

**CAHPS<sup>®</sup> Survey for Accountable Care  
Organizations (ACOs)  
Participating in Medicare Initiatives**

**2017 ACO-9 Survey Version  
(Russian)**

THIS PAGE  
INTENTIONALLY  
LEFT BLANK

## Опрос опыта с поставщиками медицинских услуг медицинской Medicare

### Инструкции по заполнению анкеты

В этом опросе Вас спрашивают о медицинском обслуживании, которое Вы получали в течение последних шести месяцев. Отвечая на каждый вопрос, думайте о себе. Пожалуйста, уделите время заполнению данного опроса. Ваши ответы очень важны для нас. Пожалуйста, верните опрос с Вашими ответами в закрытом предоплаченном конверте в центр [VENDOR NAME].

Ответьте на все вопросы, поставив значок «X» слева от ответа, как показано ниже:

Да

Перед тем, как отметить ответ, прочитайте все варианты ответа.

На некоторые вопросы данного опроса не требуется отвечать. В этом случае Вы увидите стрелку, указывающую, на какие вопросы необходимо отвечать, как показано ниже:

[→ Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 3.] См. приведенный ниже пример:

### ПРИМЕР

1. Носите ли Вы слуховой аппарат в данный момент?  
 Да  
 Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 3
2. Как долго Вы носите слуховой аппарат?  
 Менее 1 года  
 1-3 года  
 3 года и более  
 Я не ношу слуховой аппарат
3. Сколько раз за последние 6 месяцев Вы испытывали головную боль?  
 Да  
 Нет

---

## Ваш поставщик медицинских услуг

---

1. Согласно имеющимся у нас данным, Вы обращались к нижеуказанному поставщику медицинских услуг в течение последних 6 месяцев.

Name of provider label goes here

Так ли это?

- Да  
 Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 36

В вопросах этой анкеты поставщик медицинских услуг, указанный в Вопросе 1, именуется как "этот поставщик". Отвечая на вопросы, помните, что имеется в виду именно это лицо.

2. Если Вам требуется медицинское обследование или консультация по поводу проблемы со здоровьем, болезни или травмы, Вы обычно обращаетесь именно к этому поставщику?

- Да  
 Нет

3. Как давно Вы наблюдаетесь у этого поставщика?

- Менее 6 месяцев  
 Как минимум 6 месяцев но менее 1 года  
 Как минимум 1 год, но менее 3 лет  
 Как минимум 3 года, но менее 5 лет  
 5 лет и более

---

## Ваше медицинское обслуживание у этого поставщика в течение последних 6 месяцев

---

Эти вопросы касаются **Вашего личного** медицинского обслуживания. **Не** следует учитывать обслуживание в стационаре. Не следует учитывать визиты к стоматологу.

4. Сколько раз за последние 6 месяцев Вы посещали этого поставщика с целью получения медицинской помощи для себя лично?

- Ни разу → Если ответ "Ни разу", перейдите к вопросу № 36  
 1 раз  
 2 раза  
 3 раза  
 4 раза  
 от 5 до 9 раз  
 10 раз или более

5. В течение последних 6 месяцев звонили ли Вы в офис этого поставщика с тем, чтобы записаться на приём по причине какого-либо заболевания, травмы или состояния, **требующего безотлагательной медицинской помощи?**

- Да  
 Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 7

6. В течение последних 6 месяцев, когда Вам приходилось звонить в офис этого поставщика чтобы записаться на приём по причине, требующей **безотлагательной медицинской помощи**, как часто Вам удавалось записаться на приём на нужное Вам время?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

7. Записывались ли Вы на приём к этому поставщику в течение последних 6 месяцев с целью **прохождения медицинского обследования или получения регулярного медицинского обслуживания**?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 9

8. В течение последних 6 месяцев, когда Вы записывались на приём к этому поставщику с целью **прохождения медицинского обследования или получения регулярного обслуживания**, как часто Вам удавалось записаться на приём на нужное Вам время?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

9. Звонили ли Вы в течение последних 6 месяцев в офис этого поставщика в рабочее время по телефону, чтобы проконсультироваться по вопросу медицинского характера?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 11

10. В течение последних 6 месяцев, когда Вам приходилось звонить в офис этого поставщика в рабочее время, как часто Вы получали ответ на свой вопрос медицинского характера в тот же день?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

11. Звонили ли Вы в течение последних 6 месяцев в офис этого поставщика в **нерабочее** время, чтобы проконсультироваться по вопросу медицинского характера?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 13

12. В течение последних 6 месяцев, когда Вам приходилось звонить в офис этого поставщика в **нерабочее** время, как часто Вы получали ответ на свой вопрос медицинского характера так скоро, как Вам это было необходимо?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

13. Время ожидания включает время ожидания в приёмной и в смотровом кабинете. Как часто за последние 6 месяцев этот поставщик принимал Вас **в течение 15 минут** от назначенного Вам времени?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

14. Как часто за последние 6 месяцев этот поставщик объяснял Вам суть вопроса простым, доступным языком?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

15. Как часто за последние 6 месяцев этот поставщик внимательно Вас выслушивал?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

16. Обсуждали ли Вы с этим поставщиком какие-либо вопросы или проблемы, связанные со здоровьем, в течение последних 6 месяцев?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 18

17. Как часто за последние 6 месяцев этот поставщик предоставлял Вам в лёгкой для понимания форме информацию относительно этих вопросов или проблем, связанных со здоровьем?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

18. Как часто за последние 6 месяцев этот поставщик проявлял осведомлённость о важной информации, содержащейся в Вашей истории болезни?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

19. Как часто за последние 6 месяцев этот поставщик прислушивался к Вашему мнению?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

20. Как часто за последние 6 месяцев этот поставщик уделял Вам достаточно времени?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

21. Направлял ли Вас этот поставщик на анализ крови, рентген или другие обследования в течение последних 6 месяцев?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 23

22. В течение последних 6 месяцев, когда этот поставщик направлял Вас на анализ крови, рентген или другие обследования, как часто кто-нибудь из сотрудников этого поставщика сообщал Вам результаты этих обследований?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

23. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с этим поставщиком вопрос начала или окончания приёма того или иного рецептурного препарата?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 27

24. Обсуждали ли Вы с этим поставщиком причины, по которым Вы хотели бы принимать тот или иной препарат?

- Да
- Нет

25. Обсуждали ли Вы с этим поставщиком причины, по которым Вы **не** хотели бы принимать тот или иной препарат?

- Да
- Нет

26. Когда Вы обсуждали с этим поставщиком вопрос начала или окончания приёма рецептурного препарата, интересовался ли поставщик Вашим мнением на этот счет?

- Да
- Нет

27. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с этим поставщиком вопрос возможной операции или какой-либо процедуры?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 31

28. Обсуждали ли Вы с этим поставщиком причины, по которым Вы хотели бы сделать операцию или процедуру?

- Да
- Нет

29. Обсуждали ли Вы с этим поставщиком причины, по которым Вы **не** хотели бы делать операцию или процедуру?

- Да
- Нет

30. Когда Вы обсуждали с этим поставщиком вопрос возможной операции или процедуры, интересовался ли поставщик Вашим мнением на этот счет?

- Да
- Нет

31. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с этим поставщиком вопрос о том, в какой степени Вы считаете необходимым информировать своих родных или близких о состоянии Вашего здоровья?

- Да
- Нет

32. В течение последних 6 месяцев считался ли этот поставщик с Вашим мнением относительно объема личной информации о состоянии Вашего здоровья, который следует разглашать Вашим родным и близким?

- Да
- Нет

33. Какую оценку Вы дали бы этому поставщику по шкале от 0 до 10, где 0 означает "наихудший поставщик медицинских услуг", а 10 - "наилучший поставщик медицинских услуг"?

- 0 Наихудший поставщик медицинских услуг
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Наилучший поставщик медицинских услуг

---

**Офисные служащие и администраторы, работающие в учреждении этого поставщика**

---

34. Как часто за последние 6 месяцев офисные служащие и администраторы, работающие в учреждении этого поставщика, были Вам полезны в необходимой, по Вашему мнению, степени?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда



35. Как часто за последние 6 месяцев офисные служащие и администраторы, работающие в учреждении этого поставщика, относились к Вам с должной обходительностью и уважением?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

---

**Ваше медицинское обслуживание у специалистов в течение последних 6 месяцев**

---

36. Специалисты – это врачи, специализирующиеся в одной области медицины, например, хирурги, кардиологи, аллергологи, дерматологи и другие. Является ли **поставщик, указанный в вопросе №1** этой анкеты, специалистом?

- Да → Если ответ "Да", перейдите к вопросу № 40
- Нет

37. В течение последних 6 месяцев пытались ли Вы записаться на приём к специалистам?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 40

38. Как часто за последние 6 месяцев Вам было просто записаться на приём к специалистам?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

39. Как часто за последние 6 месяцев **специалист, к которому Вы обращались чаще всего**, проявлял осведомлённость о важной информации, содержащейся в Вашей истории болезни?

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

---

**Ваше медицинское обслуживание в целом в течение последних 6 месяцев**

---

Следующие вопросы касаются получаемого Вами медицинского обслуживания **в целом**. Следует учитывать всех поставщиков, к которым Вы обращались за медицинской помощью в течение последних 6 месяцев. **Не** следует учитывать Ваши визиты к стоматологу.

40. Ваша группа медицинских работников включает всех врачей, медсестер и другой медицинский персонал, к которым Вы обращаетесь за медицинской помощью. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с кем-либо из Вашей группы медицинских работников конкретные меры, которые Вы могли бы предпринять для профилактики заболеваний?

- Да
- Нет

41. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с кем-либо из Вашей группы медицинских работников здоровую диету и здоровые привычки питания?

- Да
- Нет

42. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с кем-нибудь из Вашей группы медицинских работников свои занятия спортом и физическую нагрузку?

- Да
- Нет

43. В течение последних 6 месяцев кто-либо из Вашей группы медицинских работников обсуждал с Вами конкретные цели в отношении Вашего здоровья?

- Да
- Нет

44. В течение последних 6 месяцев принимали ли Вы **какие-либо** рецептурные препараты?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 46

45. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с кем-либо из Вашей группы медицинских работников стоимость Ваших рецептурных препаратов?

- Да
- Нет

46. В течение последних 6 месяцев спрашивал ли Вас кто-либо из Вашей группы медицинских работников о том, бывают ли у Вас периоды грусти, опустошённости и подавленности?

- Да
- Нет

47. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с кем-либо из Вашей группы медицинских работников события Вашей жизни, которые Вас беспокоят или приводят к стрессовому состоянию?

- Да
- Нет

---

### Информация о Вас

---

48. Как бы Вы оценили состояние своего здоровья в целом?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

49. Как бы Вы оценили состояние своего **психического и эмоционального** здоровья?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

50. В течение **последних 12 месяцев** обращались ли Вы к врачу или другому поставщику медицинских услуг 3 раза или более в связи с одним и тем же состоянием или проблемой?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 52

51. Это состояние или проблема наблюдалась у Вас не менее 3 месяцев?

- Да
- Нет

52. Необходим ли Вам или принимаете ли Вы сейчас прописанный врачом препарат?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 54

53. Предназначен ли данный препарат для лечения состояния, которое длилось не менее 3 месяцев?

- Да
- Нет

54. В течение какого количества времени за последние 4 недели Ваше физическое здоровье мешало Вам взаимодействовать с другими людьми (например, встречаться с друзьями, родственниками и т. д.)?

- Все время
- Большую часть времени
- Некоторую часть времени
- Небольшую часть времени
- Нисколько не мешало

55. Сколько Вам лет?

- от 18 до 24
- от 25 до 34
- от 35 до 44
- от 45 до 54
- от 55 до 64
- от 65 до 69
- от 70 до 74
- от 75 до 79
- от 80 до 84
- 85 или больше

56. Укажите свой пол.

- Мужской
- Женский

57. Какое у Вас образование?

- 8 классов или ниже
- Неполное среднее образование
- Полное среднее образование или аттестат о среднем образовании
- Незаконченное высшее образование или техникум
- Высшее образование (4 года обучения)
- Высшее образование (более 4 лет обучения)

58. Насколько хорошо Вы владеете английским языком?

- Очень хорошо
- Хорошо
- Не очень хорошо
- Не владею

59. Говорите ли Вы дома на другом языке кроме английского?

- Да
- Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 61

60. На каком языке Вы говорите дома?

- На испанском
- На китайском
- На корейском
- На русском
- На вьетнамском языке
- На другом языке



Заполнить печатными  
буквами: \_\_\_\_\_

61. Имеется ли у Вас частичное или полное отсутствие слуха?

- Да
- Нет

62. Имеются ли у Вас полное или частичное нарушение функции зрения, например, Вы очень плохо видите даже в очках?

- Да
- Нет

63. Имеются ли у Вас физические, психические или эмоциональные расстройства, которые в значительной мере мешают Вам сосредотачиваться, запоминать что-либо или принимать решения?

- Да
- Нет

64. Испытываете ли Вы трудности при ходьбе или подъёме по лестнице?

- Да
- Нет

65. Трудно ли Вам одеваться или принимать ванну душ?

- Да
- Нет

66. Имеются ли у Вас физические, психические или эмоциональные расстройства, которые мешают Вам самостоятельно заниматься повседневными делами, например, ходить к врачу или за покупками?

- Да
- Нет

67. Являетесь ли Вы лицом испаноамериканского или латиноамериканского происхождения?

- Да, я испаноамериканского или латиноамериканского происхождения
- Нет, я не испаноамериканского и не латиноамериканского происхождения → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 69

68. К какой группе Вы могли бы отнести себя в большей мере?

- Мексиканцы, американцы мексиканского происхождения, чикано → Перейдите к вопросу № 69
- Пуэрториканцы → Перейдите к вопросу № 69
- Кубинцы → Перейдите к вопросу № 69
- Другие лица испаноамериканского или латиноамериканского происхождения → Перейдите к вопросу № 69

69. Укажите свою расу. Допускается положительный ответ на один или более вариантов.

- Белый
- Чернокожий или афро-американец
- Американский индеец или коренной житель Аляски
- Индийцы
- Китайцы
- Филиппинцы
- Японцы
- Корейцы
- Вьетнамцы
- Другие лица азиатского происхождения
- Уроженцы Гавайских островов
- Уроженцы острова Гуам или Северных Марианских островов
- Самоанцы
- Уроженцы других островов Тихого Океана

70. Кто-нибудь помогал Вам при заполнении этой анкеты?

- Да
- Нет → **Спасибо! Просьба отправить заполненную анкету в конверте с предварительно оплаченным почтовым сбором.**

71. Каким образом этот человек помогал Вам? Можно указать один или несколько вариантов.

- Читал мне вопросы
- Записывал мои ответы
- Отвечал на вопросы от моего имени
- Переводил вопросы на мой родной язык
- Помогал каким-либо другим образом



*Заполнить печатными буквами:* \_\_\_\_\_

**Спасибо!**

**Просьба отправить заполненную анкету в конверте с предварительно оплаченным почтовым сбором.**

[VENDOR NAME AND ADDRESS HERE]

Alternative survey instructions for use with Russian translation of a scannable form that uses bubbles rather than boxes for answer choices.

[The note above should not be printed on surveys mailed to beneficiaries.]

## Опрос опыта с поставщиками медицинских услуг медицинской Medicare

### Инструкции по заполнению анкеты

В этом опросе Вас спрашивают о медицинском обслуживании, которое Вы получали в течение последних шести месяцев. Отвечая на каждый вопрос, думайте о себе. Пожалуйста, уделите время заполнению данного опроса. Ваши ответы очень важны для нас. Пожалуйста, верните опрос с Вашими ответами в закрытом предоплаченном конверте в центр [VENDOR NAME].

Ответьте на все вопросы, полностью закрашивая кружок слева от выбранного ответа, как показано ниже:

- Да

Перед тем, как отметить ответ, прочитайте все варианты ответа.

На некоторые вопросы данного опроса не требуется отвечать. В этом случае Вы увидите стрелку, указывающую, на какие вопросы необходимо отвечать, как показано ниже:

[→ Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 3.] См. приведенный ниже пример:

### ПРИМЕР

1. Носите ли Вы слуховой аппарат в данный момент?
  - Да
  - Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 3
2. Как долго Вы носите слуховой аппарат?
  - Менее 1 года
  - 1–3 года
  - 3 года и более
  - Я не ношу слуховой аппарат
3. Испытывали ли Вы головные боли в течение последних 6 месяцев?
  - Да
  - Нет