GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY, al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa *www.stat.gov.pl*

DS-50 I
OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH
Kwestionariusz indywidualny

Dział 1. CHARAKTERYSTYKA OSOBY, REALIZACJA WYWIADU

1. Symbol województwa [ ][ ]

2. Nr gospodarstwa domowego [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

3. Nr kolejny osoby objętej badaniem w gospodarstwie domowym [ ][ ]

4. Wywiad
- przeprowadzony . . . . . 1 → pyt.6
- nieprzeprowadzony . . . . . 2 → pyt.5

5. Przyczyna nieprzeprowadzenia wywiadu.
- czasowa nieobecność 09R
- odmowa 10R
- niemożność udziału w badaniu z powodu choroby bądź podeszłego wieku 07R
- inna przyczyna 11R

6. Informacji udzielał(-ła):
- osobiście respondent 1
- inny członek gospodarstwa domowego 2

W przypadku dziecka do lat 14, gdy informacji udziela dorosły w pytaniu 6 musi być odpowiedź 1 = osobiście respondent.

7. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń finansowanych przez NFZ?
- tak 1
- nie 2

8. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (ubezpieczenia i abonamenty)?
- tak, ubezpieczenie ambulatoryjne 1
- tak, ubezpieczenie szpitalne 2
- tak, abonament ambulatoryjny 3
- tak, abonament szpitalny 4
- nie . . . . . 5 → pyt.11

9. Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (DZZ) zostało opłacone:
- w całości przez pracodawcę 1
- w całości indywidualnie 2
- częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę 3
- częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę innego członka rodziny 4

10. Jaka była kwota zapłacona przez Pana/Panią z tytułu DZZ w ciągu ostatniego roku? *(w złotych)* [ ]

11. Czy ma Pan/Pani zamiar wykupić DZZ w 2017 r.?
- tak 1
- nie 2

12. Czy pobiera Pan/Pani rentę, dodatek lub zasiłek pielęgnacyjny?
- z tytułu częściowej niezdolności do pracy 1
- z tytułu całkowitej niezdolności do pracy 2
- z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym 3
- z tytułu niezdolności do służby 4
- świadczenie rehabilitacyjne 5
- dodatek/zasiłek pielęgnacyjny (nie dotyczy świadczeń z tytułu ukończenia 75 lat) 6
- nie pobieram 7

Dział 2. STAN ZDROWIA

13. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?
- bardzo dobrze 1
- dobrze 2
- tak sobie, ani dobrze ani źle 3
- źle 4
- bardzo źle 5

14. Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej?
- tak 1
- nie 2

15. Czy znajduje się Pan/Pani pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską?
- tak 1
- nie 2

16. Czy w IV kwartale 2016 r. stosował(-ła) Pan/Pani leki przepisane przez lekarza lub bez zalecenia lekarza?

	tak	nie
1) na choroby sercowo-naczyniowe	1	2
2) na cukrzycę	1	2
3) na bóle głowy	1	2
4) na bóle stawów	1	2
5) antybiotyki	1	2
6) na objawy alergii	1	2
7) inne leki	1	2
8) suplementy diety	1	2

17. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował(-ła) Pan/Pani z zakupu leków przepisanych przez lekarza?
- nie dotyczy (nie przepisano mi leków) 1
- zrezygnowałem (-am) z powodu kosztów zakupu 2
- zrezygnowałem (-am) z innego powodu niż koszty 3
- za każdym razem wykupiłem (-am) leki. 4

Pytania 18 i 21 dotyczą osób w wieku 15 lat i więcej, nie dotyczą wywiadów zastępczych.

18. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(-ła) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?
- tak, poważnie ograniczoną 1
- tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie 2
- nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń 3

19. Czy <u>w IV kwartale 2016 r.</u> wystąpiły u Pana/Pani jakieś poważne problemy zdrowotne (np. skutki wypadku, nagłe zachorowanie, nagłe zaostrzenie choroby przewlekłej)?
- tak 1
- nie 2

20. Czy w ciągu 2016 r. był(-ła) Pan/Pani na badaniu lekarskim wynikającym z przepisów Kodeksu pracy i medycyny pracy? *(dotyczy badań pracowników, kandydatów do szkół, uczniów)*
- tak 1
- nie 2

21. W jakiej kolejności poniższe czynniki decydują o Pana/Pani stanie zdrowia?
(proszę wpisać cyfry od 1 do 3 w każdym wierszu, gdzie 1 oznacza, że dana rzecz jest najważniejsza, 3 oznacza, że jest to rzecz najmniej ważna)
- 1) własne zachowanie . . . . . [ ]
- 2) jakość opieki zdrowotnej . . . . . [ ]
- 3) czynniki, na które nie mamy wpływu . . . . . [ ]

Dział 3. STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA W OKRESIE 01 I 2016 – 31 XII 2016

22. Czy w 2016 r. korzystał(-ła) Pan/Pani ze stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitalnej lub pozaszpitalnej)?	tak	**1**
	nie	**2** → pyt. 23

Proszę o scharakteryzowanie każdego pobytu.

Numer pobytu	Rodzaj jednostki			Okres pobytu liczony w		Przyczyna pobytu	Wysokość wydatków w złotych										
	w ramach NFZ	w ramach DZZ[a)]	poza ubezpieczeniami	nocach *(dla pobytów stacjonarnych)*	dniach *(dla pobytów dziennych)*	**1.** poród **2.** wypadek **3.** choroba **4.** obserwacja i diagnozowanie **5.** rehabilitacja, w tym poszpitalna **6.** operacja, pobyt pooperacyjny **7.** kuracja lecznictwa uzdrowiskowego **8.** zapewnienie opieki pielęgnacyjnej **9.** inne *(np. komplikacje)*	dobrowolna wpłata na rzecz szpitala *(np. darowizna)*	opłacone dyżury przy chorym	zakup leków lub innych wyrobów medycznych niezbędnych dla chorego	dla pobytów w sanatorium uzdrowiskowym		na dowody wdzięczności *(np. kwiaty, prezenty, nieformalne opłaty gotówkowe)* dla:		na badania przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu lub innej jednostce stacjonarnej opieki zdrowotnej lub w związku z tym pobytem	innych wydatków związanych z pobytem w szpitalu *(np. usługi ponadstandardowe)*	osób nieubezpieczonych lub ubezpieczonych korzystających ze świadczeń nieopłacanych przez NFZ	ogółem
	1. szpital ogólny **2.** szpital specjalistyczny **3.** szpital uzdrowiskowy **4.** szpital psychiatryczny lub inny zakład typu psychiatrycznego **5.** sanatorium lub zakład uzdrowiskowy **6.** zakład opieki długoterminowej **7.** dom pomocy społecznej (DPS) dla przewlekle chorych									kwota opłat obowiązkowych	kwota kosztów podróży	lekarzy	innego personelu medycznego				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

[a)] Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty).

Dział 4. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

A. Porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne w IV kwartale 2016 r.

23. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej?	tak	1	
	nie	2	→ pyt.28

Proszę określić, ile razy korzystał(-ła) Pan/Pani w ciągu IV kwartału 2016 r. z wyszczególnionych poniżej usług i ile wyniosły związane z tym wydatki (w złotych).

Wyszczególnienie			Opieka zdrowotna			Razem
			w ramach NFZ	w ramach DZZ[a)]	poza ubezpieczeniami	
0	1		2	3	4	5
24. Porady lekarskie i usługi pielęgniarskie w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:						
24.1 podstawowej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty[b)]	b				
	inne wydatki[c)]	c				
24.2 specjalistycznej opieki zdrowotnej	liczba porad	a				
	opłaty[b)]	b				
	inne wydatki[c)]	c				
24.3.1 leczenie stomatologicze zachowawcze	liczba porad	a				
	opłaty[b)]	b				
	inne wydatki[c)]	c				
24.3.2 leczenie stomatologiczne protetyczne	liczba porad	a				
	opłaty[b)]	b				
	inne wydatki[c)]	c				
24.3.3 leczenie stomatologiczne ortodontyczne	liczba porad	a				
	opłaty[b)]	b				
	inne wydatki[c)]	c				
24.4 pozostałe usługi ambulatoryjne	liczba porad	a				
	opłaty[b)]	b				
	inne wydatki[c)]	c				
25. Usługi lecznicze w domu pacjenta:						
25.1 usługi opieki długoterminowej	liczba wizyt	a				
	opłaty[b)]	b				
	inne wydatki[c)]	c				
25.2 pozostałe usługi	liczba wizyt	a				
	opłaty[b)]	b				
	inne wydatki[c)]	c				
26. Usługi rehabilitacyjne:						
26.1 rehabilitacja ambulatoryjna	opłaty[d)]					
26.2 rehabilitacja w domu pacjenta	opłaty[d)]					
27. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej:						
27.1 badania laboratoryjne	opłaty[d)]					
27.2 diagnostyka obrazowa	opłaty[d)]					
27.3 usługi transportowe i ratownictwo medyczne	opłaty[d)]					
27.4 pozostałe usługi pomocnicze	opłaty[d)]					

[a)] Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty). [b)] Wysokość opłat (w zł) za porady (wizyty) wymienione w wierszu „a".W przypadku usług w ramach NFZ dotyczy ewentualnych dopłat do tych usług. [c)] Wysokość innych wydatków (w zł) – np. kwiaty, prezenty. [d)] Łączna wysokość opłat (w zł).

B. Badania diagnostyczne w 2016 r.

Pytania 28-32 nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacji.

28. Czy w ciągu 2016 r. wykonywał (-ła) Pan/Pani następujące badania laboratoryjne?			**29. Jeśli Tak, to czy ostatnio wykonane badanie było finansowane w ramach:**			
Rodzaje badań laboratoryjnych	tak	nie	NFZ/ programu profilaktycznego	DZZ	środków własnych	medycyny pracy
1) morfologia	1	2	3	4	5	6
2) badanie ogólne moczu	1	2	3	4	5	6
3) badanie ogólne kału	1	2	3	4	5	6
4) cytologia	1	2	3	4	5	6
5) badania genetyczne	1	2	3	4	5	6
6) badanie poziomu PSA (badanie prostaty)	1	2	3	4	5	6

30. Czy w ciągu 2016 r. wykonywał(-ła) Pan/Pani następujące badania?			**31. Jeśli Tak, to czy ostatnie wykonane badanie było finansowane w ramach:**				**32. Czas oczekiwania na ostatnio wykonane badanie (w tygodniach)**
Rodzaje badań obrazowych i innych	tak	nie	NFZ/ programu profilaktycznego	DZZ	środków własnych	medycyny pracy	
1) tomografia komputerowa (CT)	1	2	3	4	5	6	
2) pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	1	2	3	4	5	6	
3) rezonans magnetyczny (MRI)	1	2	3	4	5	6	
4) elektrokardiogram (EKG)	1	2	3	4	5	6	
5) badanie Holtera	1	2	3	4	5	6	
6) echokardiogram (Echo serca)	1	2	3	4	5	6	
7) USG	1	2	3	4	5	6	
8) RTG	1	2	3	4	5	6	
9) spirometria	1	2	3	4	5	6	
10)urografia	1	2	3	4	5	6	
11) mammografia	1	2	3	4	5	6	
12) biopsja	1	2	3	4	5	6	
13) gastroskopia	1	2	3	4	5	6	
14) kolonoskopia	1	2	3	4	5	6	

C. Profilaktyka

33. Czy posiada Pan/Pani wiedzę na temat programów profilaktycznych? Proszę podać główne źródło informacji.

Internet	1
informacja od osoby prywatnej	2
informacja od lekarza, w placówce opieki zdrowotnej	3
przesyłka pocztowa (list, zaproszenie)	4
informacja telefoniczna	5
inne	6
nie posiadam takiej wiedzy	7

34. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z programów profilaktycznych?

	tak	nie
1) Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (mammografia)	1	2
2) Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy (cytologia)	1	2
3) Program Profilaktyki Gruźlicy	1	2
4) Program Badań Prenatalnych	1	2
5) Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.	1	2
6) Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych (w tym POChP)	1	2
7) Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego	1	2
8) inne	1	2

35. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z usług lekarza POZ, pomimo że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?

nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania	1
tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam)	2
zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby	3

36. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z usług lekarza specjalisty (z wyłączeniem lekarza dentysty), pomimo że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?

nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania	1
tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam)	2
zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby	3

37. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował (-ła)Pan/Pani z usług lekarza dentysty, pomimo że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?

nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania	1
tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam)	2
zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby	3

38. Czy w 2016 r. zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z usług pielęgniarskich, pomimo że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?

nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania	1
tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam)	2
zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby	3

39. Czy w 2016 roku zdarzyło się, że zrezygnował (-ła) Pan/Pani z badań diagnostycznych, leczenia lub kontynuacji leczenia pomimo że istniała rzeczywiście potrzeba skorzystania?

nie dotyczy - nie miałem (-łam) potrzeby skorzystania	1
tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem (-łam)	2
zawsze skorzystałem (-łam) w razie potrzeby	3

W przypadku odpowiedzi twierdzącej na któreś z pytań 35-39 proszę o odpowiedź na pyt. 40.

40. Proszę podać główne powody rezygnacji ze wskazanych przez Pana/Panią usług: *(Proszę zakreślić tylko po jednej odpowiedzi w odpowiednich kolumnach)*	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Pielęgniarki	Badań diagno-stycznych
0	1	2	3	4	5
z powodu kosztów (braku pieniędzy)	1	1	1	1	1
długi czas oczekiwania na termin wizyty	2	2	2	2	2
brak skierowania	3	3	3	3	3
brak czasu	4	4	4	4	4
niedostosowany czas przyjęć (np. w godzinach pracy)	5	5	5	5	5
trudności z dotarciem	6	6	6	6	6
obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem, szpitalem	7	7	7	7	7
wolałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy miną bez konieczności wizyty	8	8	8	8	8
nie znam żadnego dobrego lekarza	9	9	9	9	9
brak lekarza	10	10	10	10	10
inne	11	11	11	11	11

Dział 5. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2016 ROKU

Uwaga: Pytania 41-47 obejmują jedynie opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).
Pytań 41-48 proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat i więcej.

41. Proszę ocenić na podstawie własnego doświadczenia jakość opieki zdrowotnej w 2016 r. (w porównaniu z poprzednim rokiem)	
pogroszyła się	**1**
pozostała bez zmian . . .	**2**
poprawiła się	**3**
nie mam zdania	**4**

42 Proszę ocenić na podstawie własnych doświadczeń czas oczekiwania na poniższe świadczenia:	Bez-zwłocz-nie (do godz.)	W ciągu jed-nego dnia	Do tyg.	Do 2 tyg.	Do mies.	Do 2 mies.	Do 3 mies.	Do pół roku	Po-wyżej pół roku	Nie doty-czy
1) wizytę u lekarza POZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2) wizytę u lekarza specjalisty	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3) wizytę u lekarza dentysty	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4) pobyt w szpitalu (nie dotyczy przypadków bardzo pilnych np. poród, wypadek)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

43. Proszę określić na podstawie własnego doświadczenia, jak ocenia Pan/Pani możliwości:	Nie było potrzeby korzystania	Jest bardzo łatwy	Jest raczej łatwy	Jest raczej trudny	Jest bardzo trudny
1) dostępu do opieki lekarskiej w domu	1	2	3	4	5
2) dostępu do opieki pielęgniarskiej w domu	1	2	3	4	5
3) kontaktu z lekarzem przez telefon podczas godzin przyjęć	1	2	3	4	5
4) kontaktu z lekarzem przez telefon w ramach opieki nocnej i świątecznej	1	2	3	4	5

Kolejne pytania dotyczyć będą usług lekarza POZ.

44. Czy jest Pan/Pani zadowolony(-na) z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry?		
zdecydowanie zadowolony(-na)	**1**	
raczej zadowolony(-na)	**2**	
raczej niezadowolony(-na)	**3**	
zdecydowanie niezadowolony(-na).	**4**	
nie dotyczy	**5**	→ pyt. 48

45. Czy lekarz POZ podczas wizyt zalecał zdrowy tryb życia np. ćwiczenia fizyczne, dietę?	tak	**1**
	nie	**2**

46. Czy lekarz POZ pytał o emocjonalne problemy, które mogą mieć wpływ na Pana/Pani zdrowie (np. stres)?	tak	**1**
	nie	**2**

47. Proszę określić relację z lekarzem POZ:	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko lub nigdy
1) lekarz zna Pana/Pani historię leczenia	1	2	3	4
2) lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	1	2	3	4
3) lekarz angażuje Pana/Panią w stopniu oczekiwanym w podejmowanie decyzji dot. opieki i leczenia Pana/Pani	1	2	3	4
4) lekarz daje możliwość zadawania pytań, wyrażania wątpliwości	1	2	3	4
5) czas poświęcony przez lekarza POZ podczas wizyty lekarskiej jest wystarczający	1	2	3	4

48. Czy podczas korzystania z usług medycznych w ramach lub poza ubezpieczeniem NFZ spotkał(-ła) się Pan/Pani z oznakami dyskryminacji lub nierównego traktowania ze względu na:	Nie korzystano z usług	W stosunku do Pana/Pani		W stosunku do innych osób	
		tak	nie	tak	nie
1) płeć	1	2	3	4	5
2) wiek	1	2	3	4	5
3) status ekonomiczny	1	2	3	4	5
4) narodowość, rasę, pochodzenie etniczne	1	2	3	4	5
5) niepełnosprawność	1	2	3	4	5
6) inne	1	2	3	4	5

Pytania 49-54 dotyczą wszystkich badanych bez względu na wiek, dopuszcza się wywiad zastępczy.

Przed odpowiedzią na pytania dotyczące zdarzeń niepożądanych proszę o podsumowanie udzielonych już informacji.

49. Czy korzystał(-ła) Pan/Pani z następujących usług w 2016 r.?

	tak	nie
1) przebywałem(-łam) w szpitalu	1	2
2) korzystałem(-łam) z usług POZ	1	2
3) korzystałem(-łam) ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	1	2

50. Czy doświadczył(-ła) Pan/Pani w 2016 r. zdarzenia niepożądanego	tak	1
	nie	2
	nie wiem	3

51. Czy doświadczył(-ła) Pan/Pani w 2016 r. <u>zakażenia</u> związanego z opieką zdrowotną – dowolnej choroby lub patologii związanej z obecnością zarazka lub jego produktów w związku z korzystaniem z usług opieki zdrowotnej, zabiegami?	tak	1
	nie	2
	nie wiem	3

<u>Zdarzenie niepożądane</u> to niezamierzona szkoda, która jest wynikiem świadczonej opieki zdrowotnej, a nie rezultatem naturalnego przebiegu choroby lub stanu zdrowia pacjenta. Szkoda oznacza fizyczne lub funkcjonalne uszkodzenie organizmu oraz wszelkie wynikające z tego szkodliwe konsekwencje, łącznie z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i zgonem. Ryzyko wystąpienia zdarzenia niepożądanego/szkody występuje zarówno podczas diagnostyki jak i w trakcie leczenia i opieki.

52. Proszę o opis zdarzeń. Z jednej kategorii możliwy jest jeden opis zdarzenia o najpoważniejszych skutkach lub zdarzenia, o którym respondent posiada największą wiedzę. Jeśli o każdym ma jednakową wiedzę, proszę opisać zdarzenie, które wiązało się z najpoważniejszym uszczerbkiem na zdrowiu.

Rodzaj zdarzenia niepożądanego	Wystąpienie zdarzenia		Opisane zdarzenie niepożądane (w tym zakażenie) wystąpiło podczas korzystania z usług opieki zdrowotnej:			Czy w wyniku zdarzenia (w tym zakażenia) stan zdrowia Pana/i uległ pogorszeniu?			
	Tak	Nie	Podczas pobytu w szpitalu	Podczas korzystania z usług POZ	Podczas korzystania ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	Tak, znacznemu pogorszeniu	Tak, lekkiemu pogorszeniu	Nie	Nie wiem
1) Zakażenie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2) Błędy dotyczące leków (rodzaj, dawka)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3) Nieporozumienie, np. w relacji lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4) Błąd w diagnozie (rozpoznaniu)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5) Awaria sprzętu medycznego	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6) Chirurgia / zabieg operacyjny	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7) Uszkodzenie okołoporodowe	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8) Drobne zabiegi bez znieczulenia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9) Inne	1	2	3	4	5	6	7	8	9

53. Jeżeli doszło do zdarzenia niepożądanego to:

Pacjent/rodzina sam odkryli, że doszło do zdarzenia niepożądanego	1
Lekarz/personel poinformował o zdarzeniu niepożądanym	2
Inni odkryli, że doszło do zdarzenia niepożądanego	3

54. Jakie działania zostały podjęte w związku z doświadczonym zdarzeniem niepożądanym? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

poinformowano pacjenta, że doszło do zdarzenia	1
przeproszono pacjenta/rodzinę	2
szpital wyraził współczucie/żal, że doszło do zdarzenia	3
wyjaśniono pacjentowi dlaczego doszło do zdarzenia	4
poinformowano pacjenta o możliwych następstwach zdarzenia	5
poinformowano pacjenta, że może złożyć skargę	6
poinformowano pacjenta, że może wystąpić o odszkodowanie	7
omawiano to w domu/w najbliższym gronie rodziny/przyjaciół	8
zgłoszono skargę	9
nie podjęto żadnych działań ze strony pacjenta	10
nie podjęto żadnych działań ze strony placówki	11

Pytanie 55 dotyczy osób w wieku 15 lat i więcej, nie dotyczy wywiadów zastępczych.

55. Gdyby Pan/i lub ktoś z Pana/i rodziny doświadczył zdarzenia niepożądanego wskutek opieki medycznej, do kogo by się Pan/i zwrócił o pomoc? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

prawnik	1
dyrekcja szpitala	2
Rzecznik Praw Pacjenta	3
organizacje zajmujące się ochroną pacjentów lub konsumentów lub inne organizacje pozarządowe	4
wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych	5
NFZ/ubezpieczyciel	6
władze lokalne i wojewódzkie	7
lekarz, pielęgniarka, farmaceuta	8
bliski krewny lub znajomy pracujący w sektorze ochrony zdrowia	9
inne	10
trudno powiedzieć	11

Dział 6. WYKORZYSTANIE TELEKOMUNIKACJI I INTERNETU PODCZAS KORZYSTANIA Z USŁUG MEDYCZNYCH

56. Czy w ciągu 2016 r. korzystał (-ła) Pan/Pani z Internetu w celu pozyskania wiedzy i informacji o chorobach, sposobach leczenia?	tak nie	**1** **2**	**60. Czy <u>w ciągu ostatnich 3 miesięcy</u> umawiał (-ła) się Pan/Pani na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne telefonicznie?**	tak nie	**1** **2**
57. Czy w ciągu 2016 r. korzystał (-ła) Pan/Pani z Internetu w celu pozyskania opinii na temat lekarzy?	tak nie	**1** **2**	**61. Czy <u>w ciągu ostatnich 3 miesięcy</u> umawiał (-ła) się Pan/Pani na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne poprzez stronę internetową?**	tak nie	**1** **2**
58. Czy w ciągu 2016 r. korzystał (-ła) Pan/Pani z Internetu w celu pozyskania wiedzy o zdrowym stylu życia?	tak nie	**1** **2**	**62. Czy Pan/Pani wykonywał (-ła) <u>w ciągu ostatnich 3 miesięcy</u> badania i otrzymała wyniki drogą internetową (aplikacja mobilna)?**	tak nie	**1** **2**
59. Czy korzystał Pan/Pani w 2016 r. ze sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej?	tak nie	**1** **2**	**63. Czas trwania wywiadu** *(w minutach)*		

Uwagi ankietera:

Numer ankietera ☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Sprawdził(-ła) ....
(imię i nazwisko ankietera) *(data)*

Sprawdził(-ła) ....
(imię i nazwisko inspektora) *(data)*