**ОБЩЕСТВЕННЫЙ МОНИТОРИНГ**

**«ЛЬГОТНОЕ/БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ»**

*Опрос пациентов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области по вопросам доступности льготного/бесплатного лекарственного обеспечения проводится Советом общественных организаций по защите прав пациентов при ТО РСЗ. Общественный мониторинг проходит в рамках проекта «Развитие пациентских НКО, перезагрузка взаимодействия с властью», реализуемого Всероссийским союзом пациентов на средства гранта, предоставленного Фондом президентских грантов.*

**Нормативные основы**

1. Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов".
2. Приказ Минздрава России от 24.11.2021 N 1093 "Об утверждении Правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, а также Правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества в том числе Порядка отпуска аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов"

**Цель мониторинга:**

Оценка уровня удовлетворенности пациентов доступностью льготного лекарственного обеспечения.

**Задачи:**

1. Оценка соблюдения порядка оформления рецепта на льготный лекарственный препарат в поликлинике.
2. Оценка порядка обслуживания рецепта на льготное лекарственное обеспечение в аптеке в поликлинике.

**Техническое задание по проведению мониторинга**

1. Представление технологии общественного мониторинга в ОС, согласование проведения мониторинга.
2. Выгрузка анкеты в гугл-форму и распространение ссылки на анкетирование через партнерские организации, профильные чаты в мессенджерах и доступные СМИ.
3. Организация и проведение анкетирования пациентов.
4. Направление информационных запросов о фактах обращения пациентов об отказе в оформлении рецептов на льготное лекарственное обеспечение и фактах нарушения порядка их обслуживания в аптечных пунктах при поликлиниках.
5. Обработка результатов, подготовка отчета.
6. Представление отчета на заседании ОС, выработка рекомендаций.
7. Предоставление информации в Министерство здравоохранения региона, ТО РЗН по региону.

**АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**

1. Укажите полное наименование поликлинической организации, в которой Вы получаете услуги по ОМС? \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Обращаясь в поликлинику, Вы реализуете свои права или права иного лица? \*

* Свои
* Ребенка
* Ребенка с инвалидностью
* Одного из членов своей семьи

3. Являетесь ли вы или член семьи, чьи права Вы реализуете, обращаясь в поликлинику, получателем льготного лекарственного обеспечения? \*

* Да
* Нет

4. Имеете ли Вы/ член семьи, чьи права вы реализуете, обращаясь в поликлинику, инвалидность? \*

* Да
* Нет

5. Имеете ли Вы или член семьи, чьи права вы реализуете, обращаясь в поликлинику, хронические заболевания \*

* Да
* Нет

6. Если да, то укажите пожалуйста какое заболевание? НАСТРОИТЬ ПЕРЕХОД

* Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
* Новообразования, онкологические заболевания
* Болезни крови, кроветворных органов
* Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (сахарный диабет и др.)
* Психические расстройства и расстройства поведения
* Болезни нервной системы, неврологические заболевания
* Нарушения зрения, болезни глаза и его придаточного аппарата
* Нарушения слуха, болезни уха и сосцевидного отростка
* Болезни системы кровообращения (сердце, сосуды)
* Болезни органов дыхания
* Болезни органов пищеварения
* Болезни кожи и подкожной клетчатки
* Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
* Болезни мочеполовой системы
* Нарушения опорно-двигательного аппарата, дефекты конечностей, последствия травм
* Нарушения речи
* Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
* Орфанные заболевания
* Существенных нарушений здоровья не имею
* Другое \_

7. Есть ли в Вашей поликлинике аптечный пункт, где можно получить льготные лекарственные препараты? \*

* Да
* Нет
* Затрудняюсь ответить

8. Имеется ли на информационном стенде поликлиники маршрутизация (описание) порядка получения льготного лекарственного обеспечения? \*

* Да
* Нет
* Затрудняюсь ответить

9. Сталкивались ли Вы с отказом врача в оформлении рецепта на льготное лекарство? \*

* Да
* Нет
* Не помню

10. Если сталкивались с отказом, укажите, какие причины отказа были озвучены врачом?

* Препарата нет в аптеке
* Препарат не входит в перечень ЖНВЛП
* Рекомендации в выписке из стационара не подтверждены заключением ВК
* Рекомендации платного специалиста
* Вам это не закупят
* Это слишком дорогой препарат
* Я не имею права выписывать по торговому наименованию
* Это слишком дешевый препарат, нет времени оформлять можете сами купить
* Это не ко мне, это только через главного врача
* Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Сталкивались ли Вы с необходимостью постановки рецепта на отсроченное обслуживание? \*

* Да
* Нет
* Не помню

12. Если да, то укажите, как фиксируется отсроченное обслуживание рецепта в Вашем аптечном пункте в Вашей поликлинике?

* Печатный журнал
* Электронный журнал
* Проставляется отметка на самом рецепте
* Не фиксируется/все на словах
* Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Приходилось ли Вам обращаться к главному врачу поликлиники с жалобами на ненадлежащее обеспечение лекарственными препаратами? \*

* Да
* Нет

14. Если да, то удалось ли решить проблему путем обращения?

* Да
* нет

15. Были ли у Вас случаи нарушения сроков обеспечения льготными препаратами? \*

* Да
* Нет
* Не помню

16. Сталкивались ли Вы с ситуацией, когда вынуждены были прекратить или прервать прием назначенных лекарств из-за ненадлежащее обеспечение льготными лекарственными препаратами? \*

* Да
* Нет

17. Приходилось ли Вам приобретать лекарственные препараты за свой счет в связи с ненадлежащим лекарственным обеспечением как льготника? \*

* Да
* Нет

18. Укажите проблемы, с которыми Вы сталкивались в последние 6 месяцев при реализации права на льготное /бесплатное лекарственное обеспечение

* Врач отказывает в выписке рецепта ссылаясь на отсутствие препарат в аптеке
* Врач отказывает в выписке рецепта, поскольку он не включен в перечень ЖНВЛП
* Неправильно оформлен/выписан рецепт
* В аптеке не ставят рецепт на отсроченное обслуживание
* Провизор просит переоформить рецепт, потому что в наличии меньшее количество препарат чем указано в рецепте
* Аптека настаивает на переоформлении рецепта в связи с тем, что истек срок обеспечения, несмотря на то, что рецепт стоял на отсрочке
* В рецепте дозировка, которой нет в наличии
* Препарат выдали в недостаточном объеме (меньше чем необходимо/указано в рецепте)
* другое (опишите кратко ситуацию)
* Не сталкивался с проблемами

19. Сколько раз за последние 6 месяцев Вы столкнулись с ненадлежащим лекарственным обеспечением?

* 1
* 2
* 3
* 4
* 5
* Более 5

20. Обращались ли Вы с жалобами по вопросам лекарственного обеспечения в Министерство здравоохранения за последние 6 месяцев? \*

* Да
* нет

21. Если да, то удалось ли решить проблему, по которой обращались в Министерство здравоохранения, путем обращения?

* Да
* нет

22. Обращались ли Вы с жалобами по вопросам лекарственного обеспечения в территориальное отделение Росздравнадзора за последние 6 месяцев? \*

* Да
* Нет

23. Если да, то удалось ли решить проблему, по которой обращались в территориальное отделение Росздравнадзора, путем обращения?

* Да
* нет

24. Оцените по 10-ти бальной шкале уровень Вашей удовлетворенности от соблюдения порядка оформления рецептов на льготные лекарственные препараты в поликлинике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

25. Оцените по 10-ти бальной шкале уровень Вашей удовлетворенности порядком обслуживания рецептов на льготное лекарственное обеспечение в аптеке в поликлинике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Обязательные вопросы

Спасибо за участие в опросе!