|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **云南省省本级基本医疗保险定点医院医疗服务质量问卷调查表（2020年度）** | | | |
| 定点医院名称： | | 科室名称： | 疾病名称： |
| 填写人姓名： | | 单位： | 联系电话： |
| 序号 | 问卷调查内容 | | 请在您认为正确的地方打 “√” |
| 1 | 住院治疗过程中，医护人员是否查验了您的身份证、医保卡等相关证件。 | | （1）验证 （2 ）不验证 |
| 2 | 住院期间是否被要求到院内或院外自费购买药品或耗材？如果有，是何种药品或耗材，金额多少？ | | （1）是 （2）否 |
| （3）药品或耗材名称： |
| （4）金额： |
| 3 | 您已在同级或上级医疗机构做过的大型仪器检查项目，尚未超出检查项目周期变化规律的允许时间，如CT、核磁共振、彩超等，在这家医院治疗过程中，该院医生是否在门诊或住院时再一次要求您开单检查？（急危重症情况除外） | | （1）是 （2）否 |
| 4 | 住院期间，医生是否以医保部门指标控制为由要求您出院，过15天后再办理一次住院手续或对您的住院费用总额进行限制性规定？ | | （1）是 （2）否 |
| 5 | 您每天能了解当天的医疗消费情况吗？ | | （1）是 （2）否 |
| 6 | 您在医院产生的费用与实际结算费用是否相符？ | | （1）是 （2）否 |
| 7 | 符合病种付费的疾病，医院是否向您出具知情同意书，按规定提供医疗服务内容保证医疗质量，按照病种付费的结算标准收取费用？ | | （1）是 （2）否 |
| 8 | 您对这家医院医疗服务水平和质量的总体评价是： | | （1）满意 （2）比较满意 |
| （3）一般 （4）不满意 |
| 9 | 您对医疗保险工作的意见和建议？ | | |
|
|  |  |  |  |
|  |  | 制表单位：云南省医疗保险基金管理中心 | |
|  |  |  | 年月日 |