附件 1

知情同意书

中国非公立医疗机构协会是经国务院批准成立，由依法获得医疗机构执业许可的非公立医疗机构、相关企事业单位和社会团体等有关组织和个人自愿结成的全国性、行业性、非营利性独立法人社团，也是全国唯一从事社会办医行业服务和行业管理的国家级行业组织。协会始终以汇聚社会力量，铸就健康中国为发展愿景；秉持以服务为根本、自律为核心、维权为责任、指导为手段作为办会宗旨；以发展和规范社会办医为历史使命，充分发挥政府与社会办医疗机构联系沟通的桥梁与纽带作用。

为客观分析社会办透析发展现状，切实发挥行业组织优势，更好地落实国家关于社会办透析中心发展初衷，推动我国透析服务行业健康持续发展，中国非公立医疗机构协会肾脏病透析专业委员会开展了《中国社会办透析服务行业发展报告》编写工作。目前正在开展社会办医透析服务行业数据调研工作，调研内容包括社会办院内透析中心（室）及独立透析中心的规模、患者人数、服务技术和质量控制、人力资源、财务、设备设施、药品耗材等。

我们诚邀您参与本次关于 社会办透析服务行业 的调研活动，时长约 40 分钟，调研方式为 **线上调研** 。期待您的经验及观点分享。

在调研中，我们可能会采用录音/笔录或在线访问的上传信息等形式对访谈进行全面记录。您的意见和看法无所谓对错，我们只是用于统计分析的目的，不用在任何其他用途。

我们将会对您的**个人资料和意见进行严格的保密**。您已知晓现况调研的行业准则及法律法规中对于个人信息保护的相关规定。您有权在调研过程中随时退出。对于调研过程中出示的访问内容及材料，也需要您严格保密。

非常感谢您百忙之中抽空参加我们的研究项目！

另附：

中国非公立医疗机构协会完整隐私权声明

请注意以下重要信息，这些信息涉及中国非公立医疗机构协会如何处理您在问卷填写和访谈中提供的个人信息：

如何使用您的个人信息？

您的个人信息将仅用于问卷填写的核对回访和处理您的问询及投诉。

收集您的哪些个人信息？

您提供给中国非公立医疗机构协会的个人信息可能包括：您的姓名（包括称呼语或头衔）；性别；联系方式；所在地区等。

如何获得您的个人信息？

中国非公立医疗机构协会处理的您的任何个人信息均由您提供。

如何对个人信息进行存储？

本调研仅适用于在中华人民共和国大陆（不包括中国香港、中国澳门和中国台湾）境内用户，并将获得的个人信息及/

或企业信息存放于中华人民共和国境内。

您的个人信息将保留多长时间？

除非法律法规有其他要求，我们仅在为实现目的所必需的时间内保留您的个人信息及/或企业信息，并在超出下述保留时间后删除或匿名化处理您的个人信息及/或企业信息。

将与谁分享您的个人信息？

中国非公立医疗机构协会的员工和部分供应商的授权员工，将可获取您的个人信息。此外，中国非公立医疗机构协会可能需要将您的个人信息转交给某些监管机构。在向监管机构提交的报告中，通常不会提供患者姓名。

如何保护您的个人信息？

中国非公立医疗机构协会可根据其政策和程序与供应商分享您的个人信息，并根据书面协议要求供应商在处理您的个人信息时采取适当的保密措施（包括对您的个人信息保密和实施适当的技术与管理安全措施）。

中国非公立医疗机构协会将遵循适用的隐私和数据保护法，采取适当的法律、管理和技术措施保护您的数据。

您有哪些权利？

您有权：

- 要求获得有关个人信息处理的信息，包括获得您个人信息的副本；
- 在强制性法律法规允许范围内要求更正和/或删除个人信息，或反对处理个人信息；
- 要求限制处理您的个人信息；
- 要求以机器可读的形式接收或向其他组织传输您提供给中国非公立医疗机构协会的个人信息；
- 如果您的数据保护权利受到侵犯，您有权向当地的数据保护机构或法院投诉。您有权要求赔偿因非法处理个人信息而给您造成的损失或痛苦。

您可以选择与中国非公立医疗机构协会分享您的个人信息，也可以选择拒绝。如果您反对处理个人信息，那么在不损害中国非公立医疗机构协会履行法律义务的范围内，中国非公立医疗机构协会将尊重该选择。

如果您想行使自己的权利，对个人信息处理存在任何疑问，或想获知其他信息，请联系中国非公立医疗机构协会工作人员。

姓名	职务	手机	邮箱
张征琪	研究员	15679775277	ilona.zhang@bhiinsights.com
黄荣春	秘书	15221513685	15221513685@163.com
张爽	技术支持	13520508310	zhangshuang@aoxihealth.com

2021 年社会办透析服务行业发展报告调研问卷

先生/女士：

您好！

【中国非公立医疗机构协会肾脏病透析专业委员会】目前正在进行一项关于**社会办透析服务行业**的现状调查研究，现诚邀您参加这项调研。

此调研问卷的填写大约需要 40 分钟。

需要和您确认的是，您提供的信息将被严格保密。您的答案将会采用匿名的方式，与其他受访者的答案一起进行整体的分析，从而帮助我们了解整个**社会办透析服务行业**发展现状。

本次调研仅供研究，不用于推广目的。调研对象：社会办独立血透中心和院内血透（中心）室，填写人应为中心（室）负责人。

填写数据以时间 2021 年 12 月 31 日为截止数据或当日时点数据，如您填写的信息存在遗漏和错误，我们可能会在合适的时间来再次联系您，非常感谢您的配合。我们将会按照 ISO20262 的规范来保护您的信息。

另外，答案没有正确和错误之分，您提供的任何信息，对于我们的分析来说，都是非常重要的。

感谢您抽出宝贵时间，参与我们的调研。

首先，请您填写您和所在机构的基本信息。

基本信息

S1	请问是独立透析中心还是院内透析室？	◯ 独立透析中心	独立透析中心名称	_____	必填项
		◯ 院内透析室	医院名称	_____	必填项
			医院级别	◯ 三级 ◯ 二级 ◯ 一级 ◯ 无级别	必填项（单选）
S2	医疗机构统一社会信用代码(开票税号)	_____			必填项
S3	所在地区	省：____ 市：____ 区/县：____（下拉选择）			必填项
S4	取得卫生机构执业许可证时间	_____年_____月			必填项
S5	取得医保定点资质时间	_____年_____月			必填项
S6	填写者姓名	姓名：_____ 职务：_____			必填项
S7	填写者性别	◯ 男 ◯ 女			必填项（单选）
S8	填写者联系方式	◯ 移动电话：+86 _____ ◯ 固定电话：___-_____			必填项（多选）

主问卷

Part A. 整体情况				
A1	2021 年本中心的在透患者人数是多少？	HD	A1a：_____人	必填项
		PD	A1b：_____人	必填项
A2	2021 年本中心的省外透析患者数是多少？	HD	A2a：_____人	必填项
		PD	A2b：_____人	必填项
A3	2021 年本中心各年龄段的患者数量分别是多少？	＜18 岁	A3a：_____人	必填项
		18-30 岁	A3b：_____人	必填项
		30-40 岁	A3c：_____人	必填项
		40-50 岁	A3d：_____人	必填项
		50-60 岁	A3e：_____人	必填项
		60-70 岁	A3f：_____人	必填项
		≥70 岁	A3g：_____人	必填项
A4	2021 年本中心各透析龄的患者数量分别是多少？	＜1 年	A4a：_____人	必填项
		1-3 年	A4b：_____人	必填项
		3-5 年	A4c：_____人	必填项
		5-10 年	A4d：_____人	必填项
		10-15 年	A4e：_____人	必填项
		15-20 年	A4f：_____人	必填项
		≥20 年	A4g：_____人	必填项
A5	本中心现有透析机台数是多少？	单泵	A5a：_____台	必填项
		双泵	A5b：_____台	必填项
		阴性区	A5c：_____台	必填项
		阳性区	A5d：_____台	必填项
		过渡区	A5e：_____台	必填项
A6	本中心设计最大透析机台数是多少？	_____台		必填项
A7	本中心 2021 年患者透析相关医疗支出总费用是多少？	_____万元		必填项
A8	本中心 2021 年透析服务总收入是多少？	_____万元		必填项
A9	本中心 2021 年透析相关药品收入是多少？	_____次		必填项
A10	2021 年本中心患者透析总次数是多少？	_____次		必填项

Part B. 医保和结算情况				
B1	本中心是否有医保定点机构资质？	○ 是　○ 否		必填项（单选）
B2	（如果 S5=独立透析中心，请回答本题，否则跳过本题） 如是独立透析中心，本中心按照什么级别进行医保报销？	○ 三级　○ 二级　○ 一级 ○ 其他，请进行说明：_____		必填项（单选）
B3	本中心患者的医保覆盖率是多少？	城镇职工基本医保	B3a：_____%	必填项
		城乡居民基本医保	B3b：_____%	必填项
		大病救助（民政救助）	B3c：_____%	必填项

			大病保险	B3d：_____%	必填项
			商业保险	B3e：_____%	必填项
B4	**本中心所在地区的医保统筹范围是？**		◯ 省级 ◯ 市级 ◯ 区县级 ◯ 其他：_____		必填项 （多选）
B5	**本中心是否可以跨省异地医保报销？**		◯ 是　◯ 否		必填项 （单选）
B6	**请填写本中心适用的医保报销方式并填写报销比例或报销金额（如药品和治疗分开，则仅需填写治疗费用报销情况）**				
	医保报销方式		**费用分档（请从起付线/最低档开始填写）**	**报销比例**	
	按参保类型	城镇职工 在职	___元-___元	_____%	选填项
			___元-___元	_____%	无限拓展项
		城镇职工 退休	___元-___元	_____%	选填项
			___元-___元	_____%	无限拓展项
		城乡居民	___元-___元	_____%	选填项
			___元-___元	_____%	无限拓展项
		大病救助（民政救助）	___元-___元	_____%	选填项
			___元-___元	_____%	无限拓展项
		大病保险	___元-___元	_____%	选填项
			___元-___元	_____%	无限拓展项
	医保报销方式		**报销金额**		
	按治疗项目（包含耗材费）	透析 高通量	城镇职工：_____元/次		选填项
			城乡居民：_____元/次		选填项
		透析 低通量	城镇职工：_____元/次		选填项
			城乡居民：_____元/次		选填项
		透析滤过	城镇职工：_____元/次		选填项
			城乡居民：_____元/次		选填项
		灌流	城镇职工：_____元/次		选填项
			城乡居民：_____元/次		选填项
	医保报销方式		**报销金额**		
	限额（患者医保最高报销额）		城镇职工：_____元/年		选填项
			城乡居民：_____元/年		选填项
			特病：_____元/年		选填项
	医保报销方式		**报销金额**		
	商业保险		_____%		选填项
	医保报销方式		**报销比例**		
	非上述五种，请填写医保报销方式和比例		_____		选填项
B7	**本中心是否和同级别公立医院的医保报销政策一致？**		◯ 是　◯ 否，差别是：_____		必填项 （单选）
B8	**本中心医保是否有费用年度总限额控制？（中心的医保费用限额）**		◯ 是	限额条件是：_____ 限额额度是：_____元	必填项 （单选）

		○ 否		
B9	透析滤过和灌流是否单独纳入到本中心的门诊医保报销范围？	透析滤过	○ 是 ○ 否	必填项（单选）
		灌流	○ 是 ○ 否	必填项（单选）
B10	本中心的单次透析/透析滤过/灌流收入（患者自付的费用）是多少？	透析	_____元	必填项
		透析滤过	_____元	必填项
		灌流	_____元	必填项
B11	本中心的医保费用结算周期是多少天？（医保局给医院或中心的结算周期）	_____天结算一次		必填项（单选）
B12	本中心是否有扣除医保质保金？扣除比例是多少？	○ 是，扣除比例为：_____ ○ 否		必填项（单选）
B13	本中心 2021 年医保总费用是多少？	_____万元		必填项
B14	本中心 2021 年医保结算比例（医保回款率）是多少？	_____%		必填项

Part C. 透析服务技术和质控				
C1	本中心是否开展血液滤过（HF）？	○ 是 ○ 否		必填项（单选）
C2	本中心是否开展血液透析滤过（HDF）？	○ 是 ○ 否		必填项（单选）
C3	本中心是否开展血液灌流联合血液透析治疗（HP+HD）？	○ 是 ○ 否		必填项（单选）
C4	（如 S5=院内透析室，请回答本题，否则跳过本题） 本中心是否开展连续肾脏替代疗法（CRRT）？	○ 是 ○ 否		必填项（单选）
C5	本中心是否开展腹膜透析治疗（PD）？	○ 是 ○ 否		必填项（单选）
C6	本中心是否开展自动腹膜透析机治疗（APD）？	○ 是 ○ 否		必填项（单选）
C7	截止到 2021 年 12 月 31 日，本中心所有在透患者的原发病排名前三名的疾病名称及相对应的患病人数	原发病 1：_____（下拉选择）	C7a：_____人	必填项
		原发病 2：_____（下拉选择）	C7b：_____人	必填项
		原发病 3：_____（下拉选择）	C7c：_____人	必填项
C8	截止到 2021 年 12 月 31 日，本中心在透患者使用血管通路的类型	自体动静脉内瘘(AVF)	C8a：_____人	必填项
		移植物内瘘(AVG)	C8b：_____人	必填项
		中心静脉导管(CVC)	C8c：_____人	必填项
C9	本中心 2021 年共计死亡患者人数是多少？（包括在本中心死亡、家中死亡和外院死亡）	_____人		必填项
C10	本中心 2021 年前三大死亡原因及其患者人数	死亡原因 1：_____（下拉选择）	C10a：_____人	选填项
		死亡原因 2：_____（下拉选择）	C10b：_____人	选填项
		死亡原因 3：_____（下拉选择）	C10c：_____人	选填项

C11	**本中心 2021 年的流失患者数是多少？**	_____人		必填项
C12	**本中心 2021 年患者流失的原因及患者人数**	转到其他机构继续血透	C12a：_____人	必填项
		转腹透	C12b：_____人	必填项
		死亡（包括在本中心死亡、家中死亡和外院死亡）	C12c：_____人	必填项
		移植	C12d：_____人	必填项
		其他	C12e：_____人	自动填充
C13	**本中心 2021 年合并有感染性疾病的透析患者人数**	乙肝透析病人	C13a：____人	必填项
		丙型透析病人	C13b：____人	必填项
		同时合并有乙肝、丙肝的透析病人	C13c：____人	必填项
		梅毒透析病人	C13d：____人	必填项
C14	**本中心对于感染性指标的监测频率**	◯ 新入患者必筛，以后每半年筛查一次 ◯ 新入患者必筛，之后按 0，1，3，6 个月筛查，之后再恢复到每半年一次 ◯ 于外院手术/透析转回本院前必须筛查 ◯ 其他：_____		必填项（多选）
C15	**本中心 2021 年血液透析充分性的合格率和完成率（如有多个数据，请填写 2021 年平均值）**	Kt/V 和 URR 定时监测完成率（至少规律每 6 个月监测一次的患者人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		Kt/V 和 URR 达标率(Kt/V 在 1.2 以上及 URR 在 65%以上的患者人数占所有患者人数的百分比）	_____%	必填项
C16	**本中心 2021 年并发症管理完成率和达标率（如有多个数据，请填写 2021 年平均值）**	血常规定期监测完成率(规律每 1 个月监测一次血常规的人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		肝肾功能定期监测完成率(规律每 3 个月完成肝功能的人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		白蛋白定期监测完成率(规律每 3 个月完成白蛋白的人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		电解质定期监测完成率(规律每 3 个月完成电解质的人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		血脂定期监测完成率(规律每 3 个月完成血脂的人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		血液生化定期监测完成率(规律每 3 个月完成血液生化（含肝肾功能、白蛋白、电解质、血脂等）的人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		血清前白蛋白的定期监测完成率（规律每 6 个月监测一次血清前白蛋白的人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		C 反应蛋白的定期监测完成率（规律每 6 个月监测一次 C 反应蛋白的人数占所有	_____%	必填项

		透析人数的百分比）		
		β2 微球蛋白的定期监测完成率(规律每 6 个监测一次β2 微球蛋白的人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		全段甲状旁腺素(iPTH)定期监测完成率（每 6 个月完成 iPTH 检验人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定期监验完成率（每 6 个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验人数占所有透析人数的百分比）	_____%	必填项
		高血压控制率（达标值：如患者年龄在 60 岁以下，透前血压需要控制在<140/90mmHg；如患者年龄 60 岁以上，透前血压需要控制在<160/90mmHg）	_____%	必填项
		肾性贫血控制率（达标值：110g/L-130 g/L）	_____%	必填项
		Ca 管理（2.1-2.5mmol/L）达标的患者的比例	_____%	必填项
		P 管理（1.13-1.78mmol/L）达标的患者的比例	_____%	必填项
		PTH 管理达标的患者的比例	_____%	必填项
		CKD-MBD 的管理：Ca 管理（2.1-2.5mmol/L）、P 管理（1.13-1.78mmol/L)和 PTH 管理(iPTH 控制在正常值上限 2-9 倍的患者)同时达标的患者的比例	_____%	必填项
		血清白蛋白达标率（ >35 g/L)	_____%	必填项

Part D. 财务情况			
D1	**请填写以下经营情况数据：**		
	财务项	**2021 年**	
	收入	_____万元	必填项
D2	**请填写以下企业发展能力数据**		
	财务项	**2021 年**	
	收入同比增长率（2020-2021）	_____%	必填项
	患者同比增长率（2020-2021）	_____%	必填项

Part E. 人力资源				
E1	**本中心从业人员总数是多少？**	全职	E1a：_____人	必填项
		兼职	E1b：_____人	必填项
E2	**本中心透析医生人数是多少？**	全职	E2a：_____人	必填项
		兼职	E2b：_____人	必填项
E3	**本中心透析专家（高级职称）人数是多少？**	_____人		必填项

E4	**本中心取得血液透析上岗培训证的护士人数是多少？**	_____人		必填项
E5	**本中心取得血液透析上岗培训证的技师人数是多少？**	_____人		必填项
E6	**本中心药师人数是多少？**	_____人		必填项
E7	**当地开展血液净化资质护士培训课程的人均花费是多少？**	_____元		必填项
E8	**本中心的管理人员数量和管理人员人工成本占比分别是多少？【“管理人员”指除去医生、护士、技师、药剂师之外的所有人】**	管理人员数量	E8a：_____人	必填项
		管理人员人工成本占总人工成本的比例	E8b：_____%	必填项

E9	**本中心各类职称医师（全职）人数分别是多少？**		
	职称	**人数**	
	主任医师（全职）	E9a：_____人	必填项
	副主任医师（全职）	E9b：_____人	必填项
	主治医师（全职）	E9c：_____人	必填项
	其他职称的医师（全职）	E9d：_____人	自动填充

E10	**本中心从业年限的全职医师和护士的人数分别是多少？**			
	从业年限	**全职医生人数**	**护士人数**	
	<1 年	E10a1：_____人	E10a2：_____人	必填项
	1-3 年	E10b1：_____人	E10b2：_____人	必填项
	3-5 年	E10c1：_____人	E10c2：_____人	必填项
	5-10 年	E10d1：_____人	E10d2：_____人	必填项
	≥10 年	E10e1：_____人	E10e2：_____人	自动填充

E11	**本中心年人力成本（工资+绩效+社保+福利）的全职医师和护士的人数分别是多少？**			
	年收入	**全职医生人数**	**护士人数**	
	<10 万	E11a1：_____人	E11a2：_____人	必填项
	10-15 万	E11b1：_____人	E11b2：_____人	必填项
	15-20 万	E11c1：_____人	E11c2：_____人	必填项
	20-25 万	E11d1：_____人	E11d2：_____人	必填项
	25-30 万	E11e1：_____人	E11e2：_____人	必填项
	≥30 万	E11f1：_____人	E11f2：_____人	自动填充

Part F. 设备设施

F1	**请从以下列表中勾选本中心已配备的设备设施：**			必填项（多选）
	◯ 透析用水处理设施			选填项
	◯ 集中供液设施			选填项
	◯ 污水处理设施			选填项
	◯ 备用电路	是否有双路电？	◯ 是 ◯ 否	必填项（单选）
		是否有发电机组？	◯ 是 ◯ 否	必填项（单选）

	◯ 消防设施	是否有消防通道设置？	◯ 是 ◯ 否	必填项（单选）
	◯ 备用水箱/水路	是否有双路水？	◯ 是 ◯ 否	必填项（单选）
		是否有停水应急预案？	◯ 是 ◯ 否	必填项（单选）
		是否有演练？	◯ 是 ◯ 否	必填项（单选）
	◯ 空消设施	空消次数是？	_____次/天	必填项
		是否依规检查记录？	◯ 是 ◯ 否	必填项（单选）
	◯ 透析床位	透析床位数是？	_____张	必填项
	◯ 阳性区床位数/隔离透析区床位	阳性区床位数/隔离透析区床位数是？	_____张	必填项
	◯ 急救设备	◯ 除颤仪		必填项（多选）
		◯ 心肺监测器		
		◯ 抢救车		
		◯ 负压抽吸		
	◯ 检验设备			选填项
	◯ 中心供氧设备			选填项
F2	**本中心能否进行手术？**	◯ 是	血管通路手术：◯ 是 ◯ 否	必填项（单选）
			PTA 手术：◯ 是 ◯ 否	
		◯ 否		
F3	**本中心转诊发热患者过程中有哪些相应功能区配置？**	_____		必填项
F4	**本中心 2021 年门诊使用血液透析机设备品牌的数量和维修频率分别是多少？（请罗列全部品牌）**			
	品牌名	**数量**	**平均每台维修频率**	
	_____（下拉选择）	_____台	_____次/年	必填项
	_____（下拉选择）	_____台	_____次/年	无限拓展项
	其他，请说明：_____	_____台	_____次/年	无限拓展项
F5	**本中心 2021 年门诊使用透析器品牌的数量分别是多少？（请罗列全部品牌）**			
	品牌名	**数量**		
	_____（下拉选择）	_____支		必填项
	_____（下拉选择）	_____支		无限拓展项
	其他，请说明：_____	_____支		无限拓展项
F6	**本中心 2021 年门诊内耗材采购频率和库存备货量分别是多少？**	透析器采购频率（库房周转率）	_____次/月	必填项
		库存备货量	_____月	必填项
F7	**本中心 2021 年单位患者月均药品花费金额是多少？**	_____元/人		必填项
F8	**本中心 2021 年单位患者 EPO 使用**	2000IU	F8a：_____支/人	必填项

	量是多少？	3000IU	F8b：_____支/人	必填项
		4000IU	F8c：_____支/人	必填项
		5000IU	F8d：_____支/人	必填项
		10000IU	F8e：_____支/人	必填项
F9	**本中心 2021 年度 EPO 使用品牌数量分别是多少？（请罗列全部品牌）**			
	品牌名	**数量**		
	_____（下拉选择）	_____支		必填项
	_____（下拉选择）	_____支		无限拓展项
	其他，请说明：_____	_____支		无限拓展项
F10	**本中心 2021 年单位患者左卡尼汀使用量是多少？**	_____支/人		必填项
F11	**本中心 2021 年度左卡尼汀使用品牌数量分别是多少？（请罗列全部品牌）**			
	品牌名	数量		
	_____（下拉选择）	_____支		必填项
	_____（下拉选择）	_____支		无限拓展项
	其他，请说明：_____	_____支		无限拓展项
F12	**本中心 2021 年单位患者低分子肝素使用量是多少？**	_____支/人		必填项
F13	**本中心 2021 年度低分子肝素使用品牌数量分别是多少？（请罗列全部品牌）**			
	品牌名	**数量**		
	_____（下拉选择）	_____支		必填项
	_____（下拉选择）	_____支		无限拓展项
	其他，请说明：_____	_____支		无限拓展项
F14	**请从以下列表中勾选本中心使用的管理系统：**			选填项（多选）
	管理系统类别	**使用品牌**	**版本**	
	◯ HIS 系统（含医保系统）	_____	_____	选填项
	◯ 透析治疗系统	_____	_____	选填项
	◯ 办公 OA 系统	_____	_____	选填项
	◯ 财务系统	_____	_____	选填项

调研结束，为感谢您的支持与配合，我们给您准备了一份礼品，请选择。

谢谢！

附件 2

2021 年社会办透析服务行业发展报告调研问卷

------ 项目手册 ------

(2022 年 01 月)

中国非公立医疗机构协会肾脏病透析专业委员会

地址

邮编：200003

地址：上海市黄浦区成都北路 500 号峻岭广场 202B 室

项目负责人联系方式：

姓名	职务	手机	邮箱
张征琪	研究员	15679775277	ilona.zhang@bhiinsights.com
黄荣春	秘书	15221513685	15221513685@163.com

项目介绍

(一) 研究目的：社会办透析服务行业发展现状调查研究

(二) 研究方法：定量问卷

(三) 时间安排

执行时间：2021 年 01 月 04 日 - 2021 年 04 月 30 日（4 个月）

试填写	**试填写时间**	**培训指导或参与**
八家单位	TBD	TBD
培训	**培训时间**	**培训指导或参与**
所有样本单位	2 月底	TBD
FW 时间		**负责人**
问卷填写全面执行	2 月 23 日 - 4 月 7 日	TBD
设库，编码，录入，纠错和出表	2 月 23 日 - 4 月 30 日	TBD
30%样本和数据反馈	3 月 9 日	TBD
80%样本和数据反馈	3 月 23 日	TBD
100%样本和数据反馈	4 月 7 日	TBD
clean data 完成	4 月 30 日	TBD

※ 所有问卷必须在 4 月 7 日前完成填写并提交

问卷全面执行过程中，需定期进行数据反馈，一共分三次完成所有样本的收集

(四) 采样要求

1) 采集非公立医院血透室及独立血透中心两种样本类型

2) 样本数不低于 1000 家，尽可能将所有社会办院内血透室和独立透析中心数据都收上来

3) 地域分布尽量覆盖全国各省

(五) 问卷程序说明

1. 问卷程序简介：

为配合社会办对透析服务行业的现状进行调查研究的定量问卷程序。

2. 进入问卷程序的方法：

- 访问地址：

  http://qs.aoxi-sh.com/s/53394631a2384118b8de2a360a690022

- 扫描二维码：

3. 填写问卷：

主问卷分为六个部分，填写完所有项目后提交即可。

(六) 问卷质量标准及详细解释

1. 问卷填写选项详细解释

A. 必填项：该题中所有填空内容均必须填写

B. 必填项（单选）：该题中，必须选勾其中一个选项，并必须填写所勾选项的所有填空内容

C. 必填项（多选）：该题中，必须勾选其中至少一个选项，并必须填写所勾选项的所有填空内容

D. 选填项：该题可勾/填可不勾/填

E. 无限拓展项：该选项可以通过“+号”新增不限数量的相同选项以供填写

F. 自动填充：该选项将会通过前文所填写的数据自动计算得出，请填写者自行判断该数字是否正确，若数字不正确，请修改前文所填写的数字至该自动计算项正确为止

G. 下拉选择：请在下拉选择列表中进行选择

H. 有些选项数据存在逻辑关系，请关注

※ 若必填项中，该题没有内容可填写，请统一填写 999

2. 基本信息部分

- S1 名称请填写全称

- S2 社会信用代码，是指中心（公司）开发票时用的税号，用于避免同一机构不同人重复填写

- S3 设置省市区县下拉选择

- 填写者姓名、职务、性别和联系方式仅用于数据纠正时联系填写人使用

3. 主问卷分为六个部分

部分	内容	建议时间
Part A	整体情况	5 分钟
Part B	医保和结算情况	5 分钟
Part C	透析服务技术和质控	10 分钟
Part D	财务情况	2 分钟
Part E	人力资源	8 分钟
Part F	设备设施	10 分钟

※ 完成所有问卷预计耗时 40 分钟

4. 问卷详细解释及 QC 标准

A．整体情况

- A1：填写数字
- A2：填写数字，A2a≤A1a，A2b≤A1b
- A3：填写数字，A3a+A3b+A3c+A3d+A3e+A3f+A3g=A1a+A1b
- A4：填写数字，A4a+A4b+A4c+A4d+A4e+A4f+A4g=A1a+A1b
- A5：填写数字，A5a+A5b=A5c+A5d+A5e
- A6：填写数字
- A7：填写数字
- A8：填写数字
- A9：填写数字
- A10：填写数字

B．医保和结算情况

- B2：如果 S5=独立透析中心，请回答本题，否则跳过本题；如选择其他，必须填写文字进行说明
- B3：填写数字，本题指本中心城镇职工基本医保的患者比例、城乡居民基本医保的患者比例、大病救助（民政救助）的患者比例、大病保险的患者比例以及商业保险的患者比例，按实际填写，没有就不填写；城镇职工基本医保的患者比例和城乡居民基本医保的患者比例数值之和≤100，B3a、B3b、B3c、B3d、B3e≤100
- B4：如选择其他，必须填写文字进行说明
- B6：前四项填写数字。选择与本中心医保报销方式相匹配的类别进行填写即可，如有多种报销方式，请在相对应的部分全部填写；费用分档请从起付线开始填写，可无限新

增费用分档，直至封顶线；如非前四种报销类型，请在“非上述四种，请填写医保报销方式和比例”中填写相应的报销方式、报销比例或报销金额

- B7：如选择否，必须填写文字进行说明
- B8：如选择是，必须填写该选项填空内容，填写数字
- B10：填写数字
- B11：填写数字
- B12：如选择是，必须填写该选项填空内容，填写数字，B12≤100
- B13：填写数字
- B14：填写数字

C．透析服务技术和质控

- C4：如果 S5=院内透析室，请回答本题，否则跳过本题
- C7：原发病下拉选择列表【糖尿病、高血压、肾小球肾炎（急慢）、肾病综合征、多囊肾、Iga 肾病、血管炎、系统性红斑狼疮、心脏病、药物损伤、血脂紊乱、高尿酸血症和痛风、其他：_____】；人数填写数字，C7a+C7b+C7c≤A1a+A1b
- C8：填写数字，C8a+C8b+C8c= A1a+A1b
- C9：填写数字
- C10：死亡原因下拉选择列表【大面积脑死亡、心衰、感染、肿瘤、出血、自杀、家属放弃，其他：_____】；人数填写数字，C10a+C10b+C10c≤C9
- C11：填写数字
- C12：填写数字，C12a+C12b+C12c+C12d+C12e=C11
- C13：填写数字，C13a+C13b+C13c+C13d≤A1a+A1b
- C14：如选择其他，必须填写文字进行说明

- C15：填写数字，数值≤100
- C16：填写数字，数值≤100

D．财务情况

- D1：填写数字
- D2：填写数字，数值≤100

E．人力资源

- E1：填写数字
- E2：填写数字，E2a+E2b≤E1a+E1b
- E3：填写数字，E3≤E1a+E1b
- E4：填写数字，E4≤E1a+E1b
- E5：填写数字，E5≤E1a+E1b
- E6：填写数字，E6≤E1a+E1b
- E7：填写数字
- E8：填写数字，E8a≤E1a+E1b，E8b≤100
- E9：填写数字，E9a+E9b+E9c+E9d=E2a
- E10：填写数字，统计范围仅为全职医生和取得血液透析上岗培训证的护士，E10a1+E10b1+E10c1+E10d1+E10e1=E2a，E10a2+E10b2+E10c2+E10d2+E10e2=E4
- E11：填写数字，统计范围仅为全职医生和取得血液透析上岗培训证的护士，E11a1+E11b1+E11c1+E11d1+E11e1+E11f1=E2a，E11a2+E11b2+E11c2+E11d2+E11e2+E11f2=E4

F．设备设施

- F1：选勾本中心有的设备设施选项，并必须填写所勾选项下的单选内容和填空内容（填写数字）
- F2：如选择是，必须勾选是否能血管通路手术和 PTA 手术
- F3：定性题，填写者根据本中心情况相应填写
- F4：须填写本中心所使用的所有透析机品牌使用情况，选项可无限新增。透析机品牌下拉选择列表【费森尤斯、百特金宝、贝朗、东丽、尼普洛、旭化成、JMS、贝尔克、威高日机装、宝莱特、三鑫、山外山、新华医疗、广州贝恩、欧赛、暨华】，如非列表中品牌，请选择其他并必须填写其他品牌的名称，其他项也可无限新增；F4 所填品牌的数量之和=A5a+A5b
- F5：须填写本中心所使用的所有透析器品牌使用情况，选项可无限新增。透析器品牌下拉选择列表【费森尤斯、百特金宝、贝朗、东丽、尼普洛、川澄、旭化成、JMS、贝尔克、威高、宝莱特、三鑫、山外山、新华医疗、广州贝恩（德朗）、欧赛、朗腾、佩尼】，如非列表中品牌，请选择其他并必须填写其他品牌的名称，其他项也可无限新增
- F6：填写数字
- F7：填写数字，F7=A8/[12*(A1a+A1b)]
- F8：填写数字
- F9：填写数字，须填写本中心所使用的所有 EPO 品牌使用情况，选项可无限新增。EPO 品牌下拉选择列表【赛博尔、益比奥、环尔博、济脉欣、宁红欣、罗可曼、依博、依倍、雪达升、佳林豪、利血宝、怡宝】，如非列表中品牌，请选择其他并必须填写其他品牌的名称，其他项也可无限新增；F9 所填品牌的数量之和=(F8a+F8b+F8c+F8d)*(A1a+A1b)
- F10：填写数字

- F11：须填写本中心所使用的所有左卡尼汀品牌使用情况，选项可无限新增。左卡尼汀品牌下拉选择列表【常州兰陵（雷卡）、深圳未名新鹏、海汀、尼尔、卡尔特、可益能】，如非列表中品牌，请选择其他并必须填写其他品牌的名称，其他项也可无限新增；F11 所填品牌的数量之和=F10*(A1a+A1b)
- F12：填写数字
- F13：须填写本中心所使用的所有低分子肝素品牌使用情况，选项可无限新增。低分子肝素品牌下拉选择列表【赛博尔、江苏万邦、法安明、克赛、齐征、希弗全】，如非列表中品牌，请选择其他并必须填写其他品牌的名称，其他项也可无限新增；F13 所填品牌的数量之和=F12*(A1a+A1b)
- F14：须勾选本中心所使用的管理系统类型并填写所使用的品牌名和版本号

5. 系统自动计算内容（非问卷显示内容）

- 中位年龄：依据 A3 数据
- 各年龄段患者比例：
  - ＜18 岁：A3a/(A1a+A1b)
  - 18-30 岁：A3b/(A1a+A1b)
  - 30-40 岁：A3c/(A1a+A1b)
  - 40-50 岁：A3d/(A1a+A1b)
  - 50-60 岁：A3e/(A1a+A1b)
  - 60-70 岁：A3f/(A1a+A1b)
  - ≥70 岁：A3g/(A1a+A1b)
- 各透龄段患者比例：
  - ＜1 年：A4a/(A1a+A1b)

- 1-3 年：A4b/(A1a+A1b)
- 3-5 年：A4c/(A1a+A1b)
- 5-10 年：A4d/(A1a+A1b)
- 10-15 年：A4e/(A1a+A1b)
- 15-20 年：A4f/(A1a+A1b)
- ≥20 年：A4g/(A1a+A1b)

– 2021 年患者透析相关人均医疗支出费用：
  - A7/(A1a+A1b)

– 2021 年患者人均透析相关住院次数：
  - A9/(A1a+A1b)

– 2021 年单位患者月均透析次数：
  - A10/(A1a+A1b)

– 前五大原发病患者比例：
  - 原发病 1：C7a/(A1a+A1b)
  - 原发病 2：C7b/(A1a+A1b)
  - 原发病 3：C7c/(A1a+A1b)

– 血管通路患者比例：
  - 自体动静脉内瘘(AVF)占比：C8a/(A1a+A1b)
  - 移植物内瘘(AVG)占比：C8b/(A1a+A1b)
  - 中心静脉导管(CVC)占比：C8c/(A1a+A1b)

– 死亡率：
  - C9/(A1a+A1b+C9)

- 前五大死亡原因患者比例：
  - 死亡原因 1：C10a/C9
  - 死亡原因 2：C10b/C9
  - 死亡原因 3：C10c/C9
- 流失率：
  - C11/(A1a+A1b+C11)
- 流失原因患者比例：
  - 转到其他机构继续血透：C12a/C11
  - 转腹透：C12b/C11
  - 死亡（包括在本中心死亡、家中死亡和外院死亡）：C12c/C11
  - 移植：C12d/C11
  - 其他：C12e/C11
- 动静脉内瘘使用率：
  - (C8a+C8c)/(A1a+A1b)
- 各类职称全职医师比例：
  - 主任医师（全职）：E9a/E2a
  - 副主任医师（全职）：E9b/E2a
  - 主治医师（全职）：E9c/E2a
  - 其他职称的医师（全职）：E9d/E2a
- 各从业年限的全职医生比例：
  - ＜1 年：E10a1/E2a
  - 1-3 年：E10b1/E2a

- 3-5 年：E10c1/E2a
- 5-10 年：E10d1/E2a
- ≥10 年：E10e1/E2a

– 各从业年限的专科护士比例：

- ＜1 年：E10a2/E4
- 1-3 年：E10b2/E4
- 3-5 年：E10c2/E4
- 5-10 年：E10d2/E4
- ≥10 年：E10e2/E4

– 各年人力成本的全职医生比例：

- ＜10 万：E11a1/E2a
- 10-15 万：E11b1/E2a
- 15-20 万：E11c1/E2a
- 20-25 万：E11d1/E2a
- 25-30 万：E11e1/E2a
- ≥30 万：E11f1/E2a

– 各年人力成本的专科护士比例：

- ＜10 万：E11a2/E4
- 10-15 万：E11b2/E4
- 15-20 万：E11c2/E4
- 20-25 万：E11d2/E4
- 25-30 万：E11e2/E4

- ≥30 万：E11f2/E4

– 门诊使用血液透析机设备品牌比例：

- F4 各品牌使用数量/(A5a+A5b)

– 门诊使用透析器品牌比例：

- F5 各品牌使用数量/F5 各品牌使用数量之和

– 年 EPO 使用品牌比例：

- F9 各品牌使用数量/[(F8a+F8b+F8c+F8d+F8e)*(A1a+A1b)]

– 年左卡尼汀使用品牌比例：

- F11 各品牌使用数量/[F10*(A1a+A1b)]

– 年低分子肝素使用品牌比例：

- F13 各品牌使用数量/[F12*(A1a+A1b)]

※ 所有数字填写必须≥0

6. 问卷有效性评估

– 问卷填写者必须为所在透析中心的负责人

– 问卷有选择和填空，根据要求完成相应部分

– 严格按照 QC 查错，回访

– 项目组成员会不定期安排协同访问监督 ，并 100%回访录音

(七) 填写奖励

为了感谢您支持和配合，我们将为您送出一份礼品，在问卷填写完成后，您可以进行礼品选择。由于礼品种类不一，我们将按照先提交先选择的原则进行礼品赠送，请您尽快完成填写并提交以确保您优先选择心仪的礼品。

礼品清单如下（可能有所变动，以实际情况为准）：

序号	品名	数量	物品图片
1	旅行收纳七件套	150	
2	收纳四件套	149	
3	倍思无线充电器	394	
4	粉饼充电器伸缩盒	86	
5	深蓝色帆布袋	100	
6	三合一数据线	150	
7	雨伞	100	

8	蓝色手机支架	100	