

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

**2019 CAHPS for ACOs Survey  
(Russian)**

## Опрос для оценки качества обслуживания у поставщиков медицинских услуг по программе 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

Пред 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  
 Как минимум 1 год, но менее 3 лет  
 3 лет и более  
 Я не ношу слуховой аппарат

3. А 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 № 24**

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 № 24**  
 1 раз  
 2 раза  
 3 раза  
 4 раза  
 от 5 до 9 раз  
 10 раз или более
5. В течение последних 6 месяцев обращались ли Вы в офис этого поставщика, 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 Вы обращались 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. В течение последних 6 месяцев обращались ли Вы в офис этого поставщика в рабочее время, чтобы проконсультироваться по вопросу медицинского характера?
- Да
  - Нет → **Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 11**
10. В течение последних 6 месяцев, когда Вы обращались 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. Как часто за последние 6 месяцев этот поставщик объяснял Вам суть вопроса простым, доступным языком?
- Ни разу
  - Иногда
  - В большинстве случаев
  - Всегда

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

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

13. 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

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

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

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

- Ни разу
- Иногда
- В большинстве случаев
- Всегда

16. 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 № 18

17. 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

18. 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 № 20

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

- Да
- Нет

20. 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

21. 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**

---

22. 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

23. 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**

---

24. 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", следующие вопросы о работе специалистов, также относятся к этому поставщику
- Нет

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

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

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

- 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.

27. 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
28. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с кем-нибудь из Вашей группы медицинских работников свои занятия спортом и физическую нагрузку?
- Да  
 Нет
29. В течение последних 6 месяцев принимали ли Вы какие-либо рецептурные препараты?
- Да  
 Нет → Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 32

30. Как часто за последние 6 месяцев Вы обсуждали с кем-либо из Вашей группы медицинских работников все принимаемые Вами рецептурные препараты?
- Ни разу  
 Иногда  
 В большинстве случаев  
 Всегда
31. В течение последних 6 месяцев обсуждали ли Вы с кем-либо из Вашей группы медицинских работников стоимость Ваших рецептурных препаратов?
- Да  
 Нет
32. В течение последних 6 месяцев спрашивал ли Вас кто-либо из Вашей группы медицинских работников о том, бывают ли у Вас периоды грусти, опустошенности и подавленности?
- Да  
 Нет
33. 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

---

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

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

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

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

36. 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 № 38**

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

- Да
- Нет

38. Необходимо ли Вам (принимаете ли Вы) сейчас прописанный врачом препарат?

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

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

- Да
- Нет

40. 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

41. 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

42. Укажите свой пол.

- Мужской
- Женский



43. 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)

44. Насколько хорошо Вы владеете английским языком?

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

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

- Да
- Нет → **Если ответ "Нет", перейдите к вопросу № 47**

46. На каком языке Вы говорите дома?

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



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

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

- Да
- Нет

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

- Да
- Нет

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

- Да
- Нет

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

- Да
- Нет

51. Трудно ли Вам одеваться или принимать ванну душ?

- Да
- Нет

52. 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

53. Вы когда-нибудь пользуетесь интернетом дома?
- Да
  - Нет
54. 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 № 56**
55. К какой группе Вы могли бы отнести себя в большей мере?
- Мексиканцы, американцы мексиканского происхождения, чикано → **Перейдите к вопросу № 56**
  - Пуэрториканцы → **Перейдите к вопросу № 56**
  - Кубинцы → **Перейдите к вопросу № 56**
  - Другие лица испаноамериканского или латиноамериканского происхождения → **Перейдите к вопросу № 56**

56. Укажите свою расу. Допускается положительный ответ на один или более вариантов.
- Белые
  - Чернокожие или афроамериканцы
  - Американские индейцы или коренные жители Аляски
  - Индийцы
  - Китайцы
  - Филиппинцы
  - Японцы
  - Корейцы
  - Вьетнамцы
  - Другие лица азиатского происхождения
  - Уроженцы Гавайских островов
  - Уроженцы острова Гуам или Северных Марианских островов
  - Самоанцы
  - Уроженцы других Тихоокеанских островов
57. Кто-нибудь помогал Вам при заполнении этой анкеты?
- Да
  - Нет → **Спасибо! Просьба отправить заполненную анкету в конверте с предварительно оплаченным почтовым сбором.**

58. 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]

NOTE: 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 для оценки качества обслуживания у поставщиков медицинских услуг по программе 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

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