

BADANIE SATYSFAKCJI PACJENTA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)

Ankieta jest skierowana do Pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń POZ w ostatnich 12 miesiącach.

Narodowy Fundusz Zdrowia zaprasza Państwa do wypełniania anonimowej ankiety, która pomoże nam w monitorowaniu udzielonych świadczeń. Wszelkie Państwa sugestie oraz uwagi będą dla nas bardzo cenne i posłużą do opracowania rozwiązań usprawniających organizację udzielania świadczeń.

Wypełnienie ankiety zajmuje ok. 4 minut.

Ankieta składa się z 22 pytań zamkniętych oraz 1 pytania otwartego.

Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwą odpowiedź.

Pytania oznaczone gwiazdką * są obowiązkowe.

1. Płeć *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ kobieta

☐ mężczyzna

2. Wiek *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ do 25 lat

☐ 26 – 40 lat

☐ 41 – 60 lat

☐ powyżej 60 lat

3. Wykształcenie *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ podstawowe/niepełne podstawowe

☐ gimnazjalne

☐ zasadnicze zawodowe

☐ średnie (liceum, technikum)

☐ pomaturalne

☐ wyższe

4. Status *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ osoba ucząca się

☐ osoba pracująca

☐ osoba niepracująca

☐ osoba pobierająca zasiłek

☐ osoba na emeryturze, rencie

☐ inne

proszę wpisać

5. Miejsce zamieszkania *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ wieś

☐ miasto do 10 tys. mieszkańców

☐ miasto od 10 tys. – 50 tys. mieszkańców

☐ miasto od 50 tys. – 100 tys. mieszkańców

☐ miasto od 100 tys. – 500 tys. mieszkańców

☐ miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

6. Czy choruje Pani/Pan na chorobę przewlekłą? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ tak

☐ nie

7. Proszę podać województwo świadczeniodawcy, u którego korzysta Pani/Pan ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| ☐ dolnośląskie | ☐ kujawsko-pomorskie | ☐ lubelskie |
| ☐ lubuskie | ☐ łódzkie | ☐ małopolskie |
| ☐ mazowieckie | ☐ opolskie | ☐ podkarpackie |
| ☐ podlaskie | ☐ pomorskie | ☐ śląskie |
| ☐ świętokrzyskie | ☐ warmińsko-mazurskie | ☐ wielkopolskie |
| ☐ zachodniopomorskie | | |

8. Proszę podać nazwę i dane adresowe świadczeniodawcy, u którego korzysta Pani/Pan ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

pytanie nieobowiązkowe, możliwe jest częściowe wypełnienie

Proszę wpisać odpowiedź tutaj:

Nazwa	proszę wpisać
Miejscowość	proszę wpisać
Adres	proszę wpisać

9. Co jest dla Pani/Pana najważniejsze podczas korzystania ze świadczeń? *

Proszę wybrać 3 odpowiedzi:

- | | |
|---|---|
| ☐ uprzejmość i życzliwość osób zatrudnionych w rejestracji | ☐ umiejętność przekazywania informacji przez pracowników rejestracji |
| ☐ umiejętność przekazywania informacji przez personel medyczny | ☐ uprzejmość i życzliwość personelu medycznego |
| ☐ profesjonalizm personelu medycznego | ☐ czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia |
| ☐ warunki lokalowe | |
| ☐ inne: | |

proszę wpisać

10. Jak długo zazwyczaj oczekuje Pani/Pan na wizytę do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- ☐ 0 dni (przyjęcie w dniu zgłoszenia)
- ☐ 1 dzień
- ☐ 2 dni
- ☐ 3 dni
- ☐ 4 - 7 dni
- ☐ powyżej 8 dni, proszę podać ile

proszę wpisać

11. Proszę ocenić dostępność do rejestracji telefonicznej (łatwość dodzwonienia się) *

Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

	1	2	3	4	5	
ocena negatywna						ocena bardzo dobra

12. Czy placówka umożliwia rejestrację przez Internet? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- ☐ tak
☐ nie
☐ nie wiem

13. Proszę ocenić dostępność do badań (kierowanie na badania w ramach świadczeń gwarantowanych) zlecanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: *

Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

	1	2	3	4	5	
ocena negatywna						ocena bardzo dobra

14. Proszę ocenić dostępność do uzyskania skierowania do lekarza specjalisty (AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna): *

Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

	1	2	3	4	5	
ocena negatywna						ocena bardzo dobra

15. Czy honorowane są Pani/Pana szczególne uprawnienia Pacjenta – np. zasłużonego honorowego dawcy krwi, uprawnienia kombatanta? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- ☐ nie dotyczy
☐ tak
☐ raczej nie
☐ trudno określić
☐ raczej tak
☐ nie

16. Czy w sposób zrozumiały udzielano Pani/Panu informacji o stanie zdrowia? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- ☐ tak
☐ raczej nie
☐ trudno określić
☐ raczej tak
☐ nie
☐ nie udzielono informacji

17. Czy w sposób zrozumiały udzielano Pani/Panu informacji o trybie i sposobie leczenia? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

- ☐ tak
☐ raczej nie
☐ trudno określić
☐ raczej tak
☐ nie
☐ nie udzielono informacji

18.Czy w sposób zrozumiały udzielano Pani/Panu informacji o dalszym postępowaniu diagnostyczno-lecznicznym? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ tak

☐ raczej tak

☐ raczej nie

☐ nie

☐ trudno określić

☐ nie udzielono informacji

19.Czy w placówce dostępna jest informacja o prawach Pacjenta? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ tak

☐ nie

☐ nie wiem

20.Czy w placówce respektowane są prawa Pacjenta? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ tak

☐ raczej tak

☐ raczej nie

☐ nie

☐ nie znam praw Pacjenta

21.Czy w placówce dostępne są informacje o programach profilaktycznych? *

Proszę wybrać jedną odpowiedź z poniższych:

☐ tak

☐ nie

☐ trudno określić

22.Proszę ocenić poziom zadowolenia z udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ): *

Proszę wybrać jedną z ocen w skali 1 – 5 poprzez wpisanie X w odpowiednią kratkę:

	1	2	3	4	5	
ocena negatywna						ocena bardzo dobra

Planujemy cyklicznie przeprowadzać badanie satysfakcji Pacjenta, dlatego zachęcamy do wyrażenia ewentualnych uwag do niniejszej ankiety i wskazówek pomocnych w przygotowaniu kolejnych.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety