



ORDIN

nr. 14 din 10.01.2025

Cu privire la petrecerea auditului
medical intern al gradului de satisfacție
a beneficiarilor și angajaților instituției

În conformitate cu planul misiunilor de audit medical intern pentru anul 2025, precum și, cu scopul evaluării continue al performanței instituției în baza Ghidului practic “Evaluarea gradului de satisfacție a beneficiarilor serviciilor medicale/pacienților și angajaților din sistemul de sănătate”, aprobat prin ordinal MS RM nr.380 din 16.04.2024, stabilirii punctelor forte și punctelor slabe, aprecierii nivelului satisfacției pacienților de la serviciile medicale primite, nivelului satisfacției colaboratorilor subdiviziunilor instituției de la condițiile de muncă oferite,

ORDON :

- 1.A aproba chestionarul de evaluare a satisfacției pacientului (pe suport de hârtie și în varianta electronică) în limba română (Anexa nr.1) și limba rusă (Anexa nr.2).
- 2.A aproba chestionarul (doar în varianta electronică) colaboratorului medical (Anexa nr.3).
3. Șefelor Centrelor de Sănătate (L. Novac, V. Ciobanu, N. Vatamaniuc, S. Marco, V. Corloteanu-Bocancea, L. Belaia), șefelor de secții (E. Antoci, V. Naval, S. Condrea-Ivanov, T. Reșchitor, V. Corcimaru), șefilor/șefelor de servicii (V. Voicu, R. Alexandrova, V. Aramă), șefului CCSM A. Secrieru, șefei CSPT „Atis” L. Osoianu, Medicului principal/principală în asistență medicală mamei și copilului S. Brînză, asistentei medicale șefe R. Margarint, asistentelor șefe din subdiviziuni :
 - 3.1. A organiza, în perioada 13.01 - 25.01.2025, petrecerea chestionării pacienților în subdiviziunile subordonate.
 - 3.2. A organiza petrecerea în aceeași perioadă a chestionării medicilor și asistenților medicali din subdiviziuni (utilizând pagina WEB a instituției).
 - 3.3. A analiza preliminar și a totaliza pe subdiviziunile subordonate rezultatele chestionării.
 - 3.4. A prezenta medicului auditor V. Postolachi nota informativă pe fiecare CS și serviciu către 28.01.2025.
4. Medicul auditor V. Postolachi va supune analizei rezultatele chestionării, inclusiv și de pe pagina WEB a instituției și va prezenta raportul final către 31.01.2025.

Controlul executării prezentului mi-l asum.

Director

Pavel Florea

CHESTIONAR DE EVALUARE

a gradului de satisfacție a beneficiarilor/pacienților privind serviciile medicale acordate la nivel de asistență medicală primară

Stimat Domn/Damnă, în scopul îmbunătățirii calității și siguranței serviciilor acordate în IMSP „CMF mun. Băiți”, efectuăm un sondaj de opinie cu privire la nivelul Dvs. de satisfacție privind serviciile medicale acordate în cadrul instituției noastre. Rugăm să indicați prin bifare (V) în dreptul răspunsului considerat potrivit pentru Dvs. sau, după caz, să completați.

Completarea chestionarului va dura circa 5 minute. Răspunsurile Dvs. vor fi confidențiale. Mulțumim mult pentru contribuția Dvs. la îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor medicale oferite în instituția noastră!

CAPITOLUL I. Date generale

1	Locuiți în zona de deservire a populației de către instituția noastră?	Da		Nu	
2	Vârsta, genul Dvs.?	<18		19-30	
		51-60		61-70	
		M		F	
3	Cât de frecvent vizitați instituția noastră/echipa medicului Dvs. de familie?	mai rar de o dată în 2 ani		o dată în lună	
		o dată în 2 ani		cîteva ori în lună	
		anual		Altele:	
		o dată în 6 luni			
		o dată în 3 luni			
4	Care a fost motivul adresării în instituția noastră/echipa medicului Dvs. de familie?	urgență de sănătate			
		acutizarea bolii cronice			
		prescrierea medicamentelor compensate			
		profilactic (analize/vaccin/control)			
		reabilitare			

CAPITOLUL II. Prestarea/acordarea serviciilor medicale

5	Cunoașteți numele medicului Dvs. de familie?	Da		Nu	
6	Cunoașteți numele asistentului/-ei medicului Dvs. de familie?	Da		Nu	
7	Ați primit vreodată servicii medicale la domiciliu, acordate de către medicul de familie/asistenții medicali din instituția noastră?	Da		Nu	
	Evaluati următoarele aspecte care corespund situației Dvs. în ultimul an				
8	Medicul de familie v-a informat despre toate detaliile diagnosticului/problemei Dvs. de sănătate?	Da		Nu	Parțial
9	Medicul de familie v-a informat despre procedurile medicale pe care trebuie să le urmați?				
10	Medicul de familie v-a informat despre tratamentul pe care trebuie să-l urmați?				
11	Medicul de familie v-a informat despre riscurile/consecințele/complicațiile posibile ale tratamentului administrat?				
12	Pe durata consultului medical, în opinia Dvs., medicul de familie a luat în considerare părerile, necesitățile și dorințele Dvs. pentru a stabili un plan de investigații și tratament?				
13	Medicul de familie/asistența medicală v-a informat despre serviciile de screening/examen profilactic?				
14	În timpul vizitei Dvs. în instituția noastră, ați fost tratat/ă cu bunăvoință și respect?				
15	Medicul de familie din instituția noastră a fost deschis spre comunicare și politicos?				
16	Asistenții medicali din instituția noastră au fost deschiși spre comunicare și politicoși?				
17	Asistenții/le medicali/le au realizat procedurile cu îndemănare?				

CAPITOLUL III. Informare

18	Ați fost informat/ă cu privire la drepturile Dvs. ca pacient(ă)?	Da		Nu	
19	Ați fost informat/ă cu privire la responsabilitățile Dvs.?	Da		Nu	

CAPITOLUL IV. Asigurarea medicală și plățile suplimentare în sănătate

20	Aveți poliță de asigurare medicală?	Da		Nu	
21	Polița de asigurare medicală a acoperit toate cheltuielile aferente asistenței medicale primite în instituția noastră?	Da		Nu	
22	Ați beneficiat de medicamente compensate prescrise de medicul Dvs. de familie?	Da		Nu	
23	Dacă nu, pentru ce ați plătit?	Medicamente		Investigații instrumentale (Ultrasonografie, Tomografie Computerizată, Rezonanță Magnetică Nucleară, etc.)	
	(bifați mai multe variante de răspuns)	Analize de laborator			
24	Ați efectuat plăți neoficiale în instituția noastră?	Consultul specialiștilor		Altele	
25	Dacă da, pentru ce servicii?	Serviciile medicului		Serviciile infirmierelor	
	(bifați mai multe variante de răspuns)	Serviciile asistentei medicale		Altele specificați	

CAPITOLUL V. Facilitățile instituției medicale

	Evaluati cu un punctaj de la 0 la 5 (0-nesatisfăcător, 5 foarte bine) următoarele condiții din instituția noastră:	
26	Accesul în instituție (indicatoare, rampe, balustrade, scări comode, bănci)	Punctaj _____
27	Spațiul destinat așteptării pentru pacienți	Punctaj _____
28	Cât de ușor v-a fost să vă orientați de sine stătător în instituție și să găsiți medicul/cabinetul necesar (indicatoare, panouri informative etc.)?	Punctaj _____
29	Cum apreciați condițiile de igienă în instituția noastră (în sala de proceduri, cabinetul medicului de familie, sala de triaj, staționarul de zi, blocul sanitar etc.)?	Punctaj _____
	Apreciați cu un punctaj de la 0 la 5 (0-nesatisfăcător, 5 foarte bine) condițiile pentru acordarea serviciilor medicale în:	
30	Staționarul de zi	Punctaj _____
31	Sala de triaj	Punctaj _____
32	Cabinetul de proceduri	Punctaj _____
33	Cabinetul de imagistică (roentgen)/USG (după caz)	Punctaj _____
34	Serviciul de reabilitare medicală și medicină fizică (cabinet de fizioterapie)	Punctaj _____

CAPITOLUL VI. Loialitate /fidelitate

35	Ați dori să schimbați medicul Dvs. de familie?	Da		Nu	
36	Ați recomanda instituția noastră/medicul Dvs. de familie rudelor, prietenilor?	Da		Nu	

CAPITOLUL VII. Sugestii (întrebări deschise)

37	Ce recomandări aveți pentru îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor/satisfacției pacienților din instituția noastră?	
----	--	--

ОЦЕНОЧНАЯ АНКЕТА

степень удовлетворенности получателей/пациентов медицинскими услугами, предоставляемыми на уровне первичной медико-санитарной помощи вашего уровня. удовлетворенности медицинскими услугами, предоставляемыми в ПМСУ «ЦСВ мун. Бельцы», мы проводим опрос относительно подходящим для вас. Заполнение анкеты займет около 5 минут. Ваши ответы будут конфиденциальными. Большое спасибо за ваш вклад в повышение качества и безопасности медицинских услуг, предоставляемых в нашем учреждении!

ГЛАВА I. Общие данные

1	Вы проживаете в зоне обслуживания населения нашего учреждения?				Да	Нет
2	Ваш возраст?, Ваш пол?	<18	19-30	31-40	41-50	
		51-60	61-70	>70		
		М	Ж			
3	Как часто вы посещаете наше учреждение/своего семейного врача?	реже чем раз в 2 года	раз в 2 года	ежегодно	раз в 6 месяцев	раз в 3 месяца
					раз в месяц	несколько раз в месяц
					Другое:	
4	По какой причине обратились в наше учреждение/к своему семейному врачу?	чрезвычайная ситуация связанная с здоровьем	обострение хронического заболевания	назначение компенсированных лекарств	профилактика (анализ/вакцина/контроль)	реабилитация

ГЛАВА II. Оказание медицинских услуг

5	Знаете ли Вы имя своего семейного врача?	Да	Нет	
6	Знаете ли Вы имя вашей медсестры?	Да	Нет	
7	Получали ли вы когда-либо медицинские услуги на дому, предоставляемые вашим семейным врачом/фельдшерами нашего учреждения?	Да	Нет	
	Оцените следующие аспекты, которые соответствуют вашей ситуации, в последнем году	Да	Нет	Частично
8	Сообщил ли Вам семейный врач о необходимых медицинских процедурах?			
9	Сообщил ли Вам семейный врач о необходимом лечении?			
10	Проинформировал ли вас ваш семейный врач о необходимом вам лечении?			
11	Сообщил ли Вам семейный врач о возможных рисках/последствиях/осложнениях назначенного лечения?			
12	По Вашему мнению, во время консультации семейный врач учел Ваше мнение, потребности и пожелания?			
13	Информирует ли Вас семейный врач/медсестра о скрининговых услугах/профилактическом осмотре?			
14	Во время вашего визита в наше учреждение к Вам относились с добротой и уважением?			
15	Был ли семейный врач в нашем учреждении открыт для общения и вежлив?			
16	Были ли медсестры в нашем учреждении открыты для общения и вежливы?			
17	Умели ли медсестры выполнять процедуры?			

ГЛАВА III. Информация

18	Вы были проинформированы о ваших правах как пациент?	Да	Нет
19	Вас проинформировали о ваших обязанностях?	Да	Нет
	О каких из следующих инструментов, предложенных для сбора вашего мнения, Вы были проинформированы? (проверьте несколько ответов)	Обращение (жалоба) непосредственно заведующему отделению или директору учреждения	Книга жалоб
		Ящик для предложений	Петиции (письмо, просьба, уведомление)
		Анкета для оценки удовлетворенности	Ничего из вышеперечисленного

ГЛАВА IV. Медицинское страхование и дополнительные медицинские выплаты

20	У Вас есть полис медицинского страхования?	Да	Нет
21	Покрыв ли полис медицинского страхования все расходы, связанные с получением медицинской помощи в нашем учреждении?	Да	Нет
22	Вы воспользовались компенсированными лекарствами, назначенными Вашим врачом?	Да	Нет
23	Если нет, то за что Вы заплатили? (можно указать несколько ответов)	Лекарства	Инструментальные исследования (УЗИ, компьютерная томография, МЯР и др.)
		Лабораторные анализы	Другое:
		Консультация специалиста	
24	Совершали ли Вы неофициальные платежи в нашем учреждении?	Да	нет
25	Если да, то за какие услуги? (можно указать несколько ответов)	Услуги врача	Услуги медсестры
		Другое:	

ГЛАВА V. Возможности медицинского учреждения

26	Оцените оценкой от 0 до 5 (0-неудовлетворительно, 5-очень хорошо) следующие условия в нашем заведении:	
27	Доступ к учреждению (указатели, пандусы, перила, удобные лестницы, скамейки)	баллы
28	Зона ожидания для пациентов	баллы
29	Насколько легко было самостоятельно ориентироваться в учреждении и найти нужного врача/кабинет (вывески, информационные табло и т.д.)?	баллы
30	Как Вы оцениваете санитарно-гигиенические условия в нашем учреждении (в процедурном кабинете, кабинете семейного врача, сортировочном кабинете, дневном стационаре, санитарном блоке и т.д.)	баллы
31	Оцените оценкой от 0 до 5 (0-неудовлетворительно, 5-очень хорошо) условия оказания медицинских услуг в:	
32	Дневной стационар	баллы
33	Кабинет медицинского осмотра	баллы
34	Процедурный кабинет	баллы
35	Кабинет (рентгеновский)/УЗИ	баллы
36	Служба медицинской реабилитации и физической медицины (кабинет физиотерапии)	баллы

ГЛАВА VI. Лояльность

35	Хотели бы Вы сменить семейного врача?	Да	Нет
36	Порекомендуете ли Вы наше учреждение/своего семейного врача, родственникам, друзьям?	Да	Нет

ГЛАВА VII. Предложения (открытые вопросы)

37	Какие у Вас есть рекомендации по улучшению качества и безопасности услуг/удовлетворенности пациентов в нашем учреждении?
----	--

CHESTIONAR-MODEL DE EVALUARE

a gradului de satisfacție a angajaților la nivel de instituție medicală

Stimați angajați! Prin intermediul acestui chestionar realizăm un sondaj de opinie în rândul angajaților instituției noastre. În acest context Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos. Răspunsurile Dvs sunt valoroase pentru a crea o imagine de ansamblu asupra gradului de satisfacție a angajaților în instituția noastră. Totodată, vor servi ca bază pentru planificarea acțiunilor de îmbunătățire a mediului de lucru și a satisfacției personalului din instituție. Vă mulțumim pentru contribuția Dvs!

		
Satisfăcut	Parțial satisfăcut	Nesatisfăcut
Mulțumim pentru completare până la această etapă. În același timp, în special dacă ați bifat parțial satisfăcut sau nesatisfăcut, rugăm să indicați la care din următoarele compartimente:		
Stilul de management și comunicare? Da ☐ Nu ☐		
Motivația pentru satisfacția în muncă? Da ☐ Nu ☐		
Condițiile de lucru? Da ☐ Nu ☐		
Siguranța locului de muncă? Da ☐ Nu ☐		
Mulțumim pentru completare până la această etapă. În același timp, pentru a analiza și a interveni cu acțiuni de îmbunătățire a mediului de lucru, rugăm să răspundeți, prin bifarea căsuței potrivite, la următoarele întrebări:		
CAPITOLUL I Date generale		
1. Care este funcția Dvs? _____		
2. Stagiul de muncă _____ ani Gen F ☐ M ☐		
CAPITOLUL II Angajamentul și satisfacția de muncă (Întrebările sunt evaluate pe o scară de la 0 - nesatisfăcător la 5 - foarte bine)		
3. Cum corespunde locul de muncă așteptărilor Dvs?		Punctaj
4. Cât de aproape este munca Dvs. de a fi ideală?		Punctaj
5. Cât de mulțumit sunteți de oportunitățile de dezvoltare profesională în instituție?		Punctaj
6. Cât de bine înțelegeți misiunea și sarcinile Dvs. la locul de muncă?		Punctaj
CAPITOLUL III Stilul de management și comunicare		
7. Sunteți satisfăcut de relația și comunicarea Dvs. cu șeful ierarhic și echipa de conducere?		☐ ☐ ☐
8. Sunteți satisfăcut de comunicarea și interacțiunea cu colegii din secție/departament?		☐ ☐ ☐
		Foarte satisfăcut Satisfăcut Nesatisfăcut
		☐ ☐ ☐
		Foarte multe Multe Niciuna
CAPITOLUL IV Motivația pentru satisfacția în muncă		
9. Aveți oportunități de promovare și avansare în carieră la locul de muncă?		☐ ☐ ☐ ☐
		Foarte multe Multe Puține Niciuna
10. Vă considerați /Sunteți mulțumit/ă de oportunitatea de dezvoltare a competențelor asigurate de instituție (instruiri, perfecționări)?		Da ☐ Nu ☐ Parțial ☐
11. Cum credeți că sunteți salarizat/ă pentru munca depusă?		☐ ☐ ☐
		Foarte bine Suficient Insuficient
12. Sunteți satisfăcut/ă de beneficiile (financiare sau non financiare) oferite de angajator?		☐ ☐ ☐
		Satisfăcut Indiferent Nesatisfăcut
CAPITOLUL V Condițiile de lucru		
13. Considerați dotarea suficientă a locului de muncă conform cerințelor activității Dvs?		Da ☐ Nu ☐ Parțial ☐

14. Sunteți satisfăcut de amenajarea și dotarea spațiilor comune pentru personal?		☐ ☐ ☐
		Foarte satisfăcut Satisfăcut Nesatisfăcut
CAPITOLUL VI Siguranța locului de muncă		
15. Sunteți informat/ă despre riscurile la care sunteți expus/ă la locul de muncă?		Da ☐ Nu ☐ Parțial ☐
16. Ați participat la cel puțin un instructaj privind riscurile profesionale?		Da ☐ Nu ☐ Parțial ☐
17. Sunteți mulțumit/ă de calitatea măsurilor și a echipamentelor de protecție împotriva riscurilor la care sunteți expus/ă?		Da ☐ Nu ☐ Parțial ☐
CAPITOLUL VII Loialitatea/fidelitate		
18. Pe parcursul unei săptămâni obișnuite cât de des vă simțiți stresat/ă?		☐ ☐ ☐
		Foarte des Des Deloc
19. Îndepliniți numai atribuții conforme cu cele de serviciu?		Da ☐ Nu ☐
20. Cât de mândru/ă sunteți de imaginea instituției?		☐ ☐ ☐
		Foarte mândru Mândru Nu sunt mândru
21. Cât de probabil este să vă căutați un loc de muncă în afara instituției?		☐ ☐ ☐
		Foarte probabil Probabil Improbabil
CAPITOLUL VIII Sugestii (întrebări deschise)		
22. Ce recomandări aveți pentru îmbunătățirea mediului de lucru și satisfacției angajaților din instituție?		