

# Опрос с целью оценки удовлетворенности клиентов планами медицинского обслуживания (HCAHPS)

## ИНСТРУКЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОПРОСА

- ◆ Вам следует заполнить эту анкету только в том случае, если вы были пациентом больницы, указанной в сопроводительном письме. Не заполняйте эту анкету, если вы не являлись пациентом этой больницы.
- ◆ Ответьте на все вопросы, отметив ячейку слева от вашего ответа.
- ◆ Иногда вам будет предложено пропустить некоторые вопросы данной анкеты. При этом вы увидите стрелку с примечанием о том, на какой вопрос вам следует отвечать дальше, например:
  - Да
  - Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 1

**На этой анкете вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать вам напоминания.**

**Внимание: Вопросы 1-25 в данном опросе являются частью национальной инициативы с целью оценки качества медицинского обслуживания в больницах. OMB #0938-0981**

Пожалуйста, ответьте на вопросы этой анкеты о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице.

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ МЕДСЕСТРАМИ

1. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры относились к вам вежливо и уважительно?

- 1. Никогда
- 2. Иногда
- 3. Как правило
- 4. Всегда

2. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры внимательно вас выслушивали?

- 1. Никогда
- 2. Иногда
- 3. Как правило
- 4. Всегда

3. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры давали вам понятные объяснения?

- 1. Никогда
- 2. Иногда
- 3. Как правило
- 4. Всегда

4. Во время данного пребывания в больнице, после того как вы нажали кнопку вызова, как часто вам предоставляли помощь по первому требованию?

- <sup>1</sup>  Никогда  
<sup>2</sup>  Иногда  
<sup>3</sup>  Как правило  
<sup>4</sup>  Всегда  
<sup>9</sup>  Я никогда не нажимал (а) кнопку вызова

### **МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ ВРАЧАМИ**

5. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи относились к вам вежливо и уважительно?

- <sup>1</sup>  Никогда  
<sup>2</sup>  Иногда  
<sup>3</sup>  Как правило  
<sup>4</sup>  Всегда

6. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи внимательно вас выслушивали?

- <sup>1</sup>  Никогда  
<sup>2</sup>  Иногда  
<sup>3</sup>  Как правило  
<sup>4</sup>  Всегда

7. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи давали вам понятные объяснения?

- <sup>1</sup>  Никогда  
<sup>2</sup>  Иногда  
<sup>3</sup>  Как правило  
<sup>4</sup>  Всегда

### **БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА**

8. Во время данного пребывания в больнице как часто в вашей комнате и туалете проводили уборку?

- <sup>1</sup>  Никогда  
<sup>2</sup>  Иногда  
<sup>3</sup>  Как правило  
<sup>4</sup>  Всегда

9. Во время данного пребывания в больнице как часто возле вашей комнаты соблюдалась тишина в ночное время?

- <sup>1</sup>  Никогда  
<sup>2</sup>  Иногда  
<sup>3</sup>  Как правило  
<sup>4</sup>  Всегда

### **ОПЫТ ВАШЕГО ПРЕБЫВАНИЯ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ**

10. Во время данного пребывания в больнице требовалась ли вам помощь медсестер или другого персонала больницы для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна?

- <sup>1</sup>  Да  
<sup>2</sup>  Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 12

11. Как часто вы получали помощь для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна по первому требованию?

- <sup>1</sup>  Никогда  
<sup>2</sup>  Иногда  
<sup>3</sup>  Как правило  
<sup>4</sup>  Всегда

12. Во время данного пребывания в больнице требовались ли вам болеутоляющие лекарства?
- Да  
 Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 15
13. Во время данного пребывания в больнице как часто вашу боль хорошо контролировали?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда
14. Во время данного пребывания в больнице как часто персонал больницы делал все возможное, чтобы помочь вам снять боль?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда
15. Во время данного пребывания в больнице давали ли вам какие-либо лекарства, которые вы не принимали до этого?
- Да  
 Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 18
16. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы объяснял вам, для чего оно?
- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

17. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы описывал возможные побочные действия понятным вам способом?

- Никогда  
 Иногда  
 Как правило  
 Всегда

### КОГДА ВЫ ВЫШЛИ ИЗ БОЛЬНИЦЫ

18. После того как вы вышли из больницы, вы сразу направились домой, к кому-либо еще или в другое медицинское учреждение?
- Домой  
 К кому-либо еще  
 В другое медицинское учреждение → Если «В другое», перейдите к вопросу 21
19. Во время данного пребывания в больнице разговаривали ли с вами врачи, медсестры или другие сотрудники больницы о том, что вам может потребоваться помощь, когда вы выйдете из больницы?
- Да  
 Нет
20. Во время данного пребывания в больнице получали ли вы информацию в письменной форме о симптомах и возможных проблемах со здоровьем, на которые вам следует обратить внимание после выписки из больницы?
- Да  
 Нет

## ОБЩИЙ РЕЙТИНГ БОЛЬНИЦЫ

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы опроса о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больницах.

21. Используя цифры от 0 до 10, где 0 обозначает самую худшую больницу, а 10 – самую лучшую больницу, какую цифру вы бы поставили для оценки данной больницы во время вашего пребывания в ней?

0 Самая худшая больница из возможных

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 Самая лучшая больница из возможных

22. Рекомендовали бы вы данную больницу вашим друзьям и родственникам?

1 Определенно нет

2 Возможно нет

3 Возможно да

4 Определенно да

## ПОНИМАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УХОДА ПОСЛЕ ТОГО, КАК ВАС ВЫПИСАЛИ ИЗ БОЛЬНИЦЫ

23. Во время этого пребывания в больнице, при назначении нужного мне ухода, персонал принял во внимание мои предпочтения, пожелания моей семьи или ухаживающих за мной лиц при принятии решения в отношении моих медицинских нужд, которые, возможно, возникнут у меня после того, как я выйду из больницы.

1 Полностью несогласен (на)

2 Не согласен (на)

3 Согласен (на)

4 Полностью согласен (на)

24. После выписки из больницы у меня было полное представление о тех мерах, за которые я нес (ла) ответственность в отношении моего здоровья.

1 Полностью несогласен (на)

2 Не согласен (на)

3 Согласен (на)

4 Полностью согласен (на)

25. После выписки из больницы я четко понимал (а) для чего мне необходимо принимать каждое из лекарств.

1 Полностью несогласен (на)

2 Не согласен (на)

3 Согласен (на)

4 Полностью согласен (на)

5 При выписке из больницы мне не дали каких-либо лекарств.

## О ВАС

Осталось только несколько пунктов.

26. В данном случае вас госпитализировали после вашего поступления в отделение неотложной помощи?
- <sup>1</sup>  Да  
<sup>2</sup>  Нет
27. В целом, как бы вы оценили ваше общее состояние здоровья?
- <sup>1</sup>  Отличное  
<sup>2</sup>  Очень хорошее  
<sup>3</sup>  Хорошее  
<sup>4</sup>  Удовлетворительное  
<sup>5</sup>  Плохое
28. Как бы вы в целом оценили ваше психическое или эмоциональное состояние?
- <sup>1</sup>  Отличное  
<sup>2</sup>  Очень хорошее  
<sup>3</sup>  Хорошее  
<sup>4</sup>  Удовлетворительное  
<sup>5</sup>  Плохое
29. Укажите последний класс или уровень учебного заведения, которое вы закончили?
- <sup>1</sup>  8-й класс или меньше  
<sup>2</sup>  Средняя школа, не закончил (а)  
<sup>3</sup>  Выпускник средней школы либо диплом об общем образовании  
<sup>4</sup>  Колледж или диплом о двухгодичном обучении  
<sup>5</sup>  Выпускник колледжа четырехгодичного обучения  
<sup>6</sup>  Выпускник колледжа более 4-х лет обучения

30. Вы испанец, испано- или латиноамериканец по происхождению?
- <sup>1</sup>  Нет, не испанец/испано-/латиноамериканец  
<sup>2</sup>  Да, пуэрториканец  
<sup>3</sup>  Да, мексиканец, американец мексиканского происхождения, чикано  
<sup>4</sup>  Да, кубинец  
<sup>5</sup>  Да, другое, испанец/испано-/латиноамериканец
31. Ваша раса? Пожалуйста, выберите один или более пунктов.
- <sup>1</sup>  Белый  
<sup>2</sup>  Чернокожий или афроамериканец  
<sup>3</sup>  Азиат  
<sup>4</sup>  Уроженец Гавайских островов или островов Тихого океана  
<sup>5</sup>  Американский индеец или уроженец Аляски
32. На каком языке вы в основном говорите дома?
- <sup>1</sup>  Английский  
<sup>2</sup>  Испанский  
<sup>3</sup>  Китайский  
<sup>4</sup>  Русский  
<sup>5</sup>  Вьетнамский  
<sup>6</sup>  Португальский  
<sup>9</sup>  Какой-либо другой язык (пожалуйста, напишите печатными буквами):
-

## БЛАГОДАРИМ ВАС

Пожалуйста, верните заполненную форму опроса в оплаченном почтовом конверте.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

*Вопросы 1–22 и 26–32 являются частью опроса HCAHPS и результатом работы правительства США. Эти вопросы HCAHPS находятся в общественном доступе и поэтому НЕ подпадают под действие законов США об авторских правах. Три вопроса организации Care Transitions Measure® (Определение качества обслуживания в переходный период) (вопросы 23–25) являются интеллектуальной собственностью доктора медицины и магистра в области общественного здравоохранения Эрика А. Коулмана (Eric A. Coleman), с сохранением всех прав.*

# Опрос с целью оценки удовлетворенности клиентов планами медицинского обслуживания (HCAHPS)

## ИНСТРУКЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОПРОСА

- ◆ Вам следует заполнить эту анкету только в том случае, если вы были пациентом больницы, указанной в сопроводительном письме. Не заполняйте эту анкету, если вы не являлись пациентом этой больницы.
- ◆ Ответьте на все вопросы, полностью заштриховав ячейку слева от вашего ответа.
- ◆ Иногда вам будет предложено пропустить некоторые вопросы данной анкеты. При этом вы увидите стрелку с примечанием о том, на какой вопрос вам следует отвечать дальше, например:
  - Да
  - Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 1

*На этой анкете вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать вам напоминания.*

*Внимание: Вопросы 1-25 в данном опросе являются частью национальной инициативы с целью оценки качества медицинского обслуживания в больницах. OMB #0938-0981*

Пожалуйста, ответьте на вопросы этой анкеты о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице.

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ МЕДСЕСТРАМИ

1. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры относились к вам вежливо и уважительно?

- 10 Никогда
- 20 Иногда
- 30 Как правило
- 40 Всегда

2. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры внимательно вас выслушивали?

- 10 Никогда
- 20 Иногда
- 30 Как правило
- 40 Всегда

3. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры давали вам понятные объяснения?

- 10 Никогда
- 20 Иногда
- 30 Как правило
- 40 Всегда

4. Во время данного пребывания в больнице, после того как вы нажали кнопку вызова, как часто вам предоставляли помощь по первому требованию?
- <sup>1</sup>0 Никогда
  - <sup>2</sup>0 Иногда
  - <sup>3</sup>0 Как правило
  - <sup>4</sup>0 Всегда
  - <sup>9</sup>0 Я никогда не нажимал (а) кнопку вызова

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЕ ВАМ ВРАЧАМИ

5. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи относились к вам вежливо и уважительно?
- <sup>1</sup>0 Никогда
  - <sup>2</sup>0 Иногда
  - <sup>3</sup>0 Как правило
  - <sup>4</sup>0 Всегда
6. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи внимательно вас выслушивали?
- <sup>1</sup>0 Никогда
  - <sup>2</sup>0 Иногда
  - <sup>3</sup>0 Как правило
  - <sup>4</sup>0 Всегда
7. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи давали вам понятные объяснения?
- <sup>1</sup>0 Никогда
  - <sup>2</sup>0 Иногда
  - <sup>3</sup>0 Как правило
  - <sup>4</sup>0 Всегда

### БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

8. Во время данного пребывания в больнице как часто в вашей комнате и туалете проводили уборку?
- <sup>1</sup>0 Никогда
  - <sup>2</sup>0 Иногда
  - <sup>3</sup>0 Как правило
  - <sup>4</sup>0 Всегда
9. Во время данного пребывания в больнице как часто возле вашей комнаты соблюдалась тишина в ночное время?
- <sup>1</sup>0 Никогда
  - <sup>2</sup>0 Иногда
  - <sup>3</sup>0 Как правило
  - <sup>4</sup>0 Всегда

### ОПЫТ ВАШЕГО ПРЕБЫВАНИЯ В ДАННОЙ БОЛЬНИЦЕ

10. Во время данного пребывания в больнице требовалась ли вам помощь медсестер или другого персонала больницы для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна?
- <sup>1</sup>0 Да
  - <sup>2</sup>0 Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 12
11. Как часто вы получали помощь для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна по первому требованию?
- <sup>1</sup>0 Никогда
  - <sup>2</sup>0 Иногда
  - <sup>3</sup>0 Как правило
  - <sup>4</sup>0 Всегда



12. Во время данного пребывания в больнице требовались ли вам болеутоляющие лекарства?
- <sup>1</sup>0 Да  
<sup>2</sup>0 Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 15
13. Во время данного пребывания в больнице как часто вашу боль хорошо контролировали?
- <sup>1</sup>0 Никогда  
<sup>2</sup>0 Иногда  
<sup>3</sup>0 Как правило  
<sup>4</sup>0 Всегда
14. Во время данного пребывания в больнице как часто персонал больницы делал все возможное, чтобы помочь вам снять боль?
- <sup>1</sup>0 Никогда  
<sup>2</sup>0 Иногда  
<sup>3</sup>0 Как правило  
<sup>4</sup>0 Всегда
15. Во время данного пребывания в больнице давали ли вам какие-либо лекарства, которые вы не принимали до этого?
- <sup>1</sup>0 Да  
<sup>2</sup>0 Нет → Если «Нет», перейдите к вопросу 18
16. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы объяснял вам, для чего оно?
- <sup>1</sup>0 Никогда  
<sup>2</sup>0 Иногда  
<sup>3</sup>0 Как правило  
<sup>4</sup>0 Всегда

17. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы описывал возможные побочные действия понятным вам способом?
- <sup>1</sup>0 Никогда  
<sup>2</sup>0 Иногда  
<sup>3</sup>0 Как правило  
<sup>4</sup>0 Всегда

### КОГДА ВЫ ВЫШЛИ ИЗ БОЛЬНИЦЫ

18. После того как вы вышли из больницы, вы сразу направились домой, к кому-либо еще или в другое медицинское учреждение?
- <sup>1</sup>0 Домой  
<sup>2</sup>0 К кому-либо еще  
<sup>3</sup>0 В другое медицинское учреждение → Если «В другое», перейдите к вопросу 21
19. Во время данного пребывания в больнице разговаривали ли с вами врачи, медсестры или другие сотрудники больницы о том, что вам может потребоваться помощь, когда вы выйдете из больницы?
- <sup>1</sup>0 Да  
<sup>2</sup>0 Нет
20. Во время данного пребывания в больнице получали ли вы информацию в письменной форме о симптомах и возможных проблемах со здоровьем, на которые вам следует обратить внимание после выписки из больницы?
- <sup>1</sup>0 Да  
<sup>2</sup>0 Нет

## **ОБЩИЙ РЕЙТИНГ БОЛЬНИЦЫ**

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы опроса о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больницах.

21. Используя цифры от 0 до 10, где 0 обозначает самую худшую больницу, а 10 – самую лучшую больницу, какую цифру вы бы поставили для оценки данной больницы во время вашего пребывания в ней?

<sup>0</sup>0 0 Самая худшая больница из возможных

<sup>1</sup>0 1

<sup>2</sup>0 2

<sup>3</sup>0 3

<sup>4</sup>0 4

<sup>5</sup>0 5

<sup>6</sup>0 6

<sup>7</sup>0 7

<sup>8</sup>0 8

<sup>9</sup>0 9

<sup>10</sup>0 10 Самая лучшая больница из возможных

22. Рекомендовали бы вы данную больницу вашим друзьям и родственникам?

<sup>1</sup>0 Определенно нет

<sup>2</sup>0 Возможно нет

<sup>3</sup>0 Возможно да

<sup>4</sup>0 Определенно да

## **ПОНИМАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УХОДА ПОСЛЕ ТОГО, КАК ВАС ВЫПИСАЛИ ИЗ БОЛЬНИЦЫ**

23. Во время этого пребывания в больнице, при назначении нужного мне ухода, персонал принял во внимание мои предпочтения, пожелания моей семьи или ухаживающих за мной лиц при принятии решения в отношении моих медицинских нужд, которые, возможно, возникнут у меня после того, как я выйду из больницы.

<sup>1</sup>0 Полностью несогласен (на)

<sup>2</sup>0 Не согласен (на)

<sup>3</sup>0 Согласен (на)

<sup>4</sup>0 Полностью согласен (на)

24. После выписки из больницы у меня было полное представление о тех мерах, за которые я нес (ла) ответственность в отношении моего здоровья.

<sup>1</sup>0 Полностью несогласен (на)

<sup>2</sup>0 Не согласен (на)

<sup>3</sup>0 Согласен (на)

<sup>4</sup>0 Полностью согласен (на)

25. После выписки из больницы я четко понимал (а) для чего мне необходимо принимать каждое из лекарств.

<sup>1</sup>0 Полностью несогласен (на)

<sup>2</sup>0 Не согласен (на)

<sup>3</sup>0 Согласен (на)

<sup>4</sup>0 Полностью согласен (на)

<sup>5</sup>0 При выписке из больницы мне не дали каких-либо лекарств.

## О ВАС

Осталось только несколько пунктов.

26. В данном случае вас госпитализировали после вашего поступления в отделение неотложной помощи?

- Да
- Нет

27. В целом, как бы вы оценили ваше общее состояние здоровья?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

28. Как бы вы в целом оценили ваше психическое или эмоциональное состояние?

- Отличное
- Очень хорошее
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Плохое

29. Укажите последний класс или уровень учебного заведения, которое вы закончили?

- 8-й класс или меньше
- Средняя школа, не закончил (а)
- Выпускник средней школы либо диплом об общем образовании
- Колледж или диплом о двухгодичном обучении
- Выпускник колледжа четырехгодичного обучения
- Выпускник колледжа более 4-х лет обучения

30. Вы испанец, испано- или латиноамериканец по происхождению?

- Нет, не испанец/испано-/латиноамериканец
- Да, пуэрториканец
- Да, мексиканец, американец мексиканского происхождения, чикано
- Да, кубинец
- Да, другое, испанец/испано-/латиноамериканец

31. Ваша раса? Пожалуйста, выберите один или более пунктов.

- Белый
- Чернокожий или афроамериканец
- Азиат
- Уроженец Гавайских островов или островов Тихого океана
- Американский индеец или уроженец Аляски

32. На каком языке вы в основном говорите дома?

- Английский
  - Испанский
  - Китайский
  - Русский
  - Вьетнамский
  - Португальский
  - Какой-либо другой язык (пожалуйста, напишите печатными буквами):
-

## БЛАГОДАРИМ ВАС

Пожалуйста, верните заполненную форму опроса в оплаченном почтовом конверте.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

*Вопросы 1–22 и 26–32 являются частью опроса HCAHPS и результатом работы правительства США. Эти вопросы HCAHPS находятся в общественном доступе и поэтому НЕ подпадают под действие законов США об авторских правах. Три вопроса организации Care Transitions Measure® (Определение качества обслуживания в переходный период) (вопросы 23–25) являются интеллектуальной собственностью доктора медицины и магистра в области общественного здравоохранения Эрика А. Коулмана (Eric A. Coleman), с сохранением всех прав.*

# Sample Initial Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Уважаемый [SAMPLED PATIENT NAME]:

Наши данные показывают, что вы недавно были пациентом [NAME OF HOSPITAL] и были выписаны [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Поскольку вы недавно лечились в больнице, мы просим вас о помощи. Данный опрос является частью проводимой национальной программы, призванной выяснить, как пациенты относятся к своему пребыванию в больнице. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе на сайте [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare). Данные результаты помогут потребителям сделать важный выбор в отношении медицинского обслуживания, а больницам – улучшить предоставляемые услуги.

Вопросы 1-25 в прилагаемом опросе являются частью национальной инициативы, финансируемой Департаментом здравоохранения и социального обеспечения США (Department of Health and Human Services) с целью оценки качества медицинского обслуживания в больницах. Ваше участие является добровольным и не влияет на ваши медицинские льготы.

Мы надеемся, что вы уделите время участию в данном опросе. Мы будем очень признательны за ваше участие. После того как вы заполните данную форму опроса, пожалуйста, верните ее в предварительно оплаченном конверте. Ваши ответы могут быть сообщены больнице с целью улучшения качества обслуживания. [OPTIONAL: На этой анкете вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать вам напоминания.]

Если у вас возникнут какие-либо вопросы в отношении анкеты, которая прилагается, пожалуйста, позвоните по бесплатному номеру 1-800-xxx-xxxx. Благодарим за содействие в улучшении качества медицинского обслуживания для всех потребителей.

С уважением,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

*Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only section for specific letter guidelines.*



# Sample Follow-up Cover Letter for the HCAHPS Survey

[HOSPITAL LETTERHEAD]

[SAMPLED PATIENT NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Уважаемый [SAMPLED PATIENT NAME]:

Наши данные показывают, что вы недавно были пациентом [NAME OF HOSPITAL] и были выписаны [DATE OF DISCHARGE (mm/dd/yyyy)]. Приблизительно три недели назад мы отправили вам анкету о вашем пребывании в больнице. Если вы уже отправили нам эту анкету, пожалуйста, примите нашу благодарность и не обращайтесь на это письмо. Однако если вы еще не заполнили данную анкету, пожалуйста, уделите несколько минут и заполните ее сейчас.

Поскольку вы недавно лечились в больнице, мы просим вас о помощи. Данный опрос является частью проводимой национальной программы, призванной выяснить, как пациенты относятся к своему пребыванию в больнице. Результаты опроса будут опубликованы в Интернете в открытом доступе на сайте [www.medicare.gov/hospitalcompare](http://www.medicare.gov/hospitalcompare). Данные результаты помогут потребителям сделать важный выбор в отношении медицинского обслуживания, а больницам – улучшить предоставляемые услуги.

Вопросы 1-25 в прилагаемом опросе являются частью национальной инициативы, финансируемой Департаментом здравоохранения и социального обеспечения США (Department of Health and Human Services) с целью оценки качества медицинского обслуживания в больницах. Ваше участие является добровольным и не влияет на ваши медицинские льготы. Пожалуйста, уделите несколько минут и заполните прилагаемую анкету. После того как вы заполните данную форму опроса, пожалуйста, верните ее в предварительно оплаченном конверте. Ваши ответы могут быть сообщены больнице с целью улучшения качества обслуживания. [OPTIONAL: На этой анкете вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать вам напоминания.]

Если у вас возникнут какие-либо вопросы в отношении анкеты, которая прилагается, пожалуйста, позвоните по бесплатному номеру 1-800-xxx-xxxx. Еще раз благодарим вас за содействие в улучшении качества медицинского обслуживания для всех потребителей.

С уважением,

[HOSPITAL ADMINISTRATOR]

[HOSPITAL NAME]

*Note: The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The exact OMB Paperwork Reduction Act language is included in this appendix. Please refer to the Mail Only section for specific letter guidelines.*





## OMB Paperwork Reduction Act Language

*The OMB Paperwork Reduction Act language must be included in the survey mailing. This language can be either on the front or back of the cover letter or questionnaire, but cannot be a separate mailing. The following is the language that must be used:*

### **Russian Version**

«В соответствии с Постановлением о сокращении документооборота от 1995 г. никто не обязан предоставлять сведения, если на форме опроса не указан действующий контрольный номер ОМВ. Действующий контрольный номер ОМВ для данного опроса – 0938-0981. Время для заполнения данной анкеты составляет в среднем 8 минут на вопросы 1-25, включая время для просмотра инструкций, поиска существующих данных, сбора необходимых данных и заполнения и проверки анкеты. Если у вас есть какие-либо комментарии в отношении точности предлагаемого ориентировочного времени или предложения по улучшению данной анкеты, просьба написать по адресу: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.»

