**Опрос об обеспеченности медицинских работников, оказывающих помощь больным коронавирусной инфекцией COVID-19, соответствующими выплатами (3 этап) и внедрении информационных технологий в деятельность медицинских организаций**

**Цель опроса** – проверить как исполняются Указы Президента об обеспечении выплатами медицинских работников, в том числе страховыми, оказывающих помощь больным новой коронавирусной инфекцией, а также проанализировать процесс внедрения информационных технологий в деятельность медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Принимая участие в анкетировании и честно отвечая на вопросы, Вы можете внести личный вклад в контроль за справедливым распределением федеральных выплат тем, кому они полагаются по праву.

1. **Являетесь ли Вы медицинским работником/водителем скорой медицинской помощи?**
2. *да, являюсь (переход к вопросу 2);*
3. *нет, не являюсь (опрос закрывается).*
4. **Какое Ваше направление работы?**

*(переход к вопросу 3)*

1. *врач стационара;*
2. *средний медперсонал стационара;*
3. *младший медперсонал стационара;*
4. *врач скорой медицинской помощи;*
5. *средний или младший медперсонал скорой медицинской помощи;*
6. *водитель скорой медицинской помощи.*
7. **Укажите вид учреждения здравоохранения, в котором Вы работаете?**

*(переход к вопросу 3)*

1. *больничное учреждение;*
2. *учреждение здравоохранения особого типа;*
3. *диспансер;*
4. *амбулаторно-поликлиническое учреждение;*
5. *учреждение скорой медицинской помощи и учреждение переливания крови;*
6. *учреждение охраны материнства и детства;*
7. *санаторно-курортное учреждение;*
8. *клиника.*
9. **Оказывали ли Вы в мае 2020 г. медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (далее в опросе – НКИ)?**
10. *да, оказывал (переход к вопросу 4);*
11. *нет, не оказывал (переход к вопросу 15)*
12. **Получили ли Вы доплату («президентскую» выплату) за выполнение в мае текущего года особо важных работ при непосредственном участии в оказании медпомощи гражданам с COVID-19?**
13. *Да, получил (переход к вопросу 5);*
14. *Нет, доплату не получил (переход к вопросу 6);*
15. **Какой размер доплаты Вами получен?**

*(переход к вопросу 6)*

1. *получена доплата +80 тыс. руб.;*
2. *получена доплата +50 тыс. руб.;*
3. *получена доплата +25 тыс. руб.;*
4. *получена доплата в ином размере (переход к вопросу 5.1.).*
	1. **Укажите, в каком размере получена доплата**

(*вписать сумму цифрами*)

1. **Как изменилась Ваша зарплата за май по сравнению с Вашей зарплатой за апрель?**

*(переход к вопросу 7)*

1. *стала больше;*
2. *стала меньше;*
3. *не изменилась.*
4. **Знаете ли Вы об утвержденных Президентом Российской Федерации дополнительных единовременных страховых выплат врачам, среднему и младшему медперсоналу медорганизаций, водителям автомобилей скорой помощи, непосредственно работающим с пациентами, у которых выявлена НКИ или имеется подозрение на инфекцию.**
5. *да, знаю (переход к вопросу 8);*
6. *нет, не знаю (переход к вопросу 8).*
7. **Знаете ли Вы об утвержденном Правительством Российской Федерации перечне заболеваний и осложнений, при развитии или обострении которых на фоне НКИ медработники получают единовременную страховую выплату?**
8. *да, знаю (переход к вопросу 9);*
9. *нет, не знаю (переход к вопросу 9).*
10. **Заразились ли Вы на рабочем месте НКИ?**
11. *да, заразился (переход к вопросу 10);*
12. *нет, не заразился (переход к вопросу 14).*
13. **Укажите месяц, когда у Вас была выявлена НКИ?**

*(переход к вопросу 11)*

1. *Март;*
2. *Апрель;*
3. *Май;*
4. *Июнь.*
5. **Развились/обострились ли у Вас на фоне заражения НКИ заболевания и осложнения, при которых Вам положена единовременная страховая выплата?**
6. *да (переход к вопросу 12);*
7. *нет (переход к вопросу 14);*
8. *затрудняюсь ответить (переход к вопросу 12).*
9. **Привело ли заболевание на рабочем месте НКИ к инвалидности?**
10. *да, установлена инвалидность I группы (переход к вопросу 13);*
11. *да, установлена инвалидность II группы (переход к вопросу 13);*
12. *да, установлена инвалидность III группы (переход к вопросу 13);*
13. *нет (переход к вопросу 14);*
	1. **Возникли ли у Вас трудности с установлением инвалидности?** *(свободный ответ)*
14. **Укажите размер полученной Вами единовременной выплаты страховой суммы в результате заражения на рабочем месте НКИ?**
15. *68 811 рублей (переход к вопросу 14);*
16. *2 064 339 рублей (переход к вопросу 14);*
17. *1 376 226 рублей (переход к вопросу 14);*
18. *688 113 рублей (переход к вопросу 14);*
19. *выплата не получена (переход к вопросу 14);*
20. *получена выплата в ином размере (переход к вопросу 12.1.).*
	1. **Укажите, в каком размере получена единовременная страховая выплата** *(вписать сумму цифрами)*
21. **Вы являетесь сотрудником медицинской организации, тип собственности которой…?**
22. *государственная (переход к вопросу 15);*
23. *муниципальная (переход к вопросу 15);*
24. *частная (переход к вопросу 26);*
25. *совмещаю работу в государственной/муниципальной медицинской организации с деятельностью в частной (переход к вопросу 15).*
26. **Нужен ли в Вашей профессиональной деятельности компьютер?**
27. *да (переход к вопросу 16);*
28. *нет (переход к вопросу 22)*
29. **Установлен ли на Вашем рабочем месте компьютер?**
30. *да (переход к вопросу 17);*
31. *имею постоянный доступ к чужому компьютеру (переход к вопросу 17);*
32. *нет (переход к вопросу 22)*
33. **Подключен ли компьютер к медицинской информационной системе (МИС) Вашей медицинской организации?**
34. *да (переход к вопросу 18);*
35. *нет (переход к вопросу 19)*
36. *МИС не установлена (переход к вопросу 19)*
37. **Как бы Вы оценили качество МИС Вашей медицинской организации?** (*оценка по 10-бальной шкале*)
38. **Имеете ли Вы выход в интернет?**
39. *да (переход к вопросу 20);*
40. *нет (переход к вопросу 22).*
41. **Как бы Вы оценили качество интернет-связи?**

*(оценка по 10-бальной шкале)*

1. **Используете ли Вы в своей работе телемедицинские системы?**
2. *да (переход к вопросу 22);*
3. *нет (переход к вопросу 22);*
4. *затрудняюсь ответить (переход к вопросу 22).*
5. **Отказалась ли Ваша медицинская организация от бумажной медицинской карты пациента?**
6. *да (переход к вопросу 23);*
7. *нет (переход к вопросу 23);*
8. *затрудняюсь ответить (переход к вопросу 23).*
9. **Используется ли в Вашей медицинской организации система выписки электронных рецептов?**
10. *да (переход к вопросу 24);*
11. *нет (переход к вопросу 24);*
12. *затрудняюсь ответить (переход к вопросу 24).*
13. **Проводят ли у Вас обучение и повышение квалификации медицинских работников в сфере IT?**
14. *да (переход к вопросу 25);*
15. *нет (переход к вопросу 25);*
16. *затрудняюсь ответить (переход к вопросу 25);*
17. **Что, по Вашему мнению, мешает информатизации здравоохранения?** (*свободный ответ*)
18. **Укажите адрес и наименование медицинской (транспортной) организации, в которой Вы работаете?**

(*свободный ответ*)

1. **Укажите Ваш регион**