



ORDIN
mun. Chișinău

„31” decembrie 2019

nr. 1516/376-A

Cu privire la indicatorii de performanță în Asistența Medicală Primară

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995, Hotărârii Guvernului nr. 1387/ 2007 „Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, în scopul realizării prevederilor Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837/2016, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 694/2017 și Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002,

ORDONĂM:

1. Se aprobă:

1) Regulamentul privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă, realizați de către instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr.1;

2) Schema de plata pentru indicatorii de performanță în asistența medicală primară, conform anexei nr.2;

3) Regulamentul privind modul de calculare și plată a suplimentului la salariu pentru realizarea indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă personalului instituțiilor medico-sanitare care prestează servicii de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr.3.

2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, directorii Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină:

1) vor organiza informarea tuturor lucrătorilor medicali privind criteriile de îndeplinire, modul de validare și plată a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă pentru asistența medicală primară, conform prevederilor Regulamentelor aprobate prin prezentul ordin;

2) vor asigura condiții adecvate pentru realizarea indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă în cadrul asigurării obligatorii de asistență

medicală, organizând activitatea, dotarea cu dispozitivele medicale și consumabile necesare a instituțiilor medico-sanitare conform cerințelor în vigoare;

3) vor institui în instituțiile medico-sanitare Comisii de evaluare a performanțelor profesionale individuale în muncă a personalului, cu organizarea activității acestora în conformitate cu Regulamentul aprobat;

4) vor organiza activitatea eficientă a Comisiilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale în muncă, asigurând evaluarea indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă și stabilirea suplimentului de plată la salariu pentru indicatorii de performanțe realizați, cu respectarea actelor normative în vigoare;

5) vor elabora, în comun cu comitetul sindical/reprezentantul colectivului, Regulamentul intern privind modalitatea de plată a suplimentului la salariu în funcție de contribuția la îndeplinirea indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă, în conformitate cu Codul Muncii și prezentul Ordin;

6) vor estima cheltuielile ce țin de aplicarea suplimentului la salariu, reieșind din mijloacele prevăzute pentru „bonificația pentru indicatorii de performanță” conform contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină;

7) vor prezenta raportul despre realizarea indicatorilor de performanță (Formular 1-23d) către AT/CNAM până la data de 15 a lunii următoare trimestrului de raportare.

3. Directorii Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Instituțiilor Medico-Sanitare Publice Institutul Oncologic, Institutul de Ftziopneumologie „Ch. Draganiuc”, conform competenței:

vor prezenta trimestrial instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și CNAM (la solicitare) date din anuarul statistic, Cancer registru, SIMI TB, privind cazurile înregistrate de tuberculoză; cancer; pînă la data de 10 a lunii următoare trimestrului de raportare.

4. Compania Națională de Asigurări în Medicină va transmite trimestrial pe adresele e-mail a instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală Listele cu privire la cazurile raportate prin intermediul Sistemului Informațional DRG privind: accidente vasculare cerebrale acute (AVC); amputații/picior diabetic; preeclampsie severă; eclampsie; HELP sindrom, pînă la data de 10 a lunii următoare trimestrului de raportare.

5. Directorii Instituțiilor medico-sanitare spitalicești vor asigura prezentarea instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală a extraselor din fișele medicale din staționar, în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare.

6. Direcția politici în domeniul asistenței medicale primare, urgente și comunitare, Secția planificare asigurări sociale și medicale și Serviciul politici în

domeniul managementului personalului medical și social:

1) vor acorda suportul consultativ-metodic instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în vederea realizării prezentului ordin.

2) vor asigura plasarea prezentului ordin pe pagina web a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

7. Prezentul ordin intră în vigoare de la 01 ianuarie 2020.

8. Controlul asupra executării prezentului ordin se atribuie dnei Marina Golovaci, secretar de stat și dlui Denis Valac, vicedirector general.

Viorica DUMBRĂVEANU
Ministru



Angela BELOBROV
Director general



Regulamentul
privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a
indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă realizați
de către instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală
primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

I. Dispoziții generale

1. Regulamentul privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă realizați de către instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Regulament) este elaborat în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995, Hotărârii Guvernului nr. 1387/ 2007 „Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837/2016.

2. Regulamentul stabilește criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă și realizați de către prestatorii de AMP încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - indicatori de performanță).

3. Modul de validare a indicatorilor de performanță este identic atât pentru persoanele responsabile de monitorizarea performanțelor din cadrul instituției medico-sanitare care prestează servicii de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Comisia de evaluare a performanțelor), cât și pentru angajații din cadrul unității de evaluare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicina (în continuare - CNAM).

4. Validarea indicatorilor de performanță se efectuează în baza datelor din documentația de evidență statistică medicală prevăzută de prezentul Regulament și/sau datelor din Sistemul Informațional Automatizat „Asistența Medicală Primară”.

5. Evidența despre îndeplinirea indicatorilor de performanță profesionale individuale în muncă realizați de către instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – instituțiile AMP) și raportarea pentru plată de către CNAM în formă de bonificație se efectuează atât pentru persoanele asigurate, cât și pentru cele neasigurate.

6. Raportul despre îndeplinirea indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă se prezintă CNAM (Agenției) de către instituția AMP

trimestrial/semestrial/anual, în conformitate cu prevederile Ordinului MS și CNAM nr. 198/86-A din 17.03.2014 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”, cu modificările și completările ulterioare.

7. CNAM efectuează evaluarea îndeplinirii indicatorilor în conformitate cu prevederile Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, desfășurat de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, avînd la bază Criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă, prevăzute în prezentul Regulament, cu informarea instituțiilor AMP despre rezultate prin raportul de evaluare respectiv.

8. Evaluarea se va efectua pentru perioada unui trimestru/semestru/an, în care a fost atinsă ținta stabilită, raportat înainte de data evaluării. În cazul cînd în rezultatul evaluării se constată raportare neconformă prevederilor prezentului Regulament, care nu poate fi argumentată de instituția AMP, se procedează în funcție de rezultatul evaluării efectuat de către echipa CNAM.

9. Numărul de puncte stabilit în prezentul Regulament pentru îndeplinirea *țintelor trimestriale/semestriale/anuale* este calculat la 1500 locuitori, corespunzător normativului de populație la 1 medic de familie.

II. Criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă realizați în cadrul asistenței medicale primare

10. Criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă pentru care bonificația se estimează trimestrial/semestrial/anual în dependență de numărul de puncte acumulate de instituția medico-sanitară și valoarea calculată a unui punct se efectuează după cum urmează:

I. Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea maladiilor cardiovasculare

1. Controlul tensiunii arteriale la pacientul hipertensiv

Indicatorul 1. Rata pacienților cu HTA aflați în evidență care au valori ale TA menținute < 140/90 mm Hg.

Indicatorul arată măsura în care evidența și supravegherea reușește menținerea valorilor TA <140/90 mmHg. Este **indicator de rezultat** exprimat sub formă de rată.

Prin evidența și supraveghere se ia în considerație inclusiv conduita cu tratament nemedicamentos efectuat conform protocolului, care menține tensiunea < 140/90 mm Hg. Tensiunea < 140/90 mm Hg este prezentată în documentația medicală primară prin valoarea cel mult 139/89 mm Hg.

Formula de calcul a indicatorului

Numărător – numărul de pacienți cu HTA aflați în evidență care au valori ale TA menținute stabil (140/90) în trimestrul de raportare.

Numitor – numărul de pacienți cu HTA aflați în evidență din lista de capitație.

Rata pacienților cu HTA aflați în evidență care au valori ale TA menținute < 140/90 mm Hg = (numărul de pacienți cu HTA aflați în evidență care au valori ale TA menținute stabil (140/90) X 100%) : numărul de pacienți cu HTA aflați în evidență din lista de capitație

Sursa/colectare

Informațiile din fișele medicale ale pacienților (F-025/e), Sistemul Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară (SIA AMP).

Importanța indicatorului

Cuprinderea eficientă cu tratament a pacienților cu hipertensiune. Reducerea riscurilor fatale.

Tinta anuală constituie 32% din pacienții cu HTA aflați în evidență din lista de capitație au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul anului.

Tinta trimestrială constituie 32% din pacienții cu HTA aflați în evidență din lista de capitație au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul trimestrului.

Perioada de raportare

Trimestrială, anuală.

Periodicitatea de efectuare

Pacientul vizitează medicul de familie cel puțin 1 dată în trimestru, un număr mai mic de 4 vizite pe an fiind considerat drept monitorizare incorectă a pacientului.

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este Rata pacienților cu HTA aflați în evidență care au valori ale TA menținute < 140/90 mm Hg corespunde țintelor stabilite pentru perioadele de raportare.

Indicatorul se validează numai în cazul atingerii țintelor stabilite pentru perioadele de raportare, când la evidență cu HTA sunt 20% din populația adultă.

Monitorizarea și validarea indicatorului se face pe baza informațiilor din fișele medicale ale pacienților (F 025/e) sau fișa electronică a pacientului din SIA AMP.

Criteriul de validare al indicatorului va fi reprezentat de valorile TA sub 140/90 mm col Hg în trimestrul de raportare.

Pentru ținta anuală criteriul de validare al indicatorului va fi reprezentat de valorile TA sub 140/90 mm col Hg la fiecare din cele 4 examinări de pe parcursul unui an (examinări o dată la trei luni). Astfel, pentru validarea indicatorului anual va trebui ca cel puțin 32% din pacienții hipertensivi să fie examinați de 4 ori pe an, conform prevederilor Protocolului Clinic Standardizat pentru medicii de familie PEN nr.1, în fișa medicală a acestora să reiasă că la fiecare examinare TA este sub 140/90.

Nu se validează indicatorul dacă în perioada de raportare au fost internate de urgență, fără trimiterea medicului de familie, persoane cu evenimente evitabile (internare sau deces) de AVC (accident vascular cerebral), înregistrate pe lista medicului de familie și aflate la evidență cu HTA.

În situațiile când cazul este calificat ca inevitabil (alte acțiuni ale echipei medicului de familie nu ar fi schimbat rezultatul final) indicatorul va fi validat.

Datele despre persoanele care au fost internate fără trimiterea medicului de familie sau au decedat din cauza AVC vor fi transmise trimestrial de CNAM către IMS de asistență medicală primară pe adresa e-mail a acestora, conform formatului stabilit.

Cazurile de internare de urgență, fără trimiterea medicului de familie, sau decese de AVC (accident vascular cerebral) pentru codurile I610; I613; I614 la persoanele înregistrate pe Lista medicului de familie și aflați la evidență cu Hipertensiune Arterială, conform listelor persoanelor înregistrate în cadrul instituțiilor respective, vor fi analizate de către instituția medico-sanitară primară, în baza datelor din extrasul din fișa medicală de staționar (F 027 e), unde s-a tratat/a decedat persoana și din Fișa medicală de ambulator a pacientului (F 025 e) cu întocmirea proceselor verbale privind examinarea acestor cazuri și prezentate echipei CNAM în cadrul evaluării instituției.

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM. Raportarea se efectuează trimestrial și anual. În raportul trimestrial și anual nu sunt incluse puncte pentru medicul de familie din instituția medico-sanitară primară, unde activează acesta, în cazul în care pentru medicul respectiv indicatorul nu a fost validat din motivul înregistrării evenimentelor evitabile menționate.

Pentru îndeplinirea *țintei anuale* se atribuie puncte după cum urmează:

Îndeplinirea *țintei anuale* = 160 puncte.

Pentru îndeplinirea *țintei trimestriale* se atribuie puncte după cum urmează:

Îndeplinirea *țintei trimestriale* = 40 puncte.

Neîndeplinirea *țintei trimestriale* constituie 0 puncte

II. Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea Diabetului Zaharat

2. Supravegherea pacientului cu DZ

Indicatorul 2. Rata pacienților cu DZ aflați în evidență care au valori ale HbA1C menținute $\leq 6 - 8,0\%$.

Indicatorul arată rezultatul tratamentului și al educației pacienților, arată măsura în care tratamentul administrat pacienților cu diabet zaharat este eficace. Este **indicator de rezultat** exprimat sub forma de rată.

Formula de calcul a indicatorului

Numărător – Numărul de pacienți cu DZ cu HbA1C cu valori $\leq 6 - 8,0\%$ în semestrul de raportare.

Numitor – Numărul de pacienți cu DZ din lista de capitație.

Rata pacienților cu DZ aflați în evidență care au valori ale HbA1C menținute $\leq 6 - 8,0\%$ = (Numărul de pacienți cu DZ cu HbA1C cu valori $\leq 6 - 8,0\%$ X 100%) : Numărul de pacienți cu DZ din lista de capitație

Sursa/ colectare

Fișa medicală de ambulator a bolnavului (F 025/e), Sistemul Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară (SIA AMP)

Importanța indicatorului

Determinarea HbA1C este foarte utilă nu atât pentru diagnosticarea diabetului zaharat, ci pentru aprecierea controlului metabolic de durată al pacientului, valoarea ei descriind media valorilor glicemice pre sau postprandiale, precum și a valorilor bazale. Astfel, nivelul HbA1C apreciază calitatea continuității îngrijirilor acordate pacientului de diabet zaharat. De asemenea, valorile crescute ale hemoglobinei glicozilate ne oferă informații asupra riscului apariției complicațiilor (i.e. de apariție a retinopatiei, microalbuminuriei, infarctului de miocard, etc).

Tinta anuală constituie 40% din pacienți cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute $\leq 6 - 8,0\%$.

Tinta semestrială constituie 40% din pacienți cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute $\leq 6 - 8,0\%$.

Perioada de raportare

Semestrială, anuală.

Periodicitatea de efectuare

Semestrială, anuală.

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este Rata pacienților cu DZ aflați în evidență care au valori ale HbA1C menținute $\leq 6 - 8,0\%$ corespunde țintelor stabilite pentru perioadele de raportare.

Indicatorul se validează numai în cazul atingerii țintelor stabilite pentru perioadele de raportare.

Monitorizarea și validarea indicatorului se face pe baza informațiilor din fișele medicale ale pacienților (F 025/e) sau fișa electronică a pacientului din SIA AMP.

Criteriul de validitate semestrială al indicatorului va fi reprezentat de valorile HbA1C menținute $\leq 6 - 8,0\%$ la examenul efectuat. Astfel, pentru validarea indicatorului semestrial va trebui ca cel puțin 40% din pacienții cu DZ să fie examinați la HbA1C în semestrul de raportare, conform prevederilor protocolului clinic și în fișa medicală a acestora să reiasă că valorile HbA1C sunt menținute $\leq 6 - 8,0\%$.

În raport nu sunt incluși pacienții cu DZ cu valorile HbA1C menținute $\leq 6 - 8,0\%$ care au suportat complicații ale Diabetului Zaharat (picior diabetic/amputație), sau au decedat din cauza Diabetului Zaharat în semestrul de raportare.

Criteriul de validitate anuală a indicatorului va fi reprezentat de valorile HbA1C menținute $\leq 6 - 8,0\%$ la fiecare din cele 2 examinări de pe parcursul unui an (examinări o dată la șase luni). Astfel, pentru validarea indicatorului anual va trebui ca cel puțin 40% din pacienții cu DZ să fie examinați de 2 ori pe an, conform prevederilor Protocolului Clinic Standardizat pentru medicii de familie PEN nr.1 și în fișa medicală a acestora să reiasă că la fiecare examinare valorile HbA1C sunt menținute $\leq 6 - 8,0\%$.

Nu se validează indicatorul dacă în perioada de raportare au fost internate de urgență, fără trimiterea medicului de familie, persoane cu evenimente evitabile (internare sau deces) de complicații acută/cronică a Diabetului Zaharat (picior diabetic/amputație), înregistrate pe lista medicului de familie și aflate la evidență cu DZ.

În situațiile când cazul este calificat ca inevitabil (alte acțiuni ale echipei medicului de familie nu ar fi schimbat rezultatul final) indicatorul va fi validat.

Datele despre persoanele care au fost internate, fără trimiterea medicului de familie, sau au decedat din cauza Diabetului Zaharat și complicațiilor acute/cronice a Diabetului Zaharat (picior diabetic/amputație) vor fi transmise trimestrial de CNAM către IMS de asistență medicală primară pe adresa e-mail a acestora, conform formatului stabilit.

Cazurile de internare de urgență, fără trimiterea medicului de familie, a persoanelor cu complicații acută / cronică a Diabetului Zaharat (picior diabetic/amputație) pentru codurile 4433800; 4435800; 4436100; 4436101; 4436400; 4436401; 4436700; 4436702; 4437000; 4646500; 4648000; 9055700 la pacienții înregistrați pe lista medicului de familie și aflați la evidență cu Diabet Zaharat, conform listelor persoanelor înregistrate în cadrul instituțiilor respective, vor fi analizate de către instituția medico-sanitară primară, în baza datelor din extrasul din fișa medicală de staționarul (F 027 e), unde s-a tratat/a decedat persoana și din Fișa medicală de ambulator a pacientului (F 025 e) cu întocmirea proceselor verbale privind examinarea acestor cazuri și prezentate echipei CNAM în cadrul evaluării instituției.

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM. Raportarea indicatorului se efectuează semestrial și anual. În raport nu sunt incluse puncte pentru medicul de familie din instituția medico-sanitară primară, unde activează acesta, în cazul în care pentru medicul respectiv indicatorul nu a fost validat din motivul înregistrării evenimentelor evitabile menționate.

Pentru îndeplinirea *țintelor semestriale și anuale* se atribuie puncte după cum urmează:

Îndeplinirea țintei anuale = 60 puncte;

Îndeplinirea țintei semestriale = 30 puncte.

Neîndeplinirea țintei trimestriale constituie 0 puncte

III. CANCERUL

3.1. Prevenirea, depistarea precoce a cancerului

Indicatorul 3.1. Rata persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne în stadiu precoce (gradul I – II):

Formula de calcul a indicatorului

Numărător – Numărul persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne în stadiu precoce (gradul I - II) în trimestrul de raportare:

Numitor – Numărul total al persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne, la care a fost stabilit stadiul maladiei, în trimestrul de raportare.

Rata persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne în stadiu precoce:
= (Numărul persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne, depistate în stadiu precoce (gradul I – II) X 100%) : Numărul total al persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne cu stadiu stabilit în trimestrul de raportare.

Sursa/ colectare

Fișa medicală de ambulator a bolnavului (F 025/e), Sistemul Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară (SIA AMP)

Raport statistic medical al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică
Cancer registru

Importanța indicatorului

Stimularea medicului de familie de a contribui la realizarea activităților de screening pentru organele țintă a cancerului cu forme vizuale și nevizuale, identificare precoce a leziunilor precanceroase, scaderea mortalității și creșterea speranței de viață a persoanelor din populația țintă.

Tinta anuală constituie 45% tumori maligne depistate în stadiu precoce (gradul I-II) confirmate anual de către Institutul Oncologic. Valoarea realizării indicatorului constituie 120 puncte pentru ținta anuală.

Tinta trimestrială constituie 45% tumori maligne depistate în stadiu precoce (gradul I-II) confirmate trimestrial de către Institutul Oncologic. Valoarea realizării indicatorului constituie 30 puncte pentru ținta trimestrială.

Perioada de raportare

Trimestrială, anuală

Periodicitatea de efectuare

Continuu.

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este *Rata persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne în stadiu precoce* (gradul I-II) corespunde țăintelor stabilite pentru perioadele de raportare.

Indicatorul se validează numai în cazul atingerii țintelor stabilite pentru perioada de raportare.

Monitorizarea și validarea indicatorului se face pe baza informațiilor din fișele medicale ale pacienților (F 025/e), sau fișa electronică a pacientului din SIA AMP, Raportul statistic medical al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Cancer Registru.

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM. Raportarea indicatorului se efectuează trimestrial și anual. În raport nu sunt incluse puncte pentru medicul de familie din instituția medico-sanitară primară, unde activează acesta, în cazul în care pentru medicul respectiv indicatorul nu a fost validat din motivul menționat.

Pentru îndeplinirea țintei anuale și trimestriale se atribuie puncte după cum urmează:

Îndeplinirea țintei anuale = 120 puncte.

Îndeplinirea țintei trimestriale = 30 puncte.

Neîndeplinirea țintei trimestriale constituie 0 puncte

3.2. Depistarea precoce a stărilor precanceroase și cancerului de col uterin

Indicatorul 3.2. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau la interval de 3 ani.

Indicatorul arată procesul de depistare al cancerului de col uterin la femei prin utilizarea testului Babeș Papanicolau. Este **indicator de proces** exprimat sub forma de rată.

Formula de calcul a indicatorului

Numărător - numărul femeilor cu vârste cuprinse între 25-61 ani care au efectuat o dată la 3 ani un test Babeș Papanicolau în trimestrul de raportare.

Numitor – numărul femeilor cu vârste cuprinse între 25-61 ani din lista de consultație planificate pentru efectuarea testului Babeș Papanicolau în anul de raportare.

Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau la interval de 3 ani = (numărul femeilor cu vârste cuprinse între 25-61 ani care au efectuat o dată la 3 ani un test Babeș Papanicolau X 100%) : numărul femeilor cu vârste cuprinse între 25-61 ani din lista de consultație planificate pentru efectuarea testului Babeș Papanicolau în trimestrul de raportare

Sursa/ colectare

Informațiile necesare colectării indicatorului se vor regăsi în fișa medicală a bolnavului de ambulator (formular 025/e), Sistemul Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară (SIA AMP).

Importanța indicatorului

Stimularea medicului de familie de a contribui la activitatea de screening a colului uterin/ identificare precoce a leziunilor precanceroase de col uterin, scaderea mortalității și creșterea speranței de viață a femeilor din populația țintă.

Tinta anuală constituie 60% din numărul femeilor cu vârste cuprinse între 25-61 ani din lista de capitație planificate pentru efectuarea testului Babeș Papanicolau anual. Valoarea realizării indicatorului constituie 200 puncte pentru ținta anuală.

Tinta trimestrială constituie 15% din numărul femeilor cu vârste cuprinse între 25-61 ani din lista de capitație planificate pentru efectuarea testului Babeș Papanicolau în anul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 50 puncte pentru ținta trimestrială.

Perioada de raportare

Trimestrială, anuală. Indicatorul se calculează și raportează cumulativ.

Periodicitatea de efectuare

Populația eligibilă pentru acest indicator sunt femeile cu vârste cuprinse între 25 – 61 ani din lista de capitație.

Testul Babeș-Papanicolau se efectuează o dată la 3 ani pentru populația eligibilă. Persoana se raportează o dată la 3 ani.

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25 - 61 ani care au efectuat un test Babeș-Papanicolau la interval de 3 ani corespunde țințelor stabilite pentru perioadele de raportare.

Indicatorul se validează numai în cazul atingerii ținței stabilite pentru perioadele de raportare.

Pentru îndeplinirea indicatorului se acordă atenție deosebită planificării femeilor pentru efectuarea testului citologic Babeș - Papanicolau.

În lista femeilor planificate pentru efectuarea testului citologic Babeș - Papanicolau, se includ femei de vîrsta 25-61 de ani.

Monitorizarea și validarea indicatorului se face pe baza informațiilor din fișele medicale ale pacienților (F 025/e) sau fișa electronică a pacientului din SIA AMP.

Pentru validarea indicatorului se evaluează fișele medicale a bolnavului de ambulator (F-025/e), rezultatele testului citologic.

În fișa medicală a bolnavului de ambulator (F-025/e) și/sau în listele persoanelor cărora s-a efectuat testul citologic Babeș - Papanicolau confirmată prin parafa instituției contractate care a efectuat investigația, a datelor privind efectuarea testului citologic Babeș - Papanicolau.

În cazul depistării a careva patologii în baza testului citologic Babeș - Papanicolau, este importantă prezența în fișa medicală de ambulator a recomandării de referite și investigare prin colposcopie și/sau consultare de către medicul oncolog-ginecolog.

Totodată, în cazul când rezultatul testului citologic Babeș – Papanicolau denotă prelevarea incorectă a testului, acestea nu se includ în numărul de teste citologice realizate și, respectiv pentru calcularea ratei de îndeplinire.

Nu se validează indicatorul, dacă în perioada de raportare, au fost depistate persoane înregistrate în lista medicului de familie, care fiind în perioada de vîrstă eligibilă, nu au fost examinate profilactic, și au fost înregistrate cu cancer de col uterin stabilite în stadiul III și IV.

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM. Raportarea indicatorului se efectuează trimestrial și anual. În raport nu sunt incluse puncte pentru medicul de familie din instituția medico-sanitară primară, unde activează acesta, în cazul în care pentru medicul respectiv indicatorul nu a fost validat din motivul menționat.

Pentru îndeplinirea țintei anuale și trimestriale se atribuie puncte după cum urmează:

Îndeplinirea țintei anuale = 200 puncte.

Îndeplinirea țintei trimestriale = 50 puncte.

Neîndeplinirea țintei trimestriale constituie 0 puncte

IV. TUBERCULOZĂ (TB)

4.1. Depistarea activă a populației aflată la risc de îmbolnăvire cu TB

Indicatorul 4.1. Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB.

Formula de calcul

Numărător - Numărul persoanelor din grupul de risc, definit conform actelor normative în vigoare, care au fost investigate pentru TB în trimestrul de raportare.

Numitor - Numărul persoanelor din grupul de risc pentru TB definit conform actelor normative în vigoare în anul de raportare.

Rata persoanelor din grupul de risc și cei cu vigilență sporită care au fost investigate la TB = (Numărul persoanelor din grupul de risc și cei cu vigilență sporită, care au fost investigate pentru TB X 100%) : Numărul persoanelor din grupul de risc și cei cu vigilență sporită pentru TB.

Sursa/colectare

Informațiile necesare colectării indicatorului se vor regăsi în fișa medicală a bolnavului de ambulator (formular 025/e), Sistemul Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară (SIA AMP).

Importanța indicatorului

Evidențiază măsura în care instituția AMP realizează depistarea activă a persoanelor eligibile (din grupul de risc) să facă TB, arată implicarea în aplicarea măsurilor de depistare activă a TB.

Tinta anuală constituie 80% din numărul persoanelor din grupul de risc și cei cu vigilență sporită pentru TB definit conform actelor normative în vigoare pentru perioada de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 80 puncte pentru ținta anuală.

Tinta trimestrială constituie 20% din numărul persoanelor din grupul de risc și cei cu vigilență sporită pentru TB definit conform actelor normative în vigoare pentru perioada de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru ținta trimestrială.

Perioada de raportare

Trimestrială, anuală.

Periodicitatea efectuării

Continuă. Specificitate: numărul persoanelor din grupul de risc pentru TB, definit conform actelor normative în vigoare, ar trebui stabilit trimestrial de către furnizorul de servicii medicale (în dependență de apariția focarelor noi, sau înregistrarea persoanelor noi în lista medicului de familie, care fac parte din grupul de risc).

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB corespunde țăintelor stabilite pentru perioadele de raportare.

Indicatorul se validează numai în cazul atingerii țăintelor stabilite pentru perioadele de raportare, fiind cumulative la finele anului.

Persoana investigată la tuberculoză se raportează o singură dată pe an.

Monitorizarea și validarea indicatorului se face pe baza informațiilor din fișele medicale ale pacienților (F 025/e) sau fișa electronică a pacientului din SIA AMP, precum și Listele persoanelor care necesită examinare profilactică prin investigarea la tuberculoză prin radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională); Mantoux. Listele se completează în dependență de apariția persoanelor noi care necesită examinare profilactică conform actelor normative în vigoare.

Se verifică prezența în Lista menționată a persoanelor din grupul de risc și cei cu vigilență sporită, categoriile pereclitante, inclusiv conform listelor de examinare țăintite, conform prevederilor ordinului nr. 1080 din 13.10.2014 „Cu privire la măsurile de eficientizare a depistării tuberculozei”, cu modificările și completările ulterioare prin ordinul nr.411 din 31.05.2017 și persoanelor din categoriile pereclitante stabilite conform prevederilor ordinului nr. 1491 din 29.12.2014 „Cu privire la unele măsuri de eficientizare a utilizării instalațiilor radiologice”. Lista contactilor se întocmește separat pentru fiecare pacient (focar) cu tuberculoză și se confirmă prin semnătura medicului epidemiolog și ftiziopneumolog.

Prezența datelor privind investigarea la tuberculoză prin una din metode (radiografia cutiei toracice standard (digitală sau convențională)/proba Mantoux) înregistrată în fișa medicală a bolnavului de ambulator (F-025/e) și în Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e) confirmă îndeplinirea indicatorului.

Nu se acceptă pentru validare persoanele care nu fac parte din categoriile menționate.

Nu se validează indicatorul, dacă în perioada de raportare se înregistrează cazuri evitabile de tuberculoză în fază destructivă și/sau cazuri de tuberculoză stabilite postmortem și care, fiind în grupul de risc nu au fost examinați profilactic, pentru pacientul înregistrat în lista medicului de familie, conform bazei de date SIMI TB.

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM. În raport nu sunt incluse puncte pentru medicul de familie din instituția medico-sanitară primară, unde activează acesta, în cazul în care pentru medicul respectiv indicatorul nu a fost validat din motivul înregistrării evenimentelor evitabile menționate.

Pentru îndeplinirea *țintelor trimestriale și anuale* se atribuie puncte după cum urmează:

Îndeplinirea țintei anuale = 80 puncte.

Îndeplinirea țintei trimestriale = 20 puncte;

Neîndeplinirea țintei trimestriale constituie 0 puncte.

Neîndeplinirea țintei anuale atrage după sine plata doar a trimestrelor în care ținta a fost realizată.

4.2. Evaluare finalizare tratament tuberculoză

Indicatorul 4.2. Rata persoanelor care au finalizat cu succes tratamentul conform PCN sub directa observare a lucrătorilor medicali (DOT).

Indicatorul evaluează procesul de tratament al TB. Este **indicator de rezultat** exprimat sub formă de rată.

Formula de calcul

Numărător - numărul de pacienți cu TB care au finalizat cu succes tratamentul antituberculos sub directa observare a lucrătorilor medicali conform protocoalelor în vigoare în trimestrul de raportare;

Numitor - numărul de pacienți cu TB la care s-a inițiat tratamentul antituberculos sub directa observare a lucrătorilor medicali (DOT) și care trebuiau să finalizeze tratamentul conform protocoalelor în vigoare în trimestrul de raportare.

Rata persoanelor care au finalizat cu succes tratamentul conform PCN = (numărul de pacienți cu TB care au finalizat cu succes tratamentul antituberculos sub directa observare a lucrătorilor medicali (DOT) conform protocoalelor în vigoare X 100 %) : numărul de pacienți cu TB la care s-a inițiat tratamentul antituberculos sub directa observare a lucrătorilor medicali (DOT) și care trebuiau să finalizeze tratamentul conform protocoalelor în vigoare.

Sursa/colectare

Informațiile necesare colectării indicatorului se vor regăsi în fișa medicală a bolnavului de ambulator (formular 025/e), Fișa de tratament a bolnavului TB – 01, Sistemul Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară (SIA AMP), SIME TB.

Importanța indicatorului

Evidențiază măsura în care instituția AMP realizează monitorizarea tratamentului dar mai ales finalizarea tratamentului anti TB, arată implicarea în aplicarea măsurilor de tratare a TB, conform standardelor internaționale și PCN.

Tinta anuală constituie 85% din numărul pacienților cu TB la care s-a inițiat tratamentul antituberculos sub directă observare a lucrătorilor medicali (DOT) și care trebuiau să finalizeze tratamentul conform protocoalelor în vigoare în anul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 80 puncte pentru ținta anuală.

Tinta anuală constituie 75% din numărul pacienților cu cazuri TB MDR la care s-a inițiat tratamentul antituberculos sub directă observare a lucrătorilor medicali (DOT) și care trebuiau să finalizeze tratamentul conform protocoalelor în vigoare în anul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 140 puncte pentru ținta anuală.

Tinta trimestrială constituie 85% din numărul pacienților cu TB la care s-a inițiat tratamentul antituberculos sub directă observare a lucrătorilor medicali (DOT) și care trebuiau să finalizeze tratamentul conform protocoalelor în vigoare în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru ținta trimestrială.

Tinta trimestrială constituie 75% din numărul pacienților cu cazuri TB MDR la care s-a inițiat tratamentul antituberculos sub directă observare a lucrătorilor medicali (DOT) și care trebuiau să finalizeze tratamentul conform protocoalelor în vigoare în trimestrul de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 35 puncte pentru ținta trimestrială.

Perioada de Raportare

Trimestrial, anual se raportează cazuri cu tratament finalizat

Periodicitate

Trimestrial, anual.

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este Rata persoanelor care au finalizat cu succes tratamentul conform prevederilor PCN TB la adulți/copil corespunde țințelor stabilite pentru perioadele de raportare.

Indicatorul se validează numai în cazul atingerii ținței stabilite pentru perioadele de raportare.

Persoanele care au finalizat cu succes tratamentul conform prevederilor PCN TB la adulți/copil se raportează trimestrial.

Se raportează fiecare caz finalizat de tratament cu succes a pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator conform prevederilor PCN TB la adulți/copil.

Pentru evaluarea indicatorului se evaluează Fișa medicală a bolnavului de ambulator (F 25 e) sau fișa electronică a pacientului din SIA AMP, Fișa medicală a bolnavului cu tuberculoză (F 081/e), Fișa de tratament a bolnavului TB - 01.

Prezența în documentația medicală primară a datelor despre inițierea tratamentului pacientului cu tuberculoză caz nou, sau recidivă a tuberculozei, sau reluare a tratamentului după abandon sau eșec terapeutic, sau TB MDR, în conformitate cu recomandările medicului ftiziopneumolog, prezența în Fișa de tratament a bolnavului TB-01 a datelor despre administrarea medicamentelor antituberculoase conform schemei recomandate de medicul ftiziopneumolog, confirmate prin semnătura asistentului medical comunitar și/sau a asistentului medicului de familie și pacientului confirmă efectuarea tratamentului supravegheat a pacienților cu tuberculoză.

Validarea indicatorului se efectuează la prezența în Fișa medicală a bolnavului cu tuberculoză (F 081/e), a înscrierii medicului ftiziopneumolog despre finalizarea cu succes a tratamentului a pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator conform prevederilor PCN TB la adulți/copil.

Indicatorul se validează și în cazul, când tratamentul a fost supravegheat numai de asistentul medical comunitar și/sau asistentul medicului de familie.

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM. În raport nu sunt incluse puncte pentru medicul de familie din instituția medico-sanitară primară, unde activează acesta, în cazul în care pentru medicul respectiv indicatorul nu a fost validat din motivul înregistrării evenimentelor evitabile menționate.

Pentru îndeplinirea *țintelor trimestriale și anuale* se atribuie puncte după cum urmează:

Îndeplinirea țintei **anuale** pentru pacienții cu TB care au finalizat cu succes = 80 puncte.

Îndeplinirea țintei **anuale** pentru pacienții cu cazuri TB MDR care au finalizat cu succes = 140 puncte.

Îndeplinirea țintei **trimestriale** pentru pacienții cu TB care au finalizat cu succes = 20 puncte;

Îndeplinirea țintei **trimestriale** pentru pacienții cu cazuri TB MDR care au finalizat cu succes = 35 puncte;

Neîndeplinirea țintei trimestriale constituie 0 puncte.

V. Gravide

5. Rata gravidelor care au fost supravegheate conform standardului în vigoare

Indicatorul 5. Rata gravidelor din totalul gravidelor, care au fost monitorizate conform Standardului de supraveghere.

Indicatorul evaluează rezultatele procesului de monitorizare a gravidelor. Este **indicator de rezultat**, exprimat sub forma de rată.

Formula de calcul

Numărător – Numărul gravidelor care au finalizat sarcina în trimestrul de raportare și care au fost supravegheate conform standardului în vigoare

Numitor – Numărul gravidelor din lista de capitație care au finalizat sarcina în trimestrul de raportare.

Rata gravidelor care au efectuat toate vizitele de monitorizare în termenele stabilite = (Numărul gravidelor care au finalizat sarcina în trimestrul de raportare și care au efectuat toate vizitele de monitorizare în termenele stabilite X 100%) : Numărul gravidelor din lista de capitație care au finalizat sarcina în trimestrul de raportare

Sursa/colectare

Fișa personală a gravidei și lăuzei (F 111/e), Sistemul Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară (SIA AMP).

Importanța indicatorului

Evidențiază măsura în care instituția AMP realizează monitorizarea gravidelor conform Standardului. Selecția acestui indicator se datorează faptului că arată rata de succes a instituției AMP în a monitoriza corect și complet gravidele avute în supraveghere.

Tinta anuală constituie 80% din numărul gravidelor care au finalizat sarcina în anul de raportare din lista de capitație.

Tinta trimestrială constituie 80% din numărul gravidelor care au finalizat sarcina în trimestrul de raportare din lista de capitație.

Perioada de raportare

Indicatorul procesului de monitorizare gravide se va raporta trimestrial și anual.

Periodicitate

Continuă.

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este Rata gravidelor care au fost monitorizate conform Standardului din totalul gravidelor înregistrate corespunde țintelor stabilite pentru perioada de raportare.

Indicatorul se validează numai în cazul atingerii țintelor stabilite pentru perioada de raportare.

Numărul de gravide monitorizate conform Standardului poate fi validat dacă în Fișa personală a gravidei și lăuzei (F 111/ e) sunt înregistrate toate vizitele și investigațiile conform Standardului de supraveghere a gravidei.

Pentru evaluare se include fiecare gravidă care a finalizat sarcina cu naștere.

Prezența în Fișa personală a gravidei și lăuzei (F111/e) a datelor privind luarea la evidență în termen de gestație pînă la 12 săptămîni; administrarea acidului folic și

preparatelor de Fe în primul trimestru al sarcinii; investigarea prin examen ultrasonor și prin RMP (Reacția MicroPrecipitare) în termenele stabilite; efectuarea vizitelor la medicul de familie și medicul obstetrician - ginecolog în termenele stabilite, cu atingerea țintelor stabilite pentru perioada de raportare, confirmă îndeplinirea indicatorului.

*În cazul când femeia din motive argumentate (lipsa în țară, venită pe sector) a fost luată la evidență mai târziu de 12 săptămâni de sarcină și a efectuat vizitele ulterioare, inclusiv la medicul obstetrician-ginecolog în termenele stabilite, după luarea la evidență, cazul se include în raport și se validează.

* In cazul, când gravida în perioada de supraveghere se transferă la alt medic de familie din alt teritoriu, instituția medico-sanitară raportează îndeplinirea indicatorului, în cazul când supravegherea pentru perioada data a fost realizată conform Standardului de supraveghere și există confirmare documentată că a avut loc transmiterea informației de rigoare instituției medico-sanitare care a preluat gravida. Cazul se include în raport și se validează.

*Instituția medico-sanitară, care a preluat supravegherea, raportează îndeplinirea indicatorilor realizați în perioada de la transfer, pînă când sarcina s-a finalizat, în cazul când supravegherea pentru perioada data a fost realizată conform Standardului de supraveghere și există confirmare documentată că a avut loc solicitarea și transmiterea informației de la instituția medico-sanitară de unde a plecat gravida. Cazul se include în raport și se validează.

Datele despre gravidele care au fost internate de urgență, fără trimiterea medicului de familie, a gravidelor cu cazuri de proximitate de deces matern: 1) preeclampsia severă; 2)eclampsia; 3)HELP sindrom, vor fi transmise trimestrial de CNAM către IMS de asistență medicală primară pe adresa e-mail a acestora, conform formatului stabilit.

Cazurile de internate de urgență, fără trimiterea medicului de familie, a gravidelor cu cazuri evitabile de proximitate de deces matern: 1) preeclampsia severă; 2)eclampsia; 3)HELP sindrom (codurile O141; O149; O152; O159) pentru pacientele înregistrate pe lista medicului de familie, vor fi analizate de către instituția medico-sanitară primară, în baza datelor din extrasul din fișa medicală de staționarul (F 027 e), unde s-a tratat/a decedat persoana și din Fișa medicală de ambulator a pacientului (F 025 e) cu întocmirea proceselor verbale privind examinarea acestor cazuri și prezentate echipei CNAM în cadrul evaluării instituției.

Nu se validează indicatorul dacă în perioada de raportare au fost internate de urgență, fără trimiterea medicului de familie, gravide cu cazuri evitabile de proximitate de deces matern: 1) preeclampsia severă; 2)eclampsia; 3)HELP sindrom, pentru pacientele înregistrate pe lista medicului de familie.

În situațiile când cazul este calificat ca inevitabil (alte acțiuni ale echipei medicului de familie nu ar fi schimbat rezultatul final) indicatorul va fi validat.

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM. În raport nu sunt incluse puncte pentru medicul de familie din instituția medico-sanitară primară,

unde activează acesta, în cazul în care pentru medicul respectiv indicatorul nu a fost validat din motivul înregistrării evenimentelor evitabile menționate.

Pentru îndeplinirea *țintelor anuale și trimestriale* se atribuie puncte după cum urmează:

Îndeplinirea țintei anuale = 80 puncte.

Îndeplinirea țintei trimestriale = 20 puncte.

Neîndeplinirea țintei trimestriale constituie 0 puncte.

IV. Dispoziții finale

11. Raportul privind realizarea indicatorilor de performanță se prezintă trimestrial/semestrial/anual de către IMS AMP conform Formularului nr.1-23/d aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

12. Instituția medico-sanitară indică în Raport:

- numărul de persoane planificate pentru examinare în trimestrul/semestrul /anul de raportare;

- numărul de persoane cărora s-a efectuat serviciul în trimestrul/semestrul /anul de raportare;

- rata de îndeplinire a serviciilor planificate în în trimestrul/semestrul /anul de raportare.

13. Instituția medico-sanitară raportează numărul real de îndeplinire a serviciilor planificate în trimestrul/semestrul /anul de raportare. Rata de îndeplinire poate să depășească ținta stabilită, instituția avînd ca scop cuprinderea cît mai largă a populației din grupurile țintă cu servicii. Rata mai înaltă de îndeplinire a indicatorilor poate fi luată în considerație la regularizarea plăților efectuate în trimestrul IV.

14. Numărul de puncte raportat pentru îndeplinirea *țintelor trimestriale/semestriale/ anuale* se calculează de către fiecare instituție și se indică în Formularului nr.1-23/d aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

15. Numărul de puncte se calculează reieșind din numărul de populație înregistrat pe lista instituției, avînd în vedere că în prezentul Regulament numărul de puncte pentru fiecare indicator este stabilit la 1500 populație.

16. În Formularului nr.1-23/d instituția medico-sanitară indică suma în lei calculată, reieșind din costul punctului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină și numărul de puncte acumulat, numai în cazul cînd instituția îndeplinește ținta stabilită pentru indicatorul respectiv.

17. Conducătorul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală este responsabil de

realizarea, monitorizarea, evaluarea și raportarea trimestrială/semestrială/anuală a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă.

18. Compania Națională de Asigurări în Medicină este responsabilă de plasarea pe pagina web a CNAM a raportului generat din Sistemul informațional „DRG” pentru indicatorii 1, 2 și 5 și transmiterea trimestrială pe adresele e-mail a instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală a Listelor cu privire la cazurile raportate prin intermediul Sistemului Informațional DRG, privind: accidente vasculare cerebrale acute (AVC); amputații/picior diabetic; preeclampsie severă; eclampsie; HELLP sindrom, recepționarea dărilor de seamă trimestriale/semestriale/anuale prezentate de către prestatorii de asistență medicală primară, evaluarea și validarea indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă pentru care se estimează bonificația și pentru achitarea acesteia, în conformitate cu legislația în vigoare.

Schema de plata pentru indicatorii de performanță în asistența medicală primară

I. Dispoziții generale

1. Scopul principal al schemei de plată pentru performanță utilizată în asistența medicală primară este de a ameliora problemele majore de sănătate publică care pot fi adresate preponderent la acest nivel de asistență prin furnizarea de servicii preventive, servicii de diagnosticare precoce și de servicii de monitorizare a tratamentului adecvat și a complicațiilor, în principal pentru bolile cronice.

2. Realizarea acestui deziderat crește performanța sistemului de sănătate și are impact pozitiv la nivel societal prin:

- 1) reducerea mortalității evitabile (creșterea speranței de viață, a speranței de viață sănătoasă, a productivității și a capitalului social);
- 2) reducerea dizabilității (îmbunătățirea calității vieții, a productivității și a capitalului social);
- 3) scăderea pe termen lung a costurilor cu asistența medicală secundară și terțiara prin rezolvarea promptă a unei părți din problemele de sănătate la nivelul de bază (eficiența sistemului de sănătate).

3. Domeniile prioritare pentru care se propune utilizarea indicatorilor și a schemei de plată pentru performanță sunt următoarele:

- 1) Bolile cronice (Boli cardiovasculare, Diabet Zaharat).
- 2) Cancerele prevenibile și vindecabile (depistarea formelor precoce de cancer) (Cancer mamar, Cancer de col uterin, Cancer de colon etc).
- 3) Bolile infecțioase (TBC).
- 4) Sănătatea femeii (gravida).

4. Schema de plată pentru performanță are la bază câteva principii și anume:

- 1) transformarea indicatorilor de proces din numere absolute în **rate**;
- 2) introducerea unei **ținte** pentru fiecare indicator de proces sau de rezultat în parte;
- 3) alocarea unui număr de **puncte** pentru fiecare ținta din structura fiecărui indicator de proces sau de rezultat;
- 4) **regularizarea valorii punctului** în trimestrul IV al fiecărui an calendaristic.

II. Definiții, concepte utilizate în schema de plată

Rată = [(numărător/numitor)*100] an;

Țintă = nivel dezirabil de atins pentru un indicator de performanță astfel încât furnizarea serviciului respectiv să fie semnificativă într-o populație.

Punct = număr care are atașată o valoare monetară și care reprezintă modalitatea prin care este finanțat un indicator de performanță. Fiecărei ținte din cadrul fiecărui indicator de performanță îi corespunde un număr de puncte de calculare a punctelor pentru fiecare țintă ia în considerare volumul de muncă alocat efectuării serviciilor respective pentru fiecare indicator și importanța ponderii fiecărei arii de interes în cadrul schemei de plată pentru performanță.

Valoarea punctului – valoarea monetară calculată ca raport dintre suma pentru plata pe performanță și numărul maximal de puncte potențial realizabil în decursul anului de către toți furnizorii, racordat la numărul de populație, înregistrat în fiecare IMS. Se ia în considerare pentru plata furnizorilor care au îndeplinit ținta în decursul primelor trei trimestre din an.

Regularizarea valorii punctului – recalcularea la sfârșitul trimestrului IV a valorii punctului ca raport dintre suma pentru plata pe performanță și numărul de puncte realizate pentru întregul an de către toți furnizorii.

III. Modalitatea de plată pentru realizarea indicatorilor de performanță

5. Finanțarea instituțiilor medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (*în continuare - instituția AMP*) se efectuează trimestrial în funcție de realizarea țintei după cum urmează:

1) în cazul în care instituția AMP nu a atins ținta la sfârșitul trimestrului, nu se efectuează plata pentru performanță;

2) în cazul în care instituția AMP a atins sau a depășit ținta la sfârșitul trimestrului, se efectuează plata pe performanță cu o valoare corespunzătoare numărului de puncte alocate țintei pentru respectivul indicator;

3) în cazul în care instituția AMP a atins ținta, dar înregistrează cazuri evitabile prevăzute de Regulamentul privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă realizați de către instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr.1 la ordin, din plata pentru performanță se exclude suma pentru numărul de puncte stabilit pentru 1500 persoane. Pentru cazurile când instituția medico-sanitară confirmă că situația care a dus la neîndeplinirea indicatorului a fost inevitabilă se acceptă includerea indicatorului respectiv în calcul pentru plată.

6. După colectarea datelor în trimestrul IV se va face regularizarea plăților după cum urmează:

1) Se adună numărul total de puncte convenite pentru fiecare indicator în funcție de atingerea țintei anuale, după caz;

2) După raportarea de către toate instituțiile AMP a țintelor anuale (și implicit a

numărului de puncte realizate pentru întregul an) se va stabili valoarea recalculată a punctului la nivel național prin împărțirea sumei pentru plata pe performanță la numărul total de puncte raportat;

3) Se înmulțește numărul de puncte raportat pentru întreg anul cu valoarea recalculată a punctului la nivel național;

4) Instituția AMP va primi diferența dintre suma astfel calculată din care se vor scădea sumele deja plătite în trimestrele I-III.

7. În cazul în care sumele încasate în primele trei trimestre sunt mai mari decât suma calculată în baza valorii regularizate a punctului – sumele respective vor fi returnate de către instituția AMP sau, după caz, reținute din contul transferurilor în trimestrul I al anului viitor.

Regulamentul
privind modul de calculare și plată a suplimentului
la salariu pentru realizarea indicatorilor de performanțe profesionale
individuale în muncă personalului instituțiilor medico-sanitare care prestează
servicii de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență
medicală

Secțiunea 1.
Dispoziții generale

1. Prezentul Regulament determină modul de calculare și achitare a suplimentului de plată la salariu pentru îndeplinirea indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă (în continuare - indicatori de performanță) personalului instituțiilor medico-sanitare, ce prestează servicii de asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – instituții AMP).

Secțiunea 2.

Modalitatea de stabilire a suplimentului de plată la salariu
personalului instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară
pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță

2. Cuantumul suplimentului de plată la salariu pentru îndeplinirea indicatorilor de performanțe profesionale individuale în muncă în asistența medicală primară constituie o parte din mijloacele financiare obținute de către instituția medico-sanitară.

3. Mijloacele financiare alocate pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță reprezintă mijloacele obținute suplimentar la mijloacele financiare destinate pentru salarizarea de bază a personalului instituțiilor medico-sanitare și constituie partea variabilă a salariului.

4. Din volumul total al bonificației pentru indicatorii de performanță se va planifica achita suma pentru contribuțiile sociale, prime medicale corespunzătoare plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță.

5. Suplimentul de plată la salariu, stabilit pentru performanțe profesionale individuale în muncă, poartă caracter de stimulare a muncii și este bazat pe calitatea muncii, aportul și profesionalismul angajatului.

6. Pentru personalul medical din asistența medicală primară, suplimentul de plată la salariu pentru performanțe profesionale individuale în muncă se stabilește și se achită în funcție de nivelul de realizare a indicatorilor de performanță și gradul de implicare în realizarea indicatorului.

7. De supliment la salariu pentru performanțe profesionale individuale în muncă poate beneficia și personalul care efectuează organizarea și monitorizarea

activităților desfășurate în acest scop, a contribuit direct sau indirect la îndeplinirea indicatorilor de performanță a muncii.

8. Mijloacele financiare aferente achitării suplimentelor la salariu pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță profesională a muncii, se planifică și se utilizează doar în acest scop.

9. Pentru plata indicatorilor realizați, se vor utiliza mijloace financiare planificate în mărime de cel puțin 15 la sută din totalul salariilor de funcție calculate pe instituție.

10. Achitarea suplimentului la salariu pentru performanțe profesionale individuale în muncă se efectuează în baza rezultatelor constatate în urma evaluării performanțelor profesionale a muncii personalului, efectuate în modul stabilit de Regulamentul aprobat prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

11. Responsabilitatea pentru evaluarea îndeplinirii indicatorilor de performanță se atribuie Comisiei de evaluare a performanțelor profesionale a muncii (în continuare - Comisia), componența căreia este aprobată prin ordinul conducătorului instituției. La decizia administrației instituției, responsabilitatea pentru evaluarea indicatorilor de performanță poate fi atribuită Comisiei de evaluare a muncii și tarifare.

12. Comisia evaluează îndeplinirea indicatorilor de performanță în baza documentației de evidență medicală primară, conform contractului de prestare a serviciilor medicale cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, în corespundere cu prezentul Regulament și Regulamentul privind criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță, pentru care se efectuează plata suplimentului la salariu. În baza rezultatelor evaluate, comisia întocmește un proces-verbal.

13. Mijloacele financiare aferente suplimentului de plată la salariu pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță se achită conform, criteriilor și metodelor de plată aprobate în Regulamentul intern al instituției referitor la plata cu caracter stimulator sub formă de supliment de plată la salariu, care se achită pentru îndeplinirea țintelor trimestriale/semestriale/anuale.

14. Mărimea concretă a suplimentului de plată la salariu pentru fiecare salariat se fixează în ordinul conducătorului instituției medico-sanitare, emis în baza evaluării efectuate de Comisie și prezentate conducătorului sub formă de proces-verbal. Pentru personalul de conducere mărimea concretă a plății cu caracter stimulator nu poate depăși mărimea medie acordată medicilor de familie.

15. Suplimentul de plată la salariu pentru indicatorii de performanță se va efectua doar când medicul de familie (echipa medicului de familie) va atinge țintele stabilite.

16. La planificarea indicatorilor de performanță, stabilirea suplimentului de plată la salariu se va ține cont de principiile care stau la baza modalității de plată pentru realizarea indicatorilor de performanță pentru instituțiile AMP, stabilite în Schema de plata pentru indicatorii de performanță în asistența medicală primară.

17. Conducătorul instituției medico-sanitare stabilește prin Regulamentul intern evaluarea trimestrială și anuală a îndeplinirii indicatorilor de performanță, cu raportarea trimestrială, semestrială (după caz) și anuală a datelor privind realizarea indicatorilor de performanță Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

18. Conducătorul instituției medico-sanitare asigură evaluarea trimestrială/semestrială (după caz) și anuală a îndeplinirii indicatorilor, cu achitarea suplimentului de plată la salariu pentru serviciile realizate trimestrial, semestrial (după caz) și anual pentru medicii de familie (echipele medicilor de familie) care au atins țintele stabilite și doar pentru indicatorii pentru care au fost atinse țintele stabilite.

19. Plata anuală pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță se achită medicului de familie și echipei sale, inclusiv altui personal medical de specialitate care contribuie nemijlocit la realizarea indicatorilor de performanță, în baza datelor evaluării indicatorilor menționați de către Comisia de evaluare a performanțelor profesionale a muncii, anual, pînă la 20 ianuarie pentru anul precedent.

20. În cazul cînd medicul de familie și echipa sa, alt personal medical de specialitate nu îndeplinesc integral indicatorii de performanță, plata pentru indicatorii de performanță se va efectua doar pentru indicatorii real îndepliniți.

Sectiunea 3. Dispoziții finale

21. Conducătorul instituției medico-sanitare poartă responsabilitate personală pentru activitatea Comisiei, pentru raportarea către Compania Națională de Asigurări în Medicină a datelor despre îndeplinirea indicatorilor de performanță, conform contractului de prestare a serviciilor medicale cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, precum și pentru evaluarea îndeplinirii indicatorilor de performanță, calcularea și achitarea suplimentelor de plată la salariu destinate pentru stimularea materială suplimentară în termenii stabiliți, conform legislației în vigoare.