



ORDIN

mun. Chișinău

„13” aprilie 2018

nr. 515/130-A

Cu privire la indicatorii de performanță în Asistența Medicală Primară

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr. 411 din 28 martie 1995, Hotărârii Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 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 din 06.07.2016, Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018, aprobate prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 1131/658-A din 29.12.2017, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 694 din 30.08.2017 și Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156 din 11.02.2002,

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, care nu vor depăși cota maxima a cheltuielilor pentru remunerarea muncii angajaților, calculate în raport cu suma venitului acumulat în urma prestării serviciilor medico-sanitare.

3. Directorii Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Instituțiilor Medico-Sanitare Publice Institutul Oncologic, Institutul de Ftiziopneumologie „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 15 a lunii următoare trimestrului de raportare.

4. Compania Națională de Asigurări în Medicină, conform competenței va prezenta trimestrial (cu publicarea pe pagina WEB) instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, datele din sistemul DRG, privind cazurile înregistrate de accidente vasculare cerebrale acute (AVC); amputații/picior diabetic; preeclampsie severă; eclampsie; HELP sindrom, pînă la data de 15 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. Ordinul nr.247/125-A din 28.03.2017 Cu privire la indicatorii de performanță în Asistența Medicală Primară se abrogă.

8. Controlul asupra executării prezentului ordin se atribuie dnei Rodica Scutelnic, secretar de stat și dlui Iurie Osoianu, vicedirector general.


Svetlana CEBOTARI
Ministru


Dmitrii PARFENTIEV
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 Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018, aprobate prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 1131/658-A din 29.12.2017.

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 Medicină (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 „Asistență 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 actul 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 obținut.

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 asistentei 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 capacitate.

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 capacitate

Sursa/colectare

Informațiile din fișele medicale ale pacienților (F-025/e).

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 capacitate au valori ale TA sub 140/90 pe parcursul anului.

Tinta trimestrială constituie 32% din pacienții cu HTA aflați în evidență din lista de capacitate 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 circa 20% din populația adultă.

Monitorizarea și validarea indicatorului se face pe baza informațiilor din fișele medicale ale pacienților (F 025/e).

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) și de lipsa evenimentelor evitabile de AVC. 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, și în fișa medicală a acestora să reiasă că la fiecare examinare TA este sub 140/90.

Indicatorul reprezintă datele despre monitorizarea continuă a pacientului și este validat ca continuare a acestuia din anul precedent.

Datele privind numărul de internări sau decese din cauza AVC la pacienți cu hipertensiune arterială, internați fără trimiterea medicului de familie, se vor prezenta trimestrial (cu publicarea pe pagina WEB) de către CNAM în termenul stabilit.

Cazurile de internare de urgență, fără trimiterea medicului de familie, 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 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, persoane cu evenimente evitabile (internare sau deces) de AVC (accident vascular cerebral) la persoanele înregistrate pe Lista medicului de familie și aflați la evidență cu Hipertensiune Arterială, conform listelor persoanelor înregistrate în cadrul instituțiilor respective.

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. 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 $\leq 6 - 8,5\%$.

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 $\leq 6 - 8,5\%$ 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 $\leq 6 - 8,5\%$ = (Numărul de pacienți cu DZ cu HbA1C cu valori $\leq 6 - 8,5\%$ X 100%) : Numărul de pacienți cu DZ din lista de capitație

Sursa/ colectare

Fișa medicală de ambulator a bolnavului (F 025/e)

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 $\leq 6 - 8,5\%$.

Tinta semestrială constituie 40% din pacienți cu DZ din lista de capitație cu valori ale hemoglobinei glicozilate menținute $\leq 6 - 8,5\%$.

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 $\leq 6 - 8,5\%$ 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).

Criteriul de validitate semestrială al indicatorului va fi reprezentat de valorile HbA1C menținute $\leq 6 - 8,5\%$ la examenul efectuat și de lipsa evenimentelor evitabile. 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 $\leq 6 - 8,5\%$.

Criteriul de validitate anuală a indicatorului va fi reprezentat de valorile HbA1C menținute $\leq 6 - 8,5\%$ la fiecare din cele 2 examinări de pe parcursul unui an (examinări o dată la șase luni) și de lipsa evenimentelor evitabile. 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 și în fișa medicală a acestora să reiasă că la fiecare examinare valorile HbA1C sunt menținute $\leq 6 - 8,5\%$.

Datele privind numărul de internări sau decese din cauza Diabetului Zaharat și complicațiilor acută/cronică a Diabetului Zaharat (picior diabetic/amputație) la pacienți internați fără trimiterea medicului de familie, se vor prezenta trimestrial (cu publicarea pe pagina WEB) de către CNAM în termenul 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.

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) la pacienții înregistrați pe lista medicului de familie și aflați la evidență cu Diabet Zaharat, conform listelor persoanelor înregistrate în cadrul instituțiilor respective.

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 semestrial și anual 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. Prevenirea, depistarea precoce a cancerului

Indicatorul 3. 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:
$$= (\text{Numărul persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne, depistate în stadiu precoce (gradul I – II)} \times 100\%) : \text{Numărul total al persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne cu stadiu stabilit în trimestrul de raportare.}$$

Sursa/ colectare

Fișa medicală de ambulator a bolnavului (F 025/e)

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.

Ținta 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.

Ținta 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

Trimestrial, anual

Periodicitatea de efectuare

Continuu, cu examinarea vîrstelor și grupelor de risc.

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este *Rata persoanelor luate la evidență primar cu tumori maligne în stadiu precoce* (gradul I-II) corespunde țintelor 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), Raportul statistic medical al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, Cancer Registru.

Nu se validează indicatorul, dacă în perioada de raportare, persoanele înregistrate cu forme precoce de cancer (gradul I-II) nu se regăsesc în Cancer registru.

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează trimestrial în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM. Raportarea indicatorului se efectuează trimestrial. 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

.

IV. TUBERCULOZĂ (TBC)

4. Depistarea activă a populației aflată la risc de a face TBC

Indicatorul 4. Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB.

Indicatorul evaluează procesul de screening/depistarea activă a TBC. Este **indicator de proces**, exprimat sub formă de rată.

Formula de calcul

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

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

Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB = (Numărul persoanelor din grupul de risc, care au fost investigate pentru TBC X 100%) : Numărul persoanelor din grupul de risc pentru TBC 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.

Importanța indicatorului

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

Tinta anuală constituie 80% din numărul persoanelor din grupul de risc pentru TBC definit conform protocolului pentru perioada de raportare.

Tinta trimestrială constituie 20% din numărul persoanelor din grupul de risc pentru TBC definit conform protocolului pentru perioada de raportare.

Perioada de raportare

Trimestrial, anual.

Periodicitatea efectuării

Continuă. Specificitate: numărul persoanelor din grupul de risc pentru TBC, 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 țințelor stabilite pentru perioadele de raportare.

Indicatorul se validează numai în cazul atingerii țințelor 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) și Listele persoanelor care necesită examinare profilactică prin investigarea la tuberculoză prin radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională); Mantoux; sputa la BAAR. Listele se completează trimestrial, în dependență de apariția persoanelor noi care necesită examinare profilactică conform actelor normative în vigoare.

Se verifică prezența în Lista menționată a persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză, inclusiv conform listelor de examinări țințite, conform prevederilor ordinului nr. 1080 din 13.10.2014 „Cu privire la măsurile de eficientizare a depistării tuberculozei”, cu modificările și completările ulterioare, și persoanelor din categoriile pereclitante 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)/sputa la BAAR (pentru simptomatici)/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.

Pentru facilitarea evaluării, după caz, rezultatul investigației la tuberculoză se indică (dublează) în fișa profilactică a fișei medicale a bolnavului de ambulator (F-025/e).

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 = 60 puncte.

Îndeplinirea țintei trimestriale = 15 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)

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 până la 12 săptămâni; 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.

* În 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, până 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 privind internarea de urgență, fără trimiterea medicului de familie, a gravidelor cu cazuri de proximitate de deces matern: 1) preeclampsia severă; 2)eclampsia; 3)HELP sindrom, pentru pacientele înregistrate pe lista medicului de familie, se vor prezenta trimestrial (cu publicarea pe pagina WEB) de către CNAM în termenul 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.

VI. Copiii

6. Rata copiilor care au efectuat schema de vaccinare completă pentru vârsta de 1 an.

Indicatorul 6. Rata copiilor care au efectuat schema de vaccinare completă pentru 1 an.

Indicatorul evaluează rezultatele procesului de monitorizare a vaccinărilor complete la copii pentru vârsta de 1 an. Este un **indicator de rezultat** exprimat sub formă de rată.

Formula de calcul

Numărător – Numărul copiilor care au efectuat toate vaccinările pentru 1 an conform schemei stabilite/a calendarului național de vaccinare în trimestrul de raportare.

Numitor – Numărul copiilor care au împlinit vârsta de 1 an sau 18 luni după caz și se află la evidență în lista de capitație în trimestrul de raportare.

Rata copiilor care au efectuat schema de vaccinare completă pentru 1 an
$$= (\text{Numărul copiilor care au efectuat toate vaccinările pentru 1 an conform schemei stabilite/a calendarului național de vaccinare} \times 100\%) : \text{Numărul copiilor care au împlinit vârsta de 1 an sau 18 luni după caz aflați la evidență din lista de capitație}$$

Sursa (de unde se colectează)

Carnet de dezvoltare a copilului (formular nr. 112/e).

Importanța indicatorului

Evidențiază măsura în care medicii/instituția medicală realizează vaccinarea copiilor la 1 an conform protocoalelor precum și a fișei tip aplicate, arată implicarea în aplicarea măsurilor de monitorizare conform acestor protocoale. Selecția acestui indicator se datorează faptului că arată rata de succes a medicilor/instituției medicale în a monitoriza corect și complet vaccinarea la copiii de 1 an avuți în supraveghere.

Rata copiilor care au efectuat schema de vaccinare conform Calendarului de imunizări la 1 an.

Formula de calcul

Numărător – Numărul copiilor care au efectuat toate vaccinările conform schemei stabilite pentru 1 an conform Calendarului de imunizări în trimestrul de raportare.

Numitor – Numărul copiilor care au împlinit vârsta de 1 an sau 18 luni după caz și se află la evidență în lista de capitație în trimestrul de raportare.

Rata copiilor care au efectuat schema de vaccinare conform Calendarului de imunizări la vârsta de 1 an = (Numărul copiilor care au împlinit vârsta de 1 an sau 18 luni după caz în perioada de raportare și care au efectuat toate vaccinările conform schemei stabilite/a Calendarului de imunizări X 100%) : Numărul copiilor care au împlinit vârsta de 1 an sau 18 luni după caz și se află la evidență din lista de capitație, în perioada de raportare).

Tinta anuală constituie 95% din copiii care au împlinit vârsta de 1 an sau 18 luni după caz în anul de raportare, aflați la evidență din lista de capitație, au fost vaccinați, conform Calendarului de imunizări.

Tinta trimestrială constituie 95% din copiii care au împlinit vârsta de 1 an sau 18 luni după caz în trimestrul de raportare, aflați la evidență din lista de capitație, au fost vaccinați, conform Calendarului de imunizări.

Perioada de Raportare

Indicatorul procesului de monitorizare a vaccinării copiilor de 1 an se va raporta trimestrial, anual.

Periodicitate

Continuă. Specificitate: copiii o dată raportați că au finalizat vaccinarea într-un trimestru nu mai au cum să fie raportați în cursul altui trimestru.

Criteriu de îndeplinire a indicatorului este Rata copiilor care au efectuat schema de vaccinare completă prevăzută pentru copii cu vârsta de un an.

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

Numărul copiilor de 1 an sau 18 luni după caz luați la evidență care au efectuat toate vaccinările conform schemei stabilite/a calendarului național de vaccinare se validează prin evaluarea Carnetului de dezvoltare a copilului (F-112/e).

Prezența în Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e) a datelor despre vaccinare, cu respectarea Calendarului de vaccinare, confirmă realizarea indicatorului.

Se raportează fiecare copil, care a împlinit 12 luni, sau 18 luni după caz, în trimestrul de raportare. Cazurile, în care termenele de vaccinare au fost prelungite argumentat, cu înscrierile respective în documentația medicală primară, copilul se raportează inclusiv la depășirea vârstei de 12 luni, dar nu mai mult de 18 luni.

Pentru validarea indicatorului se evaluează Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e).

Prezența în Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e), care a împlinit 12 luni, sau 18 luni după caz, a datelor privind realizarea programului de vaccinare pentru vârsta de un an, conform prevederilor standardelor în vigoare, inclusiv a datelor ce argumentează prelungirea termenului, confirmă îndeplinirea indicatorului.

Validarea se va efectua inclusiv în cazurile când vaccinările sunt efectuate cu depășirea termenelor stabilite în standarde din cauza contraindicațiilor temporare pe motiv de boală, în cazul când acestea sunt argumentate în scris în Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e).

Plata indicatorului

Plata indicatorului se efectuează în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM.

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

Îndeplinirea țintei trimestriale = 14 puncte;

Îndeplinirea țintei anuale = 56 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 indică în Raport 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, 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) Cancerul prevenibil și vindecabil (depistarea formelor precoce de cancer) (Cancer mamar, Cancer de col uterin, Cancer de colon etc).
- 3) Bolile infecțioase (TBC).
- 4) Sănătatea femeii (gravida).
- 5) Sănătatea copilului mic (nou născut sănătos, vaccinare).

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 țintă 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 cuvenite 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. Quantumul 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, primemedicale corespunzătoare plăților cu caracter stimulator pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță și alte plăți necesare activității de bază a instituției medico-sanitare.

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), componenta căreia este aprobată prin ordinul conducătorului instituției. La decizia administratei instituției, responsabilitatea pentru evaluarea indicatorilor de performanță poate fi atribuită Comisiei de evaluare a muncii și tarifyare.

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.