликлинике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спасибо за участие в опросе!

\* Обязательные вопросы