# MONITORUL SĂNĂTĂȚII

## NOTĂ DE POZIȚIE CU PRIVIRE LA INDICATORII DE PERFORMANȚĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ, UTILIZAȚI ÎN ANUL 2017 DE CĂTRE COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ PENTRU MODALITATEA DE PLATĂ ÎN BAZĂ DE ”BONIFICAȚIE PENTRU INDICATORI DE PERFORMANȚĂ”





Ianuarie 2018

**Autor:**

**Ghenadie Țurcanu**, coordonator programe, Centrul PAS

pas
we act today for tomorrow's future!
Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate

Chișinău, 2018

Această notă de poziție a fost realizată în cadrul proiectului „Monitorul Sănătăţii pentru o bună guvernare în RM” implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul financiar al Fundaţiei Soros-Moldova/Programul Sănătate Publică. Informaţiile si concluziile expuse în această notă de poziție aparţin în exclusivitate autorului și nu sunt împărtăşite neapărat de Fundaţia Soros-Moldova.

**Centrul pentru Politici şi Analize în Sănătate (Centrul PAS)**
Republica Moldova, MD-2012, mun. Chişinău, str. Vasile Alecsandri 99/1
Tel: +373 22 22 63 43 Fax: Fax: +373 22 22 63 87, E-mail: office@pas.md
www.pas.md

## Context

Ministerul Sănătăţii şi Compania Naţională de Asigurări în Medicină au aprobat la 30.12.2016 Ordinul 1076/720 ”Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituţiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală pentru anul 2017”, care include 20 de indicatori de performanţă pentru Asistenţa Medicală Primară (tabelul 1). De menţionat că prin Ordinul nr. 247/125A din 28.03.2017 al Ministerului Sănătăţii şi al Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină sunt stabiliţi 19 indicatori de performanţă. Astfel, în Ordinul nr. 247/125A din 28.03.2017 lipseşte indicatorul *”Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani care au efectuat o mamografie la interval de 2 ani”*. Dat fiind faptul că Ordinul 1076/720 ”Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituţiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală pentru anul 2017” a fost publicat la data de 20.01.2017 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova cu nr. 19-23, art. nr. 68 vom analiza şi indicatorul care lipseşte în Ordinul nr. 247/125A din 28.03.2017.

Indicatorii de performanţă în Asistenţa Medicală Primară (AMP) sunt utilizaţi de Compania Naţională de Asigurări în Medicină (CNAM) pentru metoda de plată ”bonificaţie pentru indicatori de performanţă”. Suma pentru îndeplinirea indicatorilor de performanţă constituie **190 484 000 lei** şi reprezintă **14%** din suma aprobată pentru AMP (1 360 145 300 lei, fără suma destinată pentru medicamente compensate) prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală pentru anul 2017, nr. 285 din 16.12.2016.

**Tabelul 1. Indicatorii de performanţă în AMP stabiliţi pe domenii de activitate a instituţiei de AMP**

| Obiectivul indicatorului | Denumirea indicatorului* |
|---|---|
| **I. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea maladiilor cardiovasculare** | Indicatorul 1. Rata persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 şi 65 ani, fără complicaţii cardiovasculare (infarct miocardic, AVC), la care s-a efectuat indicele SCORE. |
| | Indicatorul 2. Rata pacienţilor la risc identificat conform indicelui SCORE şi a pacienţilor cu HTA, instruiţi prin programul „Şcoala pacientului cardiovascular”. |
| | Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu HTA aflaţi în evidenţă şi care primesc tratament antihipertensiv în conformitate cu protocolul clinic naţional. |
| | Indicatorul 4. Rata pacienţilor cu fibrilaţie atrială la risc de AVC anticoagulanţi conform instrumentului de screening. |
| | Indicatorul 5. Rata pacienţilor cu HTA aflaţi în evidenţă şi tratament antihipertensiv care au valori ale TA menţinute < 140/90 mm Hg. |
| | Indicatorul 6. Rata evitării complicaţiilor cardiovasculare (IMA (infarct miocardic acut)/AVC (accident vascular cerebral) la persoane identificate cu risc înalt şi foarte înalt conform indicelui SCORE şi pacienţi cu CIC (cardiopatie ischemică cronica), HTA, FIA (fibrilaţie atrială). |
| **II. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea diabetului** | Indicatorul 1. Rata persoanelor depistate activ cu diabet zaharat tip II prin folosirea unui instrument standardizat de calcul al riscului. |
| | Indicatorul 2. Rata pacienţilor cu DZ şi a persoanelor la risc înalt (>15) de a dezvolta DZ tip 2 instruite prin programul Şcoala pacientului diabetic şi a persoanei la risc de diabet. |
| | Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu DZ aflaţi în evidenţă care au valori ale HbA1C menţinute ≤ |

| | |
|---|---|
| **zaharat** | 6-7%. |
| | Indicatorul 4. Rata evitării complicaţiilor specifice la pacienţii cu DZ. |
| **III. Cancerul** | Indicatorul 1. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani care au efectuat o mamografie la interval de 2 ani. |
| | Indicatorul 2. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeş-Papanicolau la interval de 3 ani. |
| | Indicatorul 3. Rata adulţilor în vârstă de 40-75 de ani la care s-a aplicat instrumentul pentru evaluarea riscului si la care s-a efectuat un test de evidenţiere a hemoragiilor oculte în fecale o data la 2 ani. |
| **IV. Tuberculoza (TB)** | Indicatorul 1. Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB. |
| | Indicatorul 2. Rata persoanelor care au finalizat tratamentul conform standardelor DOTS. |
| **V. Gravide şi sănătatea reproducerii (contracepţia)** | Indicatorul 1. Rata gravidelor din totalul gravidelor care au fost monitorizate conform protocolului. |
| | Indicatorul 2. Rata femeilor la risc cu vârsta până la 35 ani care primesc servicii contraceptive conform protocolului. |
| **VI. Copiii** | Indicator 1. Rata copiilor 0-1 ani din totalul copiilor 0 – 1 ani care au efectuat toate vizitele de monitorizare în termenele stabilite de protocoalele clinice naţionale. |
| | Indicatorul 2. Rata copiilor care au împlinit 1 an şi care au efectuat schema de vaccinare completă. |
| | Indicatorul 3. Rata copiilor 18-24 luni la care s-a efectuat screening-ul complet al autismului conform standardelor clinice naţionale. |

*Notă: Denumirea indicatorilor este conformă Ordinului nr. 1076/720 "Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituţiilor medico-sanitare în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistenţă medicală pentru anul 2017" şi publicat la data de 20.01.2017 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 19-23, art. nr. 68.*

Prin esenţa sa un **indicator de performanţă reflectă cât de bine o instituţie îşi îndeplineşte scopul şi obiectivele**. Indicatorii de performanţă se pot raporta în egală măsură atât la procese, la rezultate, cât şi la impactul activităţilor instituţiei de AMP, pentru ca aceasta să se conforme scopului şi obiectivelor sale funcţionale.

Ministerul Sănătăţii, prin Ordinul nr. 695 din 13.10.2010 "Cu privire la Asistenţa Medicală Primară în Republica Moldova", stabileşte cum că **scopul instituţiei de AMP** este "**ameliorarea sănătăţii populaţiei prin dezvoltarea şi fortificarea continuă a medicinii de familie cu accentuarea prioritară pe măsurile de prevenire a maladiilor**". Ordinul nr.695 din 13.10.2010 nu prevede reglementări clare pentru obiectivele instituţiei de AMP, dar trasează clar serviciile medicale primare de bază acordate de respectiva instituţie (tabelul 2).

**Tabelul 2. Nomenclatorul serviciilor medicale primare de bază acordate de instituţia de AMP**

1. **Intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale, inclusiv la domiciliu**
2. **Servicii medicale preventive, precum: şcolarizarea populaţiei în vederea promovării modului sănătos de viaţă, realizarea programului de imunizare, depistarea activă a persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire pentru afecţiuni selecţionate conform dovezilor ştiinţifice, supravegherea medicală activă la adulţi şi la copii asimptomatici cu risc normal sau ridicat, pe grupe de vârstă şi sex**
3. **Monitorizarea bolilor cronice, care cuprinde: supraveghere medicală activă pentru cele mai frecvente boli cronice, iniţierea şi menţinerea tratamentului de susţinere, asigurarea evaluărilor periodice clinico-instrumentale, de laborator şi consultativ-specializate**
4. **Servicii medicale de consultanţă pentru gravide, copii, adolescenţi, vârstnici, persoane social-vulnerabile, persoane cu handicap şi bolnavi în stare terminală**
5. **Planificare familială**
6. **Supravegherea gravidelor, lăuzelor, copiilor**
7. **Unele proceduri de mică chirurgie**
8. **Servicii medico-sociale: îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paliative în faza terminală, în cadrul echipei multidisciplinare, conform actelor normative în vigoare**

În cele ce urmează vom analiza fiecare indicator de performanţă pentru finanţarea instituţiilor AMP prin metoda ”bonificaţie pentru indicatori de performanţă”.

**I. ”Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea maladiilor cardiovasculare”.**

Putem constata că acest obiectiv conţine trei deziderate distincte: prevenirea; depistarea precoce şi supravegherea maladiilor. Pentru acest obiectiv MS şi CNAM au stabilit şase indicatori de performanţă (tabelul 3)

**Tabelul 3. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea maladiilor cardiovasculare**

| | |
|---|---|
| **I. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea maladiilor cardiovasculare** | **Indicatorul 1. Rata persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 şi 65 ani, fără complicaţii cardiovasculare (infarct miocardic, AVC), la care s-a efectuat indicele SCORE.** |
| | Indicatorul 2. Rata pacienţilor la risc identificat conform indicelui SCORE şi a pacienţilor cu HTA, instruiţi prin programul „Şcoala pacientului cardiovascular”. |
| | Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu HTA aflaţi în evidenţă şi care primesc tratament antihipertensiv în conformitate cu protocolul clinic naţional. |
| | Indicatorul 4. Rata pacienţilor cu fibrilaţie atrială la risc de AVC anticoagulanţi conform instrumentului de screening. |
| | Indicatorul 5. Rata pacienţilor cu HTA aflaţi în evidenţă şi tratament antihipertensiv care au valori ale TA menţinute < 140/90 mm Hg. |
| | Indicatorul 6. Rata evitării complicaţiilor cardiovasculare (IMA (infarct miocardic acut)/AVC (accident vascular cerebral) la persoane identificate cu risc înalt şi foarte înalt conform indicelui SCORE şi pacienţi cu CIC (cardiopatie ischemică cronica), HTA, FIA (fibrilaţie atrială). |

*Indicatorul 1. Rata persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 şi 65 ani, fără complicaţii cardiovasculare (infarct miocardic, AVC), la care s-a efectuat indicele SCORE* este un indicator de **proces** focalizat asupra scopului şi obiectivului de **depistare precoce** a maladiilor cardiovasculare. Indicatorul **nu este rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Mai mult ca atât, indicatorul **implică cheltuieli suplimentare** de 5 558 900 Lei[1] pentru instituţiile de AMP, pentru efectuarea analizelor de dozare a colesterolului. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimată în %, ceea ce presupune o povară administrativă în managementul indicatorilor atât din partea instituţiei de AMP, cât şi CNAM. Nefuncţionarea în toate instituţiile de AMP a fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în AMP **impune sarcini de povară administrativă pentru personalul medical**

[1] Costurile au fost estimate în baza tarifelor pentru serviciile medico-sanitare pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, cu modificările și completările ulterioare.

**responsabil de** colectarea indicatorului, ceea ce poate diminua calitatea serviciilor prestate, precum şi nemulţumi pacienţii.

*Indicatorul 2. Rata pacienţilor la risc identificat conform indicelui SCORE şi a pacienţilor cu HTA, instruiţi prin programul „Şcoala pacientului cardiovascular"* este un indicator de **proces** şi poate fi considerat ca fiind focalizat asupra scopului şi obiectivului de **prevenire** a maladiilor cardiovasculare. Indicatorul **nu este rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) şi din Registrul de evidenţă a sănătăţii populaţiei (F 166 e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de aceste informaţii. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimată în %, ceea ce presupune o povară administrativă în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate instituţiile de AMP **impune sarcini de povară administrativă pentru personalul medical responsabil de** colectarea indicatorului, ceea ce rezultă cu riscuri de diminuare a calităţii serviciilor prestate, precum şi cu riscuri de insatisfacţie a pacienţilor.

*Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu HTA aflaţi în evidenţă şi care primesc tratament antihipertensiv în conformitate cu protocolul clinic naţional* este un indicator de **proces** focalizat asupra obiectivului de **supraveghere** a maladiilor cardiovasculare. Indicatorul **nu este rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formulaulr 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce implică o povară administrativă de management al indicatorului atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea în toate instituţiile de AMP a fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informational Automatizat **impune sarcini de povară administrativă pentru personalul medical responsabil de** colectarea indicatorului, ceea ce rezultă cu riscuri de diminuare a calităţii serviciilor prestate, precum şi cu riscuri de insatisfacţie a pacienţilor.

*Indicatorul 4. Rata pacienţilor cu fibrilaţie atrială la risc de AVC conform instrumentului de screening* este un indicator de **proces** şi este focalizat asupra scopului şi obiectivului de **prevenire** a AVC la pacienţii cu fibrilaţie atrială. Indicatorul **nu este rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce reprezintă o povară administrativă în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate

instituţiile de AMP **implică o povară administrativă pentru personalul medical** în colectarea indicatorului, ceea ce rezultă cu riscuri de diminuare a calităţii serviciilor prestate, precum şi cu riscuri de insatisfacţie a pacienţilor.

*Indicatorul 5. Rata pacienţilor cu HTA aflaţi în evidenţă şi sub tratament antihipertensiv care au valori ale TA menţinute < 140/90 mm Hg* este un indicator de **rezultat** şi poate fi considerat ca fiind focalizat asupra scopului şi obiectivului de **supraveghere** a maladiilor cardiovasculare. Indicatorul **nu este rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce devine o povară administrativă în managementul indicatorilor - atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea în instituţiile toate de AMP a fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat **implică o povară administrativă pentru personalul medical** responsabil de colectarea indicatorului, ceea ce rezultă cu riscuri de diminuare a calităţii serviciilor prestate, precum şi cu riscuri de insatisfacţie a pacienţilor.

*Indicatorul 6. Rata evitării complicaţiilor cardiovasculare (IMA (infarct miocardic acut)/AVC (accident vascular cerebral) la persoane identificate cu risc înalt şi foarte înalt conform indicelui SCORE şi la pacienţi cu CIC (cardiopatie ischemică cronica), HTA, FIA (fibrilaţie atrială)* este un indicator de **rezultat** şi poate fi considerat ca fiind focalizat asupra scopului şi obiectivului de **supraveghere** a maladiilor cardiovasculare. Indicatorul **nu este, însă, şi rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formular 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Nefuncţionarea în toate instituţiile de AMP a fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat este **o povară administrativă pentru personalul medical** în colectarea indicatorului, ceea ce rezultă cu riscuri de diminuare a calităţii serviciilor prestate şi, implicit, cu riscuri de insatisfacţie a pacienţilor. De asemenea, acest indicator solicită un proces anevoios de colectare manuală a informaţiei despre indicator pentru raportare, ceea ce nu motivează personalul şi instituţia de AMP.

**Concluzie: Obiectivul instituţiei de AMP stipulat pentru prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea maladiilor cardiovasculare conţine, de fapt, mai multe obiective, ceea ce nu permite elaborarea unui indicator unic focalizat pe respectivul obiectiv. Probabil, aceasta a fost cauza care a definit MS şi CNAM să traseze şase indicatori de performanţă. MS şi CNAM nu au prioritizat, însă, obiectivul-cheie pentru care să fie elaborat indicatorul de performanţă legat de maladiile cardiovasculare. Astfel, prin stabilirea obiectivului "Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea maladiilor cardiovasculare" care conţine, de fapt, trei obiective şi şase indicatori s-a**

**produs o încărcare a excesivă a instituţiilor din AMP cu activităţi de colectare manuală a informaţiilor pentru raportarea acestora. Ţinta şi subţinta anuală, ţinta şi subţinta trimestrială, exprimate în %, se conturează într-un sistem administrativ laborios de management al indicatorilor. Pe lângă cheltuielile de rutină ale instituţiilor de AMP pentru realizarea indicatorilor, acestea suportă cheltuieli suplimentare de 5 558 900 Lei pentru efectuarea analizelor de dozare a colesterolului în sânge (*Indicatorul 1. Rata persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 şi 65 ani, fără complicaţii cardiovasculare (infarct miocardic, AVC), la care s-a evaluat indicele SCORE*).**

**II. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea diabetului zaharat**

Putem constata că şi acest obiectiv înglobează alte trei obiective distincte: prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea diabetului zaharat. Pentru acest obiectiv MS şi CNAM au stabilit patru indicatori (tabelul 4).

**Tabelul 4. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea diabetului zaharat**

| | |
|---|---|
| **II. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea diabetului zaharat** | **Indicatorul 1. Rata persoanelor depistate activ cu diabet zaharat tip II prin folosirea unui instrument standardizat de calcul al riscului.** |
| | Indicatorul 2. Rata pacienţilor cu DZ şi a persoanelor la risc înalt (>15) de a dezvolta DZ tip 2 instruite prin programul Şcoala pacientului diabetic şi a persoanei la risc de diabet. |
| | Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu DZ aflaţi în evidenţă care au valori ale HbA1C menţinute ≤ 6-7%. |
| | Indicatorul 4. Rata evitării complicaţiilor specifice la pacienţii cu DZ. |

*Indicatorul 1. Rata persoanelor depistate activ cu diabet zaharat tip II prin folosirea unui instrument standardizat de calcul al riscului* este un indicator de **proces** şi poate fi considerat ca fiind focalizat asupra obiectivului de **depistare precoce** a diabetului zaharat. Indicatorul **nu este, însă, rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Mai mult ca atât, indicatorul **implică cheltuieli suplimentare** de 5 638 478 Lei[2] suportate de instituţiile AMP, pentru efectuarea analizelor de dozare a glucozei. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce implică o povară administrativă în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Indicatorul prevede ţinta anuală de 70% şi 72 puncte, din 1/5 din numărul persoanelor cu vârsta ≥ 40 ani din lista de capitaţie şi din grupul de risc, pentru îndeplinirea acestei ţinte şi această abordare riscă ca instituţiile de AMP să identifice un număr mai mic de persoane în grupurile de risc pentru a realiza ţinta

[2] Costurile au fost estimate în baza tarifelor pentru serviciile medico-sanitare pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, cu modificările și completările ulterioare.

anuală. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate instituţiile de AMP **implică o povară administrativă în plus pentru personalul medical responsabil de** colectarea indicatorului, ceea ce rezultă cu riscuri de diminuare a calităţii serviciilor prestate şi deci cu riscuri de insatisfacţie a pacienţilor.

*Indicatorul 2. Rata pacienţilor cu DZ şi a persoanelor la risc înalt (>15) de a dezvolta DZ tip 2 instruite prin programul Şcoala pacientului diabetic şi a persoanei la risc de diabet* este un indicator de **proces** şi poate fi considerat ca fiind focalizat asupra obiectivului de **prevenire şi supraveghere** a diabetului zaharat. Indicatorul **nu este, însă, şi rentabil**, deoarece resursele administrative alocate pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formular 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Indicatorul este focalizat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea înseamnă un efort în plus pentru managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate instituţiile de AMP **implică o povară administrativă pentru personalul medical** însărcinat cu colectarea indicatorului, ceea ce rezultă cu riscuri de diminuare a calităţii serviciilor prestate şi cu riscuri de insatisfacţie a pacienţilor.

*Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu DZ aflaţi în evidenţă care au valori ale HbA1C menţinute ≤ 6-7%* este un indicator de **rezultat** şi se poate considera a fi focalizat asupra obiectivului de **supraveghere** a diabetului zaharat. Indicatorul **nu este, însă, şi rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Mai mult ca atât, indicatorul **implică cheltuieli suplimentare** de 12 371 328 Lei[3] pentru instituţiile de AMP, alocate pentru efectuarea analizelor de dozare a hemoglobinei glicozilate. Indicatorul este focalizat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce înseamnă o povară administrativă în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informational Automatizat în toate instituţiile de AMP **implică pentru personalul medical o povară în plus** de colectare a indicatorului, ceea ce se repercutează cu riscuri asupra calităţii serviciilor prestate şi provoacă riscuri de nemulţumire a pacienţilor.

*Indicatorul 4. Rata evitării complicaţiilor specifice la pacienţii cu DZ* este un indicator de **rezultat** şi poate fi considerat ca fiind focalizat asupra obiectivului de **supraveghere** a diabetului zaharat. Indicatorul **nu este, însă, rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a

[3] Ibidem

bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Indicatorul tinde spre atingerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, dar implică eforturi administrative în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate instituţiile de AMP **implică o povară administrativă** necesară pentru colectarea indicatorului, ceea ce poate rezulta cu diminuarea calităţii serviciilor prestate, precum şi cu insatisfacţia pacienţilor. În plus, colectarea manuală a informaţiei pentru raportare nu motivează personalul şi instituţia de AMP.

**Concluzie: Obiectivul instituţiei de AMP stipulat pentru prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea diabetului zaharat prevede, de fapt, mai multe obiective, ceea ce nu permite elaborarea unui indicator unic şi reprezentativ pentru acest obiectiv. Astfel au fost stabiliţi patru indicatori de performanta. MS şi CNAM nu au prioritizat, însă, obiectivul-cheie pentru care să fie elaborat indicatorul de performanţă legat de diabetul zaharat. Prin stabilirea obiectivului "Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea diabetului zaharat", care înglobează de fapt trei obiective şi patru indicatori, s-a produs o încărcare a excesivă a instituţiilor din AMP cu activităţi de colectare manuală a informaţiilor pentru raportarea acestora. Ţinta şi subţinta anuală, ţinta şi subţinta trimestrială, exprimate în %, rezultă cu un sistem administrativ anevoios de management al indicatorilor. Pe lângă cheltuielile de rutină ale instituţiilor de AMP, aceasta suportă cheltuieli suplimentare de 5 638 478 Lei pentru efectuarea analizelor de dozare a glucozei (Indicatorul 1. Rata persoanelor depistate activ cu diabet zaharat tip II prin folosirea unui instrument standardizat de calcul al riscului) şi de 12 371 328 Lei pentru efectuarea analizelor de dozare a hemoglobinei glicozilate (Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu DZ aflaţi în evidenţă care au valori ale HbA1C menţinute ≤ 6-7%).**

### III.Cancerul

Denumirea obiectivului nu permite de a identifica ce obiectiv-cheie s-a stabilit pentru instituţiile de AMP, dar denumirea celor trei indicatori denotă că sunt stipulate două obiective: prevenirea cancerului de col uterin şi depistarea precoce a cancerului mamar şi de col uterin. Pentru acest obiectiv MS şi CNAM au stabilit trei indicatori (a se vedea şi primul alineat de la pagina 1; tabelul 5).

**Tabelul 5. Cancerul**

| | |
|---|---|
| **III. Cancerul** | **Indicatorul 1. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 50 şi 69 ani care au efectuat o mamografie la interval de 2 ani.** |

| | |
|---|---|
| | Indicatorul 2. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeş-Papanicolau la interval de 3 ani. |
| | Indicatorul 3. Rata adulţilor în vârstă de 40-75 de ani la care s-a aplicat instrumentul pentru evaluarea riscului si la care s-a efectuat un test de evidenţiere a hemoragiilor oculte în fecale o data la 2 ani. |

*Indicatorul 1. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani care au efectuat o mamografie la interval de 2 ani* este un indicator de **proces,** focalizat asupra obiectivului de **depistare precoce** a cancerului glandei mamare. Indicatorul **nu este rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Mai mult ca atât, indicatorul **implică cheltuieli suplimentare** de 125 922 895.5 Lei[4] pentru instituţiile de AMP, pentru efectuarea mamografiei. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce înseamnă o povară administrativă în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informational Automatizat în toate instituţiile de AMP **implică o povară administrativă pentru personalul medical** însărcinat cu colectarea indicatorului, ceea ce poate diminua calitatea serviciilor prestate şi provoca insatisfacţia pacienţilor.

*Indicatorul 2. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeş-Papanicolau la interval de 3 ani* este un indicator de **proces** focalizat pe obiectivul de **prevenire şi depistare precoce** a cancerului de col uterin. Indicatorul **nu este rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Mai mult ca atât, indicatorul **implică** pentru screening–testul Babeş-Papanicolau **cheltuieli suplimentare** de 42 712 541.6 Lei[5]. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, a ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în % şi implică un efort administrativ atât din partea instituţiei de AMP, cât şi a CNAM. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate instituţiile de AMP **implică o povară administrativă pentru personalul medical** responsabil de colectarea indicatorului, ceea ce poate să rezulte cu diminuarea calităţii serviciilor prestate şi cu insatisfacţia pacienţilor.

[4] Costurile au fost estimate în baza tarifelor pentru serviciile medico-sanitare pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală și aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, cu modificările și completările ulterioare.
[5] Ibidem.

*Indicatorul 3. Rata de adulţi în vârstă de 40-75 de ani la care s-a aplicat instrumentul pentru evaluarea riscului şi cărora li s-a efectuat un test de evidenţiere a hemoragiilor oculte cu frecvenţa de o data la 2 ani* este un indicator de **proces** ce tinde spre **depistarea precoce** a cancerului de colon. Indicatorul **nu este, însă, şi rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formularul 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Mai mult, indicatorul **implică cheltuieli suplimentare** de 11 404 376 Lei[6] suportate de instituţiile de AMP pentru identificarea sângelui în materiile fecale (sânge ocult). Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, a ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în % şi impune o povară administrativă atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate instituţiile de AMP **implică o povară administrativă pentru personalul medical, însărcinat pentru** colectarea indicatorului, ceea ce poate să rezulte cu diminuarea calităţii serviciilor prestate şi cu insatisfacţia pacienţilor.

**Concluzie: Au fost stabiliţi trei indicatori pentru prevenirea cancerului de col uterin şi pentru depistarea precoce a cancerului mamar şi de col uterin. Indicatorii nu sunt rentabili, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formular 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. De asemenea, indicatorii produc o încărcare excesivă a instituţiilor din AMP cu activităţi de colectare manuală a informaţiilor pentru raportarea acestora. Ţinta şi subţinta anuală, ţinta şi subţinta trimestrială, exprimate în %, se constituie într-un sistem administrativ laborios de management al indicatorilor. Pe lângă cheltuielile de rutină ale instituţiilor AMP impuse de realizarea indicatorilor, acestea suportă cheltuieli suplimentare de 125 922 895.5 Lei pentru efectuarea mamografiei - Indicatorul 1. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani care au efectuat o mamografie la interval de 2 ani, apoi şi pentru efectuarea screening–testlui Babeş-Papanicolau – 42 712 541.6 Lei (Indicatorul 2. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeş-Papanicolau la interval de 3 ani) şi încă 11 404 376 Lei - pentru efectuarea analizelor de depistare a sângelui ocult în materiile fecale (Indicatorul 3. Rata adulţilor în vârstă de 40-75 de ani la care s-a aplicat instrumentul de estimare a riscului şi cărora li s-a efectuat un test de evidenţiere a hemoragiilor oculte în fecale o data la 2 ani).**

## IV. Tuberculoza (TB)

[6] Costurile au fost estimate în baza tarifelor pentru serviciile medico-sanitare pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală și aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, cu modificările și completările ulterioare.

Denumirea obiectivului nu permite de a identifica ce obiectiv-cheie s-a stabilit pentru instituţiile de AMP, dar din denumirea celor doi indicatori rezidă că acest obiectiv include două obiective: depistarea activă şi supravegherea tuberculozei, pentru care MS şi CNAM au stabilit doi indicatori (tabelul 6).

**Tabelul 6. Tuberculoza (TB)**

| | |
|---|---|
| **IV. Tuberculoza (TB)** | **Indicatorul 1. Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB.** |
| | Indicatorul 2. Rata persoanelor care au finalizat tratamentul conform standardelor DOTS. |

*Indicatorul 1. Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB* este un indicator de **proces** şi este focalizat asupra scopului şi obiectivului de **depistare activă** a tuberculozei. Indicatorul **nu este rentabil**, deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formular 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Realizarea indicatorului **implică şi multe cheltuieli suplimentare** pentru instituţiile de AMP: de 19 137 444 Lei[7] - pentru efectuarea radiografiei cutiei toracice şi de 956 700 Lei[8] - şi pentru microscopia sputei la BAAR. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce se conturează într-o povară administrativă în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Indicatorul prevede ţinta anuală de 85% şi 60 de puncte, din numărul persoanelor din grupul de risc pentru TB conform protocolului, pentru îndeplinirea acestei ţinte şi această abordare riscă ca instituţiile de AMP să identifice un număr mai mic de persoane în grupurile de risc pentru a realiza ţinta anuală. Concomitent, nefuncţionarea fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate instituţiile de AMP sunt o **povară administrativă pentru personalul medical** implicat în colectarea indicatorului, ceea ce poate diminua calitatea serviciilor prestate şi nemulţumi pacienţii.
*Indicatorul 2. Rata persoanelor care au finalizat tratamentul conform standardelor DOTS* este un indicator de **rezultat** ce este focalizat asupra obiectivului de **supraveghere** a tuberculozei. Este unicul indicator pentru care există un sistem informaţional (SIME TB) integrat la nivel de instituţie centrală specializată din domeniul sănătăţii, indicator din care se poate extrage informaţia despre realizarea acestuia. Prin urmare, indicatorul **este rentabil, deoarece** la colectarea informaţiei pot fi utilizate alte surse, ceea ce minimalizează costurile şi povara administrativă pentru instituţia de AMP. Astfel resursele utilizate pentru colectarea informaţiei sunt proporţionale cu beneficiul adus de a informaţia respectivă. Cu

[7] Costurile au fost estimate în baza tarifelor pentru serviciile medico-sanitare pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, cu modificările și completările ulterioare.
[8] Ibidem

toate acestea, validarea indicatorului nu se face prin intermediul SIME-TB, dar în baza Fişei medicale a bolnavului de ambulator (F 25 e), a Fişei medicale a bolnavului de tuberculoză (F 081/e), Fişei de tratament a bolnavului TB – 01, ceea ce **implică un efort suplimentar în managementul acestui indicator la nivelul instituţiei de AMP şi pentru CNAM**. De asemenea, indicatorul conţine ţinta şi subţinta anuală pentru validarea indicatorului, exprimată în %, ceea ce constituie o povară administrativă în plus pentru personalul medical implicat în procesul de raportare a indicatorilor. Ţinta indicatorului conţine, însă, şi cazurile de MDR-TB ale căror tratament se finalizează la 18 luni, iar plata pentru acest indicator este prevăzută pentru un an (12 luni). Prin urmare, este greşită abordarea de a îngloba tuberculoza sensibilă-caz nou a cărui tratament durează 6 luni şi tuberculoza sensibilă cazul de re-tratament, a cărui tratament durează 8 luni, între cazurile de MDR-TB ale căror tratament durează 18 luni. În acelaşi timp, acest indicator nu este în ”posesia” exclusivă de activitate a instituţiei de AMP pentru că realizarea ţintelor de finalizare a tratamentului (DOTS) de 85% pentru cazurile de TBC şi de 50% pentru cazurile de MDR-TBC nu depinde doar de activitatea instituţiei de AMP, ci şi de activitatea instituţiilor din serviciul ftiziopneumologie. Prin urmare, MS şi CNAM au transferat pe instituţiile de AMP toată responsabilitatea pentru realizarea obiectivului de obţinere a ratei de succes a tratamentului de cel puţin 85% printre cazurile noi de tuberculoză pulmonară, confirmată bacteriologic, obiectiv care este prevăzut în Programul naţional de control al tuberculozei pentru anii 2016-2020.

**Concluzie: Obiectivul instituţiei de AMP stipulat pentru ”Tuberculoza (TB)” înglobează, de fapt, mai multe obiective, ceea ce nu permite elaborarea unui indicator unic focalizat asupra obiectivului-cheie. În acelaşi timp, prin stabilirea obiectivului ”Tuberculoza” care conţine, de fapt, două obiective şi vizează doi indicatori s-a produs o încărcare excesivă a instituţiilor din AMP cu activităţi de colectare manuală a informaţiilor pentru raportarea acestora. Cu toate că informaţia pentru *Indicatorul 2. Rata persoanelor care au finalizat tratamentul conform standardelor DOTS* poate fi colectată din sistemul informaţional (SIME TB), validarea acestuia se face în baza Fişei medicale a bolnavului de ambulator (F 25 e), a Fişei medicale a bolnavului de tuberculoză (F 081/e) şi a Fişei de tratament a bolnavului TB – 01, ceea ce implică o povară administrativă în managementul acestui indicator la nivel de instituţie de AMP. Ţinta şi subţinta anuală, ţinta şi subţinta trimestrială, exprimate în %, implică, deci, un sistem administrativ anevoios de management al indicatorilor. Indicatorul 2. ”Rata persoanelor care au finalizat tratamentul conform standardelor DOTS” nu este formulat corect, deoarece sumează cazurile TB şi cazurile de MDR-TBC, care au o durată de tratament diferită. Pe lângă cheltuielile de rutină suportate de instituţiile de AMP pentru realizarea indicatorilor, acestea cheltuiesc suplimentar 19 137**

**444 Lei pentru efectuarea radiografiei cutiei toracice şi 956 700 Lei pentru microscopia sputei la BAAR (Indicatorul 1. Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB).**

## V. Gravidele şi sănătatea reproducerii (contracepţia)

Denumirea obiectivului nu permite de a identifica ce obiectiv-cheie s-a stabilit pentru instituţiile de AMP, dar din denumirea celor doi indicatori putem afirma că se conturează de fapt două obiective de suport: supravegherea gravidelor şi diminuarea sarcinilor nedorite. Pentru acest obiectiv MS şi CNAM au desemnat doi indicatori (tabelul 7).

**Tabelul 7. Gravidele şi sănătatea reproducerii (contracepţia)**

| | |
|---|---|
| **V. Gravidele şi sănătatea reproducerii (contracepţia)** | **Indicatorul 1. Rata gravidelor din totalul gravidelor care au fost monitorizate conform protocolului.** |
| | Indicatorul 2. Rata femeilor la risc cu vârsta de până la 35 ani care primesc servicii contraceptive conform protocolului. |

*Indicatorul 1. Rata gravidelor - din totalul gravidelor - care au fost monitorizate conform protocolului* este un indicator de **rezultat** şi este focalizat pe obiectivul de **supraveghere** a gravidelor. Acest indicator **este rentabil** doar datorită faptului că numărul de gravide ce revine unei instituţii de AMP este mic, ceea ce **nu implică o povară administrativă considerabilă pentru colectarea informaţiei** din Fişa personală a gravidei şi lăuzei (F 111/e). Povara administrativă pentru colectarea informaţiei despre acest indicator ar putea fi, însă, redusă la minimum dacă ar fi funcţională în toate instituţiile de AMP Fişa electronică a gravidei şi lăuzei. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, de aceea implică o povară administrativă pentru managementul indicatorului atât în raport cu instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM.

*Indicatorul 2. Rata femeilor la risc cu vârsta de până la 35 ani care beneficiază de servicii contraceptive conform protocolului* este un indicator de **proces** şi este focalizat asupra scopului şi obiectivului de **reducere** a sarcinilor nedorite. Indicatorul, însă, **nu este rentabil,** deoarece resursele administrative pentru colectarea informaţiei din fişa medicală a bolnavului de ambulator (formular 025/e) nu sunt proporţionale cu beneficiul adus de această informaţie. Mai mult ca atât, indicatorul **implică cheltuieli suplimentare** pentru instituţiile de AMP legate de procurarea contraceptivelor (aceste cheltuieli nu au fost estimate din lipsă de date). Indicatorul este orientat spre atingerea ţintei şi subţintei anuale, ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce implică eforturi

administrative suplimentare în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM. Astfel, lipsa fişei electronice a bolnavului de ambulator şi a Sistemului Informaţional Automatizat în toate instituţiile de AMP **implică o povară administrativă pentru personalul medical** responsabil de colectarea indicatorului, ceea ce poate diminua calitatea serviciilor prestate şi nemulţumi pacienţii.

**Concluzie: Doar *"Indicatorul 1. Rata gravidelor - din totalul gravidelor - care au fost monitorizate conform protocolului"* este rentabil din cauza că numărul de gravide ce revine la o instituţie de AMP este mic şi deci nu implică o povară administrativă considerabilă pentru colectarea informaţiei din Fişa personală a gravidei şi lăuzei (F 111/e). Ţinta şi subţinta anuală, ţinta şi subţinta trimestrială, exprimate în %, implică totuşi un sistem administrativ anevoios de management al indicatorilor. Pe lângă cheltuielile de rutină ale instituţiilor de AMP pentru realizarea indicatorilor de bază, acestea suportă cheltuieli suplimentare pentru procurarea contraceptivelor.**

## VI. Copiii

Denumirea obiectivului nu permite de a identifica ce obiectiv-cheie s-a stabilit pentru instituţiile de AMP, dar din denumirea celor trei indicatori putem contata că acest indicator include, de fapt, mai multe obiective: supravegherea copiilor cu vârsta de la 0 până la 1 an, imunizarea copiilor cu vârsta de sub 1 an şi screening-ul la autism al copiilor cu vârsta de 18 - 24 de luni. Pentru acest obiectiv MS şi CNAM au stabilit trei indicatori (tabelul 8).

**Tabelul 8. Copiii**

| | |
|---|---|
| **VI. Copiii** | **Indicatorul 1. Rata copiilor de sub un an - din totalul copiilor de 0 – 1 ani - care s-au prezentat la toate vizitele de monitorizare în termenele stabilite de protocoalele clinice naţionale.** |
| | Indicatorul 2. Rata copiilor care au împlinit 1 an şi care au efectuat schema de vaccinare completă. |
| | Indicatorul 3. Rata copiilor de 18-24 luni la care s-a efectuat screening-ul complet al autismului conform standardelor clinice naţionale. |

*Indicatorul 1. Rata copiilor de 0-1 ani - din totalul copiilor sub un an - care s-au prezentat la toate vizitele de monitorizare în termenele stabilite de protocoalele clinice naţionale* este un indicator de **rezultat** şi este focalizat asupra obiectivului de **supraveghere** a copiilor cu vârsta de până la un an. Indicatorul **este rentabil** doar datorită faptului că numărul copiilor de până la 1 an ce revine la o instituţie de AMP este mic şi deci **nu implică o povară administrativă considerabilă pentru colectarea informaţiei** conţinute în Carnetul de dezvoltare a copilului (F 112/e). Totodată, povara administrativă pentru colectarea informaţiei despre acest

indicator ar putea fi redusă la minimum, dacă în toate instituţiile de AMP ar fi funcţional Carnetul electronic de dezvoltare a copilului. Cu toate acestea, indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, a ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce implică o povară administrativă în managementul indicatorilor atât pentru instituţia de AMP, cât şi pentru CNAM.

*Indicatorul 2. Rata copiilor care au împlinit 1 an şi care au efectuat schema de vaccinare completă* este un indicator de **rezultat, care** este focalizat asupra obiectivului de acoperire vaccinală a copiilor care au împlinit un an. Indicatorul **este rentabil** doar datorită faptului că numărul copiilor care au împlinit 1 an ce revine unei instituţii de AMP este mic şi deci nu impune eforturi **considerabile pentru colectarea informaţiei** cuprinse în Carnetul de dezvoltare a copilului (F 112/e). Totodată, povara impusă de colectarea informaţiei despre acest indicator ar putea fi redusă la minimum, dacă în toate instituţiile de AMP ar fi funcţional Carnetul electronic de dezvoltare a copilului. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, a ţintei şi subţintei trimestriale, exprimate în %, ceea ce produce o povară administrativă pentru managementul indicatorilor la nivelul instituţiei de AMP, cât şi pentru CNAM. Indicatorul nu este, însă, în aria exclusivă de activitate a instituţiei de AMP, deoarece realizarea ţintei de cuprindere vaccinală de 95% a copiilor cu vârsta de sub un an nu depinde doar de activitatea respectivei instituţii de AMP, ci şi de activitatea instituţiilor serviciului de supraveghere de stat a sănătăţii publice. Prin urmare, MS şi CNAM au transferat pe instituţiile de AMP toată responsabilitatea pentru realizarea obiectivului de asigurare a acoperirii vaccinale pentru cel puţin 95% din copiii cu vârsta sub un an – prevăzut în Programul naţional de imunizări pentru anii 2016-2020.

*Indicatorul 3. Rata copiilor de 18-24 luni la care s-a efectuat screening-ul complet al autismului conform standardelor clinice naţionale* este un indicator de **proces** şi este focalizat asupra scopului şi obiectivului de **depistare precoce** a autism-ului al copiilor cu vârsta de la 18 luni până la 24 luni. Indicatorul **este rentabil** doar datorită faptului că numărul copiilor cu vârsta de la 18 luni până la 24 luni ce revine la o instituţie de AMP este mic, ceea ce **nu implică povară administrativă considerabilă pentru colectarea informaţiei** din Carnetul de dezvoltare a copilului (F 112/e). Totodată, povara administrativă pentru colectarea informaţiei despre acest indicator ar putea fi redusă la minimum dacă Carnetul electronic de dezvoltare a copilului ar fi funcţional în toate instituţiile de AMP. Indicatorul este bazat pe obţinerea ţintei şi subţintei anuale, a ţintei şi subţintei trimestriale, exprimată în %, ceea ce produce o povară administrativă în managementul indicatorilor atât din partea instituţiei de AMP, cât şi CNAM.

**Concluzie: Toţi indicatorii sunt rentabili numai datorită faptului că numărul copiilor de la zero până la un an, copiilor care au împlinit un an şi numărul copiilor cu vârsta de la 18 luni până la 24 luni ce revine la o instituţie de AMP este mic şi nu implică povară administrativă enormă pentru colectarea**

**informaţiei şi pentru raportarea indicatorilor. Ţinta anuală, subţinta anuală, ţinta trimestrială şi subţinta trimestrială exprimată în % rezultă cu un sistem administrativ anevoios de management al indicatorilor. Ţinta de cuprindere vaccinală de 95% din copii cu vârsta sub un an nu depinde doar de activitatea instituţiei de AMP, ci şi de activitatea instituţiilor serviciului supraveghere de stat a sănătăţii publice.**

**Discuţii**

Ministerul Sănătăţii şi Compania Naţională de Asigurări în Medicină au definit indicatorii de performanţă care pot fi asociaţi cu activitatea de prestare a unor servicii pentru cinci din cele opt domenii de servicii medicale primare de bază (tabelul 2), aprobate prin Ordinul MS nr.695 din 13.10.2010. Pentru plata instituţiilor de AMP în baza performanţei realizate în domeniul celor cinci servicii medicale primare de bază au fost stabilite mai multe obiective secundare, dar nu şi obiective-cheie care să prezinte o imagine completă şi echilibrată a activităţii instituţiei de AMP. În consecinţă nu a fost identificat indicatorul de performanţă care să acopere toate domeniile importante de activitate a instituţiei de AMP pentru un anumit obiectiv-cheie. De menţionat că într-un sistem de plată în bază de performanţă nu trebuie să existe mai mulţi indicatori decât exclusiv cel necesar pentru a atinge obiectivul-cheie.

Includerea unui spectru atât de larg de servicii medicale primare de bază pentru plata în baza de performanţă pentru instituţiile de AMP este un act foarte ambiţios din partea MS şi CNAM, care tinde a îmbunătăţi activitatea prestatorilor de AMP. Însă, prin emiterea unui număr atât de mare de indicatorii de performanţă, care în plus sunt fragmentaţi pe anumite servicii, nu se poate miza pe creşterea performanţei instituţiilor de AMP. Managementul eficient al indicatorilor de performanţă poate fi realizat doar în cazul când aceştia sunt stabiliţi pentru obiective-cheie prioritare şi în condiţia când există un sistem informaţional automatizat de estimare şi arhivare a indicatorilor. Respectivul sistem informaţional automatizat trebuie să fie conectat cu sistemul de monitorizare managerială a fiecărei instituţii de AMP, apoi şi cu sistemul de monitorizare financiară al CNAM. Prin urmare, implementarea finanţării în baza performanţei realizate îşi poate atinge scopul doar în cazul existentei un sistem informaţional automatizat, care să funcţioneze conjugat în toate instituţiile de AMP şi CNAM.

Metoda de plată în baza indicatorilor de performanţă stabiliţi prin Ordinul nr.1076/720 din 30.12.2016 a împovărat personalul medical din instituţiile AMP cu activităţi suplimentare de colectare manuală şi raportare manuală a informaţiei cu referire la indicatorii de performanţă, ceea ce poate avea efecte negative asupra atingerii scopului şi obiectivelor instituţiei de AMP. Pe lângă completarea documentaţiei statistice primare de rutină, personalul medical trebuie să raporteze informaţia despre indicatorii de performanţă care se înscrie în 20 de registre, ceea

ce are impact negativ asupra timpului pe care personalul medical trebuie să-l acorde lucrului cu pacientul. Or, funcţia de bază a instituţiilor medico-sanitare este actul medical care trebuie să fie desfăşurat în condiţii optime şi în interesul pacientului şi al profesionistului din sistem. Însă activitatea de evidenţă statistică şi de raportare a indicatorilor de performanţă, care nu este automatizată, nu poate avea decât repercusiuni negative asupra actului medical. În special agravant este managementul manual al indicatorilor în instituţiile care se confruntă cu insuficienţă de carde medicale.

În acelaşi timp, setul de indicatori pentru metoda de plată ca ”bonificaţie pentru indicatori de performanţă” nu corespunde criteriilor de selectare a indicatorilor pentru plata în bază de performanţă. Indicatorii nu sunt focalizaţi asupra atingerii obiectivului-cheie, ci sunt fragmentaţi pe anumite componente ale obiectivului, ceea ce corespunde cu finanţarea în baza de stimulare a prestării serviciilor şi nu în bază de performanţă realizată. Din cei 20 de indicatori de performanţă aprobaţi prin Ordinul nr.1076/720 din 30.12.2016 – 15 indicatori nu sunt rentabili, iar rentabilitatea altor 5 ar putea fi majorată la maximum, dacă ar funcţiona sistemul informaţional automatizat în toate instituţiile de AMP (tabelul 9). Totodată 15 din 20 de indicatori nu sunt integraţi în formularele de evidenţă medicală primară. Doar un singur indicator – ”Rata persoanelor care au finalizat tratamentul conform standardelor DOTS” este integrat într-un sistem informaţional automatizat la nivel naţional (SIME-TB), dar şi acesta se validează în baza documentaţiei statistice primare şi nu în baza datelor din SIME-TB. De asemenea, 8 din 20 de indicatori solicită surse financiare suplimentare în volum de cca. **223 702 663 lei** pentru realizarea lor completă, ceea ce depăşeşte cu **32 218 663 lei** suma prevăzută pentru îndeplinirea indicatorilor de performanţă (190 484 000 mii lei, pentru anul 2017). Prin urmare, utilizarea indicatorilor stabiliţi pentru anul 2017, pentru plata în bază de ”bonificaţie pentru indicatori de performanţă”, în loc să amelioreze activitatea instituţiilor de AMP, riscă să acestea să-şi formeze datorii. Totodată, supra cheltuielile realizate de instituţiile AMP riscă ca mecanismul de plată - ”bonificaţie pentru indicatori de performanţă” să se transforme în stimulente false pentru medicii de familie, ceea ce poate afecta grav capacitatea instituţiilor de AMP de a-şi atinge obiectivele prestabilite.

De asemenea, cheltuielile pentru prestarea unor servicii care anterior implementării reformei AMP erau de competenţa serviciilor specializate (tuberculoza, cancer, diabet) au fost trecute arbitrar în cheltuielile ”per capita” pentru AMP. Nu există nicio estimare a costului serviciilor pentru AMP, incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală[9], care să demonstreze că sumele pentru acoperirea cheltuielilor legate de realizarea anumitor indicatori de performanţă care solicită cheltuieli suplimentare pentru

[9] Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, cu modificările și completările ulterioare.

îndeplinire (efectuarea analizelor de dozare a hemoglobinei glicozilate, screening–testul Babeş-Papanicolau, efectuarea radiografiei cutiei toracice la grupurile de risc, efectuarea mamografiei etc.) se încadrează real în suma alocată ”per capita” pentru AMP.

Mecanismul de plată prin ”bonificaţie pentru indicatori de performanţă” pentru instituţiile de AMP, stabilit prin Ordinul 1076/720 ”Privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituţiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală pentru anul 2017”, nu corespunde unei metode de plată în baza performanţei realizate. Transformarea în % a unor indicatori, inclusiv în ţinte şi subţinte anuale, ţinte şi subţinte trimestriale, nu probează cum că respectivii indicatori ar fi cei de performanţă. Acest mecanism de stabilire a ţintelor pentru indicatori, precum şi neimplementarea în toate instituţiile de AMP a Fişei medicale electronice a bolnavului de ambulator (formularul 025/e), a Fişei personale electronice a gravidei şi lăuzei (F 111/e) şi a Carnetului electronic de dezvoltare a copilului (F 112/e) implică riscuri reale de eronare a indicatorilor. În plus, succesul realizării ţintelor prestabilite pentru unii indicatori nu ţine de activitatea exclusivă a instituţiei de AMP, ci şi a altor instituţii ale sistemului sănătăţii. De asemenea, sistemul actual de indicatori de performanţă bazat pe ţinte şi subţinte anuale, ţinte şi subţinte trimestriale nu motivează personalul medical să-şi asume un rol proactiv în prestarea serviciilor cu impact major asupra sănătăţii publice din cauza că managementul indicatorilor sporeşte volumul de lucru şi implică cheltuieli suplimentare. Pentru unii indicatori, ţintele şi subţintele sunt stabilite reieşind din lista de capitaţie şi din grupul de risc pentru care se prevăd anumite ţinte anuale (de exemplu: Rata persoanelor depistate activ cu diabet zaharat tip II prin folosirea unui instrument standardizat de calcul al riscului; Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB) ceea ce dezavantajează instituţiile de AMP care identifică un număr mai mare de persoane din grupurile de risc. Astfel, stabilirea ţintelor şi subţintelor pentru unii indicatori riscă ca instituţiile de AMP să identifice un număr mai mic de persoane în grupurile de risc pentru a realiza ţinta anuală, în special în situaţia când acestea se confruntă cu insuficienţă de resurse financiare. Prin urmare, unii indicatori de performanţă utilizaţi în anul 2017 nu motivează instituţia de AMP să presteze servicii cu impact major pentru sănătatea publică, dar creează riscuri pentru neprestarea acestor servicii conform necesităţilor populaţiei. Pentru a elimina aceste erori MS şi CNAM trebuie să utilizeze mecanismul de finanţare ”per serviciu” care poate stimula instituţiile de AMP să presteze servicii cu impact major asupra sănătăţii publice.

Totodată, actualul mecanism de plată a instituţiilor de AMP conform ”bonificaţiei pentru indicatori de performanţă” trebuie modificat, inclusiv pentru faptul că comportă o grea povară administrativă pentru personalul medical care este silit să proceseze manual indicatorii funcţionali şi are drept consecinţă riscuri de efecte negative asupra actului medical. Toate acestea, de rând cu insuficienţa de cadre

medicale în instituţiile de AMP, în special în cele din localităţile rurale, poate rezulta cu o performanţă scăzută a activităţii instituţiei de AMP şi nu motivează personalul medical să se menţină şi să se angajeze în sistem.
De menţionat în acest context că pe parcursul celor 12 ani de utilizare a actualei metode de plată prin ”bonificaţie pentru indicatori de performanţă” performanţa instituţiilor de AMP nu a atins rezultatele aşteptate. Personalul angajat în AMP este supus unui efort considerabil de muncă pentru colectarea manuală şi raportarea indicatorilor, efort care nu este proporţional cu beneficul acestui volum de muncă. Personalul medical din AMP este atât de preocupat cu activităţi de evidenţă şi raportare a indicatorilor, încât nu rămâne loc pentru îmbunătăţirea actului medical care să satisfacă pacientul şi medicul.
Pentru a îmbunătăţi situaţia creată în Asistenţă Medicală Primară ca urmare a finanţării prin metoda de ”bonificaţie pentru indicatori de performanţă”, aprobată prin Ordinul 1076/720 din 30.12.2016, se impune:

***Pe termen scurt***:

Anularea, începând cu anul 2018, a metodei de plată în AMP în bază de ”bonificaţie pentru indicatorii de performanţă” până se va implementa un sistem de plată în baza performanţei realizate pentru toate tipurile de asistenţă medicală, în conformitate cu subprogramele de asistenţă medicală (8005, 8006, 8008, 8009, 8010, 8011)[10] prevăzute de legea fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală. Implementarea eficientă a indicatorilor de performanţă pentru toate tipurile de asistenţă medicală maximizează rezultatele în domeniul sănătăţii şi evită abordarea de duble standarde în finanţarea prestatorilor.

Stabilirea cotei de finanţare prin metoda de plată ”per capita”, reieşind din suma totală aprobată pentru subprogramul de asistenţă medicală primară (8005), cu excepţia sumei pentru medicamente compensate, a sumelor destinate pentru finanţarea în bază de „buget global” pentru Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, pentru Centrele Comunitare de Sănătate Mintală şi a sumei pentru acoperirea prevederilor pct. 22 din Hotărârea Guvernului nr.837 din 06.07.2016.

Retragerea proiectului de hotărâre de Guvern privind modificarea şi completarea Hotărârii Guvernului nr.837 din 06 iulie 2016.

Utilizarea de către instituţiile de AMP a mecanismului de acordare a suplimentului de plată la salariu, stabilit pentru performanţe profesionale

[10] 8005 - Subprogramul „Asistenţa medicală primară”, inclusiv medicamente compensate; 8006 - Subprogramul „Asistenţa medicală specializată de ambulatoriu”; 8008 - Subprogramul „Îngrijiri medicale comunitare şi la domiciliu”; 8009 - Subprogramul „Asistenţa medicală urgentă prespitalicească”; 8010 - Subprogramul „Asistenţa medicală spitalicească”; 8011 - Subprogramul „Servicii medicale de înaltă performanţă”, aprobate prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017, Nr. 285 din 16.12.2016, publicată la 27.12.2016 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova Nr. 472-477, art Nr : 955.

individuale în muncă, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.837 din 06 iulie 2016.

***Pe termen mediu***:

Eliminarea dublărilor din Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală cu stabilirea clară a serviciilor medicale de prevenţie şi de profilaxie în AMP, care urmează a fi finanţate din mijloacele fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) şi din mijloacele fondului măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de asigurare).

Estimarea costului pachetului de servicii în AMP prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi doar după realizarea acestui exerciţiu de estimat necesarul de resurse pentru metoda de finanţare ”per capita” şi în baza performanţei realizate care să fie viabilă pentru sistemul sănătăţii din Republica Moldova.

Implementarea mecanismului de finanţare ”per capita” ajustat şi la criterii de deprivare geografică şi economică, pentru a exclude inechităţile în finanţarea şi distribuţia serviciilor pentru populaţia din localităţile dezavantajate.

Utilizarea unui sistem de finanţare a AMP în baza performanţei realizate care să conţină două metode de plată: i) plata ”per serviciu” şi ii) plata pentru atingerea ţintei. Astfel, plata ”per serviciu” ar motiva instituţiile de AMP să asigure efectiv populaţia cu servicii care au impact major asupra prevenirii bolilor, menţinerii sănătăţii şi îmbunătăţirii sănătăţii publice şi care nu sunt incluse în finanţarea ”per capita”, dar care sunt acoperite financiar prin plata ”per serviciu”, iar plata pentru atingerea ţintei realizate ar oferi un stimulent suplimentar care va motiva instituţia de AMP să obţină o performanţă mai bună.

Organizarea şi implementarea unui sistem informaţional medical integrat în toate instituţiile prestatoare de servicii în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală pentru a exclude povara administrativă asupra personalului medical în procesul de management al indicatorilor.

Elaborarea unor seturi de indicatori de performanţă cu finanţare la aceeaşi cotă procentuală în bază de indicatori de performanţă pentru toate tipurile de asistenţă medicală, în conformitate cu subprogramele de asistenţă medicală (8005, 8006, 8008, 8009, 8010, 8011) prevăzute de legea fondurilor asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

Identificarea unor indicatori de performanţă în baza ţintelor prestabilite care să se focalizeze asupra realizării obiectivelor-cheie ale instituţiilor medico-sanitare şi care să fie rentabili, adecvaţi, stabili, echilibraţi şi integraţi în managementul fiecărei instituţii.

Implementarea mecanismului de finanţare în bază de indicatori de performanţă în baza ţintelor prestabilite doar după ce sistemul informaţional medical

integrat va deveni funcţional în fiecare instituţie medico-sanitară încadrată în asigurarea obligatorie de asistenţă medicală.

**Tabelul 9.**

| Obiectivul indicatorului | Denumirea indicatorului* | Tip de indicator | Scopul şi obiectivul indicatorului | Rentabil | Cheltuieli suplimentare pentru realizarea indicatorului | Intergat în formularele de evidenţă medicală primară | Sistem informaţional de management al indicatorului care nu implică povară administrativă asupra personalului din instituţia de AMP | Povară administrativă enormă pentru personalul medical din instituţiile de AMP în procesul de management al indicatorului |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea maladiilor cardiovasculare** | Indicatorul 1. Rata persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 şi 65 ani, fără complicaţii cardiovasculare (infarct miocardic, AVC), la care s-a efectuat indicele SCORE. | De proces | De depistare precoce | Nu | Da | Nu | Nu | Da |
| | Indicatorul 2. Rata pacienţilor la risc identificat conform indicelui SCORE şi a pacienţilor cu HTA, instruiţi prin programul „Şcoala pacientului cardiovascular”. | De proces | De prevenire | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| | Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu HTA aflaţi în evidenţă şi care primesc tratament antihipertensiv în conformitate cu protocolul clinic naţional. | De proces | De supraveghere | Nu | Nu | RS 12-san. Cod 1010 | Nu | Da |
| | Indicatorul 4. Rata pacienţilor cu fibrilaţie atrială la risc de AVC anticoagulanţi conform instrumentului de screening. | De proces | De prevenire | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| | Indicatorul 5. Rata pacienţilor cu HTA aflaţi în evidenţă şi tratament antihipertensiv care | De rezulta | De suprav | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | au valori ale TA menţinute < 140/90 mm Hg. | t | eghere | | | | | |
| | Indicatorul 6. Rata evitării complicaţiilor cardiovasculare (IMA (infarct miocardic acut)/AVC (accident vascular cerebral) la persoane identificate cu risc înalt şi foarte înalt conform indicelui SCORE şi pacienţi cu CIC (cardiopatie ischemică cronica), HTA, FIA (fibrilaţie atrială). | De rezultat | De supraveghere | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| **II. Prevenirea, depistarea precoce şi supravegherea diabetului zaharat** | Indicatorul 1. Rata persoanelor depistate activ cu diabet zaharat tip II prin folosirea unui instrument standardizat de calcul al riscului. | De proces | De depistare precoce | Nu | Da | Nu | Nu | Da |
| | Indicatorul 2. Rata pacienţilor cu DZ şi a persoanelor la risc înalt (>15) de a dezvolta DZ tip 2 instruite prin programul Şcoala pacientului diabetic şi a persoanei la risc de diabet. | De proces | De prevenire şi supăraveghere | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| | Indicatorul 3. Rata pacienţilor cu DZ aflaţi în evidenţă care au valori ale HbA1C menţinute ≤ 6-7%. | De rezultat | De supraveghere | Nu | Da | Nu | Nu | Da |
| | Indicatorul 4. Rata evitării complicaţiilor specifice la pacienţii cu DZ. | De rezultat | De supraveghere | Nu | Nu | Nu | Nu | Da |
| **III. Cancerul** | Indicatorul 1. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 50-69 ani care au efectuat o mamografie la interval de 2 ani. | De proces | De depistare precoce | Nu | Da | Nu | Nu | Da |
| | Indicatorul 2. Rata femeilor cu vârsta cuprinsă între 25-61 ani care au efectuat un test Babeş-Papanicolau la interval de 3 ani. | De proces | De prevenire şi depistare precoce | Nu | Da | RS 30-san. Cod 1400 | Nu | Da |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Indicatorul 3. Rata adulţilor în vârstă de 40-75 de ani la care s-a aplicat instrumentul pentru evaluarea riscului si la care s-a efectuat un test de evidenţiere a hemoragiilor oculte la intervale de 2 ani. | De proces | De prevenire şi depistare precoce | Nu | Da | RS 30-san. Cod 1400 | Nu | Da |
| **IV. Tuberculoza (TB)** | Indicatorul 1. Rata persoanelor din grupul de risc care au fost investigate la TB. | De proces | De depistare activă | Nu | Da | RS 30-san. Cod 1400 | Nu | Da |
| | Indicatorul 2. Rata persoanelor care au finalizat tratamentul conform standardelor DOTS. | De rezultat | De supraveghere | Da | Nu | N/A | SIME TB | Nu |
| **V. Gravide şi sănătatea reproducerii (contracepţia)** | Indicatorul 1. Rata gravidelor din totalul gravidelor care au fost monitorizate conform protocolului. | De rezultat | De supraveghere | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| | Indicatorul 2. Rata femeilor la risc cu vârsta până la 35 ani care primesc servicii contraceptive conform protocolului. | De proces | De reducere a sactinilor nedorite | Nu | Da | Nu | Nu | Nu |
| **VI. Copiii** | Indicator 1. Rata copiilor 0-1 ani din totalul copiilor 0 – 1 ani care au efectuat toate vizitele de monitorizare în termenele stabilite de protocoalele clinice naţionale. | De rezultat | De supraveghere | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| | Indicatorul 2. Rata copiilor care au împlinit 1 an şi care au efectuat schema de vaccinare completă. | De rezultat | De supraveghere | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |
| | Indicatorul 3. Rata copiilor 18-24 luni la care s-a efectuat screening-ul complet al autismului conform standardelor clinice naţionale. | De proces | De depistare precoce | Da | Nu | Nu | Nu | Nu |