

**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 osoby

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

5. Przyczyna nieprzeprowadzenia wywiadu:

krótkotrwała nieobecność (do 12 miesięcy) .....	<input type="checkbox"/> 09R
odmowa .....	<input type="checkbox"/> 10R
brak możliwości nawiązania kontaktu z powodu choroby, podeszłego wieku, alkoholizmu .....	<input type="checkbox"/> 07R
brak badanego respondenta (zmarł, wyprowadził się) ...	<input type="checkbox"/> 01R
brak możliwości nawiązania kontaktu z powodu bariery językowej .....	<input type="checkbox"/> 08R
inna przyczyna .....	<input type="checkbox"/> 11R

6. Informacji udzielał(a):  
osobiście respondent(ka) .....  1  
inny członek gospodarstwa domowego .....  2

*W przypadku osoby do lat 14, gdy informacji udziela dorosły w pyt. 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 - DZZ (ubezpieczenia i abonamenty)?

Tak, ubezpieczenie ambulatoryjne .....	<input type="checkbox"/> 1
Tak, ubezpieczenie szpitalne .....	<input type="checkbox"/> 2
Tak, abonament ambulatoryjny .....	<input type="checkbox"/> 3
Tak, abonament szpitalny .....	<input type="checkbox"/> 4
Nie .....	<input type="checkbox"/> 5 → pyt. 11

9. Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (DZZ) zostało opłacone:

w całości przez pracodawcę .....	<input type="checkbox"/> 1
w całości indywidualnie .....	<input type="checkbox"/> 2
częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę .....	<input type="checkbox"/> 3
częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę innego członka rodziny .....	<input type="checkbox"/> 4

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

11. Czy planuje Pan/Pani posiadać uprawnienia do DZZ w 2024 r.? Tak  1  
Nie  2

**Dział 2. STAN ZDROWIA**

12. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?

Bardzo dobrze .....	<input type="checkbox"/> 1
Dobrze .....	<input type="checkbox"/> 2
Tak sobie, ani dobrze ani źle .....	<input type="checkbox"/> 3
Źle .....	<input type="checkbox"/> 4
Bardzo źle .....	<input type="checkbox"/> 5

13. Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej? Tak  1  
Nie  2

14. Czy w 2023 r. miał(a) Pan/Pani którąś z następujących chorób, która była stwierdzona przez lekarza?

Choroby	Tak	Nie
1) alergia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2) astma oskrzelowa, stan astmatyczny	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3) choroba niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4) choroby dróg oddechowych inne niż astma (włączając zapalenie płuc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5) choroby naczyń mózgowych, udar mózgu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6) choroby stawów	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7) choroby tarczycy	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8) choroby układu moczowego	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9) choroby wątroby	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10) cukrzyca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11) depresja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12) migrena	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13) nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14) osteoporoza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

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

15. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie osoby zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?

Tak, poważnie ograniczoną .....	<input type="checkbox"/> 1
Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie .....	<input type="checkbox"/> 2
Nie, nie miałem(-am) żadnych ograniczeń .....	<input type="checkbox"/> 3

16. Czy znajduje się Pan/Pani pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską? Tak  1  
Nie  2

17. Czy w IV kwartale 2023 r. wystąpiły u Pana/Pani poważne problemy zdrowotne (np. skutki wypadku, nagłe zachorowanie, nagłe zaostrzenie choroby przewlekłej)? Tak  1  
Nie  2

18. 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)

Własne zachowanie .....	<input type="text"/>
Jakość opieki zdrowotnej .....	<input type="text"/>
Czynniki, na które nie mam wpływu .....	<input type="text"/>

19. Czy w ciągu 2023 r. był(a) Pan/Pani na badaniu lekarskim wynikającym z przepisów Kodeksu pracy i medycyny pracy? (dotyczy badań pracowników, kandydatów do szkół, uczniów) Tak  1  
Nie  2

**Dział 3. KORZYSTANIE Z USŁUG MEDYCZNYCH**

Stacjonarna opieka zdrowotna w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r.

20. Czy korzystał(a) Pan/Pani ze stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitalnej lub pozaszpitalnej)?	Tak	1	→ pyt. 21
	Nie	2	

Proszę o scharakteryzowanie każdego pobytu.

Numer pobytu	Rodzaj jednostki		Okres pobytu liczony w		Przyczyna pobytu	Wysokość wydatków (w złotych)											
	w ramach NFZ	poza NFZ	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 leczenia uzdrowskiego 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 uzdrowskim		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 pobyt	innych wydatków związanych z pobytem w szpitalu (np. usługi ponadstandardowe)	osób nieubezpieczonych lub ubezpieczonych korzystających ze świadczeń nieopłaconych przez NFZ	ogółem
										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	

**Ambulatoryjna opieka zdrowotna.**

**Porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne w IV kwartale 2023 r.**

21. Czy korzystał(a) Pan/Pani z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej?	Tak	1	→ pyt.26
	Nie	2	

Proszę określić, ile razy korzystał(a) Pan/Pani w ciągu IV kwartału 2023 r. z wyszczególnionych poniżej usług i ile wyniosły związane z tym wydatki (w złotych).

Wyszczególnienie		Opieka zdrowotna		Razem
		w ramach NFZ	poza NFZ	
0	1	2	3	4

**22. Porady lekarskie i usługi pielęgniarstwa w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:**

22.1 podstawowej opieki zdrowotnej	liczba porad	a			
	opłaty <sup>a)</sup>	b			
	inne wydatki <sup>b)</sup>	c			
22.2 specjalistycznej opieki zdrowotnej	liczba porad	a			
	opłaty <sup>a)</sup>	b			
	inne wydatki <sup>b)</sup>	c			
22.3.1 leczenie stomatologiczne zachowawcze	liczba porad	a			
	opłaty <sup>a)</sup>	b			
	inne wydatki <sup>b)</sup>	c			
22.3.2 leczenie stomatologiczne protetyczne	liczba porad	a			
	opłaty <sup>a)</sup>	b			
	inne wydatki <sup>b)</sup>	c			
22.3.3 leczenie stomatologiczne ortodontyczne	liczba porad	a			
	opłaty <sup>a)</sup>	b			
	inne wydatki <sup>b)</sup>	c			
22.4 pozostałe usługi ambulatoryjne	liczba porad	a			
	opłaty <sup>a)</sup>	b			
	inne wydatki <sup>b)</sup>	c			

**23. Usługi lecznicze w domu pacjenta:**

23.1 usługi opieki długoterminowej	liczba wizyt	a			
	opłaty <sup>a)</sup>	b			
	inne wydatki <sup>b)</sup>	c			
23.2 pozostałe usługi	liczba wizyt	a			
	opłaty <sup>a)</sup>	b			
	inne wydatki <sup>b)</sup>	c			

**24. Usługi rehabilitacyjne:**

24.1 rehabilitacja ambulatoryjna	opłaty <sup>c)</sup>			
24.2 rehabilitacja w domu pacjenta	opłaty <sup>c)</sup>			

**25. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej:**

25.1 badania laboratoryjne	opłaty <sup>c)</sup>			
25.2 diagnostyka obrazowa	opłaty <sup>c)</sup>			
25.3 usługi transportowe i ratownictwo medyczne	opłaty <sup>c)</sup>			
25.4 pozostałe usługi pomocnicze	opłaty <sup>c)</sup>			

<sup>a)</sup> Wysokość opłat (w zł) za porady (wizyty) wymienione w wierszu „a”. W przypadku usług w ramach NFZ dotyczy ewentualnych dopłat do tych usług. <sup>b)</sup> Wysokość innych wydatków (w zł) np. kwiaty, prezenty. <sup>c)</sup> Łączna wysokość opłat (w zł).

**Badania diagnostyczne w 2023 r.**

Pytania 26–30 nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacji.

26. Czy wykonywał(a) Pan/Pani następujące badania laboratoryjne?			27. Jeśli „tak”, to czy ostatnio wykonane badanie było finansowane:	
	Rodzaje badań laboratoryjnych	Tak	Nie	w ramach NFZ
1) morfologia	1	2	3	4
2) badanie ogólne moczu	1	2	3	4
3) badanie ogólne kału	1	2	3	4
4) cytologia	1	2	3	4
5) badania genetyczne	1	2	3	4
6) badanie poziomu PSA (badanie prostaty)	1	2	3	4

28. Czy wykonywał(a) Pan/Pani następujące badania?			29. Jeśli „tak”, to czy ostatnio wykonane badanie było finansowane:		30. Czas oczekiwania na ostatnio wykonane badanie (w tygodniach)
	Rodzaje badań obrazowych i innych	Tak	Nie	w ramach NFZ	
1) tomografia komputerowa (CT)	1	2	3	4	
2) pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	1	2	3	4	
3) rezonans magnetyczny (MRI)	1	2	3	4	
4) elektrokardiogram (EKG)	1	2	3	4	
5) badanie Holtera	1	2	3	4	
6) echokardio-gram (Echo serca)	1	2	3	4	
7) USG	1	2	3	4	
8) RTG	1	2	3	4	
9) spirometria	1	2	3	4	
10) urografia	1	2	3	4	
11) mammografia	1	2	3	4	
12) biopsja	1	2	3	4	
13) gastroskopia	1	2	3	4	
14) kolonoskopia	1	2	3	4	

**Korzystanie z usług w związku z chorobą. Na pytania odpowiadają osoby, które chorowały w 2023 r. na daną chorobę stwierdzoną przez lekarza.**

<b>31. Czy korzystał(a) Pan/Pani z usług medycznych z tytułu niżej wymienionych chorób?</b>			
Choroby	W ramach NFZ	Poza NFZ	Nie korzystałem (-am)
1) alergia	1	2	3
2) astma oskrzelowa, stan astmatyczny	1	2	3
3) choroba niedokrwienna serca	1	2	3
4) choroby dróg oddechowych inne niż astma (włączając zapalenie płuc)	1	2	3
5) choroby naczyń mózgowych, udar mózgu	1	2	3
6) choroby stawów	1	2	3
7) choroby tarczycy	1	2	3
8) choroby układu moczowego	1	2	3
9) choroby wątroby	1	2	3
10) cukrzyca	1	2	3
11) depresja	1	2	3
12) migrena	1	2	3
13) nadciśnienie tętnicze	1	2	3
14) osteoporoza	1	2	3

<b>32. Czy w IV kwartale 2023 r. stosował(a) Pan/Pani suplementy diety lub leki przepisane przez lekarza lub bez zalecenia lekarza?</b>	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

**Rezygnacja z usług medycznych i zakupu leków w 2023 r.**

<b>33. Czy zdarzyło się, że zrezygnował(a) Pan/Pani z zakupu leków przepisanych przez lekarza?</b>	
Nie dotyczy (nie przepisano mi leków) . . . . .	1
Zrezygnowałem(-am) z powodu kosztów zakupu . . . . .	2
Zrezygnowałem(-am) z innego powodu niż koszty . . . . .	3
Nie, za każdym razem wykupiłem(-am) leki . . . . .	4

<b>34. Czy zdarzyło się, że zrezygnował(a) Pan/Pani z usług medycznych, pomimo potrzeby skorzystania?</b>	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Badań diagnostycznych, leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5
Nie dotyczy - nie miałem(-am) potrzeby skorzystania	1	1	1	1	1
Tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem(-am)	2	2	2	2	2
Nie, zawsze skorzystałem(-am) w razie potrzeby	3	3	3	3	3

W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pytaniu 34 (2) proszę o odpowiedź na pyt. 35.

35. 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	Badań diagnostycznych, leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5
koszty (brak pieniędzy)	1	1	1	1	1
długi czas oczekiwania na termin wizyty	2	2	2	2	2
brak czasu	3	3	3	3	3
trudności z dotarciem	4	4	4	4	4
obawy przed lekarzem, badaniem, leczeniem, szpitalem	5	5	5	5	5
wolałem(-am) poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy miną bez konieczności wizyty	6	6	6	6	6
nie znam żadnego dobrego lekarza	7	7	7	7	7
inne	8	8	8	8	8

Kolejne pytanie dotyczy wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych.

36. Proszę określić wykorzystanie telekomunikacji/Internetu	Tak	Nie
1) korzystałem(-am) w 2023 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy i informacji o chorobach, sposobach leczenia	1	2
2) korzystałem(-am) w 2023 r. z Internetu w celu pozyskania opinii na temat lekarzy	1	2
3) korzystałem(-am) w 2023 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy o zdrowym stylu życia	1	2
4) korzystałem(-am) w 2023 r. ze sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej	1	2
5) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-am) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne telefonicznie	1	2
6) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-am) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne poprzez stronę internetową	1	2
7) w ciągu ostatnich 3 miesięcy wykonywałem(-am) badania i otrzymałem(-am) wyniki drogą internetową (aplikacja mobilna)	1	2

#### Dział 4. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2023 ROKU

Uwaga: Pytanie 37 obejmuje jedynie opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

Pytania 37 proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat lub więcej.

37. Proszę określić relację z lekarzem POZ	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko lub nigdy
1) lekarz zna historię mojego leczenia	1	2	3	4
2) lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	1	2	3	4
3) lekarz angażuje mnie w stopniu oczekiwanym w podejmowanie decyzji dot. mojej opieki i leczenia	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
6) lekarz traktuje mnie z uprzejmością i szacunkiem	1	2	3	4

Pytanie 38 dotyczy wszystkich badanych bez względu na wiek, dopuszcza się wywiad zastępczy.

38. Czy doświadczył(a) Pan/Pani <b>zdarzenia niepożądanego</b> w szpitalu? (dotyczy pobytów dziennych oraz stacjonarnych, wyłączając poradnie przyszpitalne)	Tak	1
	Nie	2
	Nie wiem	3

**Zdarzenie niepożądane** 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.

**Dział 5. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY ZAKAŻNEJ WYWOŁANEJ WIRUSEM SARS-CoV-2, ZWANEJ „COVID-19” W 2023 ROKU**

Pytania od 39 do 41 dotyczą osób w wieku 15 lat lub więcej, pytań proszę nie zadawać w przypadku wywiadu zastępczego.

39. Proszę o udzielenie informacji:	Tak	Nie
1) czy w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego musiał(a) Pan/Pani zrezygnować, ograniczyć lub przerwać proces leczenia lub rehabilitacji?	1	2
2) czy konsultował(a) się Pan/Pani z lekarzem telefonicznie, przy wykorzystaniu kamery wideo ponieważ z powodu zagrożenia epidemicznego kontakt osobisty był niemożliwy lub zbyt ryzykowny?	1	2
3) czy skorzystał(a) Pan/Pani ze szczepienia na koronawirusa?	1	2
4) czy chorował(a) Pan/Pani na COVID-19, co zostało potwierdzone pozytywnym wynikiem testu?	1	2

W przypadku odpowiedzi Tak na pyt. 39.4 należy zadać pytania 40 oraz 41.

40. Czy stwierdzono u Pana/Pani powikłania w związku z przebytą chorobą COVID-19?	Tak	Nie
1) Spadek odporności	1	2
2) Zaburzenia pamięci, tzw. „mgłę mózgową”	1	2
3) Utratę węchu, smaku	1	2
4) Przewlekłe zmęczenie	1	2
5) Problemy sercowo-naczyniowe	1	2
6) Uszkodzenie płuc	1	2
7) inne	1	2

41. Czy korzystał(a) Pan/Pani z rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19?	Tak	1
	Nie	2

42. Czas trwania wywiadu (w minutach)	
---------------------------------------	--

**Uwagi ankietera**

Numer ankietera

--	--	--	--	--	--	--	--

Sprawdził(a) ..... (imię i nazwisko ankietera) ..... (data)

Sprawdził(a) ..... (imię i nazwisko inspektora) ..... (data)