

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
AL REPUBLICII MOLDOVA**

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**



**COMPANIA NAȚIONALĂ DE  
ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ**

**НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ**

**ORDIN  
ПРИКАЗ**

**9.04.2009 Nr. 92/55 - A**

**mun. Chișinău**

***Despre aprobarea Regulamentului privind  
validarea indicatorilor de performanță***

În conformitate cu Normele metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicina nr.473/213-A din 10 decembrie 2008, Ministerul Sănătății, în temeiul pct. 8 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 326 din 21.03.2007 și Compania Națională de Asigurări în Medicină, în temeiul Statutului, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11.02.2002,

**ORDONĂM:**

1. Se aprobă Regulamentul privind validarea indicatorilor de performanță a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Regulament), conform anexei.

2. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice raionale și republicane, conducătorii instituțiilor medico-sanitare departamentale și private care au contract de colaborare cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, directorii Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină:

1) a organiza informarea tuturor lucrătorilor medicali despre prevederile Regulamentului privind modul de validare a indicatorilor de performanță;

2) a asigura respectarea prevederilor Regulamentului, inclusiv prin crearea condițiilor adecvate de realizarea a acestora;

3) a organiza evaluarea trimestrială a indicatorilor de performanță și raportarea despre realizarea lor în modul stabilit de Regulament.

3. Șeful Direcției Asigurări în Sănătate al Ministerului Sănătății, dl Valeriu Sava și vicedirectorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, dl Iurie Osoianu vor asigura monitorizarea transparenței realizării prevederilor Ordinului dat.

4. Controlul asupra executării prezentului Ordin ni-l asumăm.

Viceministru al Sănătății



**Mircea Buga**

Directorul general al Companiei  
Naționale de Asigurări în Medicină



**Gheorghe RUSU**

## **Regulamentul privind validarea indicatorilor de performanță**

### **I. Dispoziții generale**

1. Prezentul Regulament stabilește modul de validare a indicatorilor de performanță a prestatorilor încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și este elaborat în conformitate cu Normele metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.473/213-A din 10 decembrie 2008.

2. Procesul de validare a indicatorilor de performanță este unic pentru Comisia de evaluare a performanțelor din cadrul instituției medico-sanitare publice (în continuare - Comisia) și pentru Compania Națională de Asigurări în Medicina și Agenția teritorială a acesteia (în continuare – Agenția CNAM).

3. Validarea indicatorilor de performanță se efectuează trimestrial în baza documentației de evidență statistică medicală aprobată în modul stabilit, inclusiv a celei indicate în prezentul Regulament, cu deplasare în teren în cadrul instituției medico-sanitare supuse evaluării.

4. Evidența și raportarea despre îndeplinirea indicatorilor de performanță pentru care bonificația (premierea) este în formă de plată „*per serviciu*” se efectuează separat pentru persoane asigurate și neasigurate.

5. Raportul despre îndeplinirea indicatorilor de performanță se prezintă Agenției CNAM de către instituția medico-sanitară trimestrial în conformitate Ordinul MS și CNAM 389/204-A din 27 decembrie 2004 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

6. Agenția CNAM efectuează evaluarea îndeplinirii indicatorilor în trimestrul de referință în modul stabilit, cu informarea instituției medico-sanitare publice prin actul de control respectiv în conformitate cu prevederile Ordinului CNAM nr. 57-A din 11 08 03 despre aprobarea Regulamentului privind efectuarea controlului prestatorilor de

servicii medicale de către Compania Națională de Asigurări în Medicină și Agențiile ei teritoriale.

## **II. Validarea indicatorilor de performanță în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești**

7. Validarea indicatorilor de performanță pentru care bonificația (premierea) este în formă de plată „*per capita*”:

1) *Indicatorul „Executarea normativului de solicitări stabilite”*

a) Criteriul de îndeplinire este efectuarea pe parcursul anului a cel puțin 270 solicitări la 1000 persoane asigurate pe fiecare stație zonală de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească.

b) Pentru evaluarea îndeplinirii indicatorului de către stația zonală, prin metoda aleatorie se selectează nu mai puțin de 50% din numărul de substații (cu punctele de asistență medicală urgentă din componența lor).

c) Evaluarea indicatorului se efectuează în baza datelor preluate din Registrul de evidență al solicitărilor asistenței medicale de urgență (F 109/e) și fișelor de solicitare a asistenței medicale de urgență (F 110/e). *În cazul lipsei fișei F 110/e solicitarea nu se validează.*

d) Numărul solicitărilor din cadrul stațiilor evaluate se va raporta la numărul persoanelor asigurate contractate.

e) Evaluarea indicatorului este cumulativă și se validează pe stația zonală AMU dacă numărul solicitărilor validate în I trimestru este 67,5 la 1000 persoane asigurate și respectiv 135,0 în trimestrul II, 202,5 în trimestrul III și 270 solicitări la 1000 persoane asigurate la finele anului.

f) În cazul, când la momentul evaluării indicatorul nu a fost validat pentru trimestrul de referință, la raportarea îndeplinirii indicatorului pentru următorul trimestru ( II, III sau al IV), indicatorul va fi validat și pentru trimestrele precedente.

2) *Indicatorul „Lipsa divergențelor între diagnosticul serviciului asistența medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit”*

a) Criteriul de îndeplinire a indicatorului este rata coincidenței diagnosticului serviciului asistență medicală urgentă prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit nu mai mică de 80 % cu condiția prezentării a cel puțin 90 % cotoare a foilor de însoțire a pacienților transportați la spital (F 144/e) care au solicitat asistența medicală de urgență. *În cazul, când persoana nu a fost spitalizată, diagnostic clinic se consideră cel stabilit în secția de internare.*

b) Evaluarea se efectuează prin examinarea cotoarelor foilor de însoțire la fișa de solicitare a asistenței medicale de urgență (F 114/e), în care este stabilit diagnosticul serviciului de asistență medicală urgentă, diagnosticul secției de internare/departamentului medicina de urgență și diagnosticul definitiv spitalicesc.

c) Suspiciunea stării de urgență, atunci când patologia de bază simulează o altă patologie ce reprezintă indicație absolută pentru spitalizare și nu poate fi exclusă la etapa prespitalicească de medicul de urgență nu poate fi considerată ca divergență.

d) Afecțiunile cu tablou clinic atipic, pentru excluderea urgențelor medico-chirurgicale cu indicații pentru tratament staționar, sînt considerate ca cazuri dificile de diagnostic pentru etapa prespitalicească a serviciului AMU și nu se consideră ca divergență de diagnostic. Situațiile în cauza se menționează și se argumentează în fișa de solicitare de medicul de urgență al serviciului AMU.

e) Afecțiunile care cauzează abdomenul acut chirurgical și abdomenul acut medical nu se consideră ca divergență de diagnostic, ele cer în mod obligatoriu consultația chirurgului, examen la nivel de DMU (secția de internare) și supraveghere în dinamică.

f) Diagnozele care constituie o complicație (cu indicații de spitalizare) a unei afecțiuni de bază neidentificate și neindicate în diagnosticul clinic al serviciului AMU, de asemenea, nu poate servi ca divergență de diagnostic.

g) Procentul cotoarelor foilor de însoțire la fișa de solicitare a asistenței medicale de urgență (F 114/e), reîntoarse serviciului AMU trebuie să constituie nu mai puțin de 90% din numărul bolnavilor transportați în secțiile de internare.

h) Selectarea substațiilor pentru evaluare din cadrul stațiilor zonale AMU se va efectua prin metoda aleatorie, selectându-se nu mai puțin de 50% din ele. În substațiile selectate se vor verifica toate cotoarele.

i) Divergențele de diagnostic se vor stabili între diagnosticul serviciului AMU și diagnosticul definitiv spitalicesc.

j) Lipsa diagnosticului serviciului AMU sau a secției de internare se va considera ca divergență.

### 3) Indicatorul „Transmiterea solicitărilor în asistența medicală primară”.

a) Criteriul de îndeplinire a indicatorului este transmiterea de către serviciul AMU și informarea medicilor de familie despre cel puțin 90% din solicitările efectuate la populația din teritoriile deservite de aceștia.

b) Evaluarea indicatorului se efectuează conform datelor din Registrul de evidență a solicitărilor transmise în sectorul de medicină primară (formular 161/e), obligatorii atît în serviciul AMU, cît și în sectorul medicinei primare (conform Ordinului nr. 280 al MS din 01.10.2003).

c) Transmiterea solicitărilor sectorului primar de asistență medicală se efectuează prin telefon cu reflectarea în Registrul de evidență a solicitărilor transmise serviciului de Asistență Medicală a informației despre solicitările transmise cu scop informativ cît și pentru deservire și tratament. Solicitățile transmise sectorului primar se înregistrează și în fisa de solicitare a AMU.

d) Solicitățile din alte teritorii, solicitățile cetățenilor străini, solicitățile psihiatrice și solicitățile serviciului AVIASAN nu sînt transmise sectorului primar.

e) Centrul Medicilor de Familie, Centrele de Sănătate autonome, instituțiile medico-sanitare departamentale și private, care au contract de prestare a serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, încheiat cu CNAM, înregistrează toate solicitățile transmise în Registrul de evidență a solicitărilor transmise sectorului medicinei primare.

f) Centrele Medicilor de Familie repartizează solicitările Centrelor de sănătate și oficiilor medicilor de familie din teritoriu.

g) Validarea indicatorului menționat se efectuează la prezența în Registrul de evidență a solicitărilor transmise în sectorul de medicină primară (formular 161/e) a datelor ce confirmă transmiterea sectorului primar a 90% din solicitările efectuate.

h) Lipsa Registrelor de evidență a solicitărilor transmise medicinei primare de către serviciul AMU se consideră ca neîndeplinirea indicatorului respectiv.

*4) Indicatorul „Lipsa reclamațiilor întemeiate în acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate pe fiecare stație a stației zonale de asistență medicală urgentă prespitalicească”*

a) Criteriul de îndeplinire a indicatorului este lipsa reclamațiilor întemeiate în acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate pe fiecare stație a stației zonale de asistență medicală urgentă prespitalicească, înregistrate în modul stabilit.

b) Evaluarea indicatorului se efectuează conform Registrului de evidență a petițiilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și parafat conform actelor normative în vigoare și Registrul de evidență a petițiilor cetățenilor parvenite în adresa Ministerului Sănătății, CNAM și IMSP supuse controlului.

c) Lipsa registrelor nominalizate va servi argument pentru nevalidarea indicatorului respectiv.

*5) Indicatorul „Asigurarea stației zonale cu medici”*

a) Criteriul de îndeplinire a indicatorului este asigurarea stației zonale cu medici la nivel de 2,5 unități ocupate la 10 000 populație a teritoriului deservit.

b) Evaluarea indicatorului se efectuează trimestrial în baza datelor înregistrate de către serviciul resurse umane în formularele de evidență statistică medicală, aprobate în modul stabilit.

### **III. Validarea indicatorilor de performanță în cadrul Asistenței Medicale Primare**

8. Validarea indicatorilor de performanță pentru care bonificația (premierea) este în formă de plată „per serviciu”:

*1) Indicatorul „Supravegherea gravidelor”.*

a) Drept criteriu de îndeplinire a indicatorului este considerată prezența în Fișa personală a gravidei și lăuzei (F 111/e) a informației privind luarea la evidență a gravidei în termen de gestație până la 12 săptămâni și supravegherea ei conform standardelor în vigoare până la naștere, înscrisă de către medicul de familie sau asistentul acestuia (în localitățile fără medic de familie).

b) Pentru validarea indicatorului se prezintă Registrul privind evidența gravidelor (F 075/e) și Fișa personală a gravidei și lăuzei (F 111/e).

c) Indicatorul dat este validat în cazul când termenul de gestație stabilit de către medicul de familie sau asistentul acestuia corespunde cu termenul stabilit ulterior, inclusiv de către medicul obstetrician-ginecolog și sunt respectate standardele de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator (aprobate prin ordinul MS nr.491 din 27.12.2005).

2) *Indicatorul „Supravegherea copilului primului an de viață”*

a) Drept criteriu de îndeplinire a indicatorului dat este considerată prezența în Carnetul de dezvoltare a copilului (F 112/e), care a împlinit vârsta de un an, a datelor despre supravegherea copilului de către medicul de familie și/sau asistentului medicului de familie (în localitățile fără medic de familie), conform standardelor în vigoare, aprobate prin Ordinul MS nr. 491 din 27.12.2005.

b) Pentru validarea indicatorului se prezintă Carnetul de dezvoltare a copilului sănătos (F 112/e), care trebuie să conțină toată informația relevantă ce confirmă supravegherea copilului care a atins vârsta de 1 (un) an de către medicul de familie și/sau asistentului medicului de familie (în localitățile fără medic de familie), conform standardelor în vigoare.

3) *Indicatorul „Depistarea primară a tuberculozei de către medicul de familie”*

a) Drept criteriu de îndeplinire a indicatorului dat este considerat fiecare caz nou de tuberculoză depistat în perioada precoce de către medicul de familie și confirmat de medicul ftiziopneumolog.

b) Pentru validarea indicatorului se prezintă Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) – F 166-1/e, Fișa medicală a bolnavului de ambulator (F 25/e), Fișa medicală a bolnavului cu tuberculoză (F 081/e).

c) Depistarea primară a tuberculozei de către medicul de familie se confirmă prin prezența în Fișa medicală a bolnavului de ambulator (F 25/e) a informației înscrise de către medicul de familie referitor la suspectarea la tuberculoză și/sau trimiterea persoanei respective la microradiografie, radiografie, analiza sputei la BAAR, consultația ftiziopneumologului, în urma cărora se stabilește diagnosticul de tuberculoză în faza precoce.

d) Toate cazurile de tuberculoză depistate în cadrul controlului activ al contactiilor și altor grupe de risc prin metoda microradiografică și examinarea sputei la BAAR sânt considerate depistare primară a tuberculozei de către medicul de familie (atât la trimiterea medicului de familie, cât și a asistentului său).

e) Indicatorul menționat este validat în baza verificării și corespunderii cazurilor raportate de medicul de familie cu numărul Fișelor medicale a bolnavului cu tuberculoza (F 081/e) depistată în faza precoce de la medicul ftiziopneumolog.

f) Pentru asigurarea monitorizării indicatorului dat, medicul ftiziopneumolog va efectua evidența cazurilor depistate primar de medicul de familie.

4) *Indicatorul “Tratamentul ambulator a pacienților cu tuberculoză, supravegheat de medicul de familie”.*

a) Drept criteriu de îndeplinire a indicatorului dat este considerat fiecare caz finalizat al tratamentului de ambulator a tuberculozei conform standardelor DOTS supravegheat de medicul de familie și echipa sa.

b) Pentru validarea indicatorului se prezintă Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) – F 166-1/e, Fișa medicală a bolnavului de ambulator (F 25/e), Fișa medicală a bolnavului cu tuberculoză (F 081/e), Fișa de tratament a bolnavului TB - 01.

c) Efectuarea tratamentului pacienților cu tuberculoză sub supravegherea medicului de familie se confirmă prin:

- prezența în Fișa medicală de ambulator a datelor despre inițierea tratamentului cazului nou de tuberculoză, sau caz recidiv, sau reluare a tratamentului după abandon, sau eșec terapeutic, în conformitate cu recomandările medicului ftiziopneumolog;

- prezența în Fișa de tratament a bolnavului TB-01 a datelor despre administrarea medicamentelor antituberculoase conform schemei inițiate de medicul ftiziopneumolog, confirmate prin semnătura asistentului medicului de familie și pacientului.

e) Indicatorul menționat este validat în baza verificării și corespunderii datelor raportate de medicul de familie cu datele din Fișa medicală a bolnavului cu tuberculoză (F 081/e), confirmate prin înscrierea medicului ftiziopneumolog despre finalizarea tratamentului.

f) Acest indicator se validează și în cazul când tratamentul supravegheat în faza de continuare a fost raportat ca „eșec terapeutic” (în baza rezultatelor investigațiilor, când administrarea preparatelor antituberculoase a fost regulată) sau când tratamentul este supravegheat doar de către asistentul medicului de familie.

##### *5) Indicatorul „Depistarea primară a cancerului”.*

a) Drept criteriu de îndeplinire a indicatorului dat este considerat fiecare caz de patologie oncologică malignă depistată primar de către medicul de familie în stadiu precoce (forme vizibile în stadiul I, inclusiv limfoamele Hodgkin și non Hodgkin stadiul I și II, cancerul pielii fără mențiunea stadiului și forme nevizibile în stadiul I și II) și confirmat de către specialiștii Institutului Oncologic.

b) Pentru validarea indicatorului se prezintă Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) – F 166-1/e, Fișa medicală a bolnavului de ambulator (F 25/ e), Registrul Cancer.

c) Se consideră patologie oncologică malignă depistată primar în stadiu precoce înregistrarea maladiei în Registrul Cancer în st. I-II, conform sbp. 5 a) al p. 8 și cel depistat în cadrul controlului activ (examinării grupelor de risc, stărilor precanceroase, etc.), atât la trimiterea medicului de familie, cât și a asistentului său medical.

d) Depistarea primară se confirmă prin prezența în Fișa medicală a bolnavului de ambulator (F 25/e) a înscrierii medicului de familie, privind suspectarea la patologie oncologică malignă (cancer) și/sau trimiterea la consultații specializate și investigații, în urma cărora se stabilește diagnosticul respectiv.

e) Toate cazurile de patologie oncologică malignă (cancer) depistată în cadrul examenului grupelor cu risc major sânt considerate depistare primară a cancerului de către medicul de familie (atât la trimiterea medicului de familie, cât și a asistentului său).

f) Indicatorul menționat este validat în baza verificării și corespunderii datelor raportate de medicul de familie cu datele din Registrul Cancer de la medicul oncolog.

g) Pentru asigurarea monitorizării indicatorului, medicul oncolog va efectua evidența cazurilor depistate primar de către medicul de familie.

9. Validarea indicatorului de performanță pentru care bonificația (premierea) este în formă de plată „*per capita*”:

1) *Indicatorul „Supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială”.*

a) Drept criteriu de îndeplinire a indicatorului dat este supravegherea trimestrială în dinamică la medicii de familie a cel puțin 15% persoane cu hipertensiune arterială din numărul populației adulte asigurate, specificate în lista medicului de familie.

b) Pentru validarea indicatorului se prezintă Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) – F 166-1/e, Fișa medicală a bolnavului de ambulator (F 25 e), Tichetul statistic de evidență a diagnosticului definitiv (precizat) 025-2/e.

c) Pentru verificare se solicită Fișele medicale a bolnavului de ambulator (F 25/e) la cel puțin 15% din numărul total de medici de familie, selectați prin metoda aleatorie.

d) Prezența în Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) – F 166-1/e a cel puțin 15% persoane cu hipertensiune arterială aflate la evidența medicului de familie (din numărul populației adulte) servește drept confirmare a validării indicatorului dat.

e) Indicatorul este validat în cazul prezenței datelor despre aflarea la evidență la medicul de familie cu maladii care se caracterizează prin hipertensiune arterială în 100% din fișele prezentate cu condiția prezenței înscrierii medicului de familie cel puțin o dată în trimestrul evaluat.

f) Se acceptă validarea indicatorului în cazul lipsei a cel mult 10% din Fișele medicale a bolnavului de ambulator (F 25/e) cu condiția prezentării argumentelor referitor la lipsa lor, iar aceste persoane sunt înscrise în Registrul de evidență a stării sănătății populației (boli cronice) – F 166-1/e.

g) Indicatorul general pentru instituția medico-sanitară publică de asistență medicală primară se calculează prin sumarea datelor stabilite la medicii de familie evaluați.

#### **IV. Validarea indicatorilor de performanță a asistenței specializate de ambulator**

10. Evaluarea indicatorilor de performanță pentru care bonificația (premierea) este în formă de plată „*per capita*”:

1) *Indicatorul „Lipsa reclamațiilor întemeiate în acordarea asistenței medicale specializate de ambulator persoanelor asigurate”.*

a) Criteriul de îndeplinire a indicatorului este lipsa reclamațiilor întemeiate în acordarea asistenței medicale specializate de ambulator persoanelor asigurate, înregistrate în modul stabilit.

b) Evaluarea indicatorului se efectuează conform Registrului de evidență a petițiilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și parafat conform actelor normative în vigoare și Registrul de evidență a petițiilor cetățenilor parvenite în adresa Ministerului Sănătății, CNAM și IMSP supuse controlului.

c) Lipsa registrelor nominalizate va servi argument pentru nevalidarea indicatorului respectiv.

11. Evaluarea indicatorilor de performanță în cadrul asistenței medicale stomatologice pentru care bonificația (premierea) este în formă de plată „*per capita*” (pentru instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, raioane și UTA Găgăuza):

1) *Indicatorul „Consultație profilactică stomatologică (sanarea) la femeile gravide”.*

a) Criteriul de îndeplinire a indicatorului de performanță este cuprinderea cu consultații profilactice stomatologice în volumul prevăzut de p.19. b) al Programului unic a cel puțin 90% de femei gravide cu termenul de gestație până la 15 săptămâni din femeile luate la evidență din teritoriul, deservit în trimestrul respectiv.

b) Pentru evaluarea indicatorului se solicită Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență specializată de ambulator (F 1-03/r), în care medicul stomatolog va indica diagnosticul „Sarcina în termen de \_\_ săptămâni” și zilnicul de evidență a lucrului medicului stomatolog pentru acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate (F 039-6e). Cazul de consultație profilactică stomatologică al gravidei va fi înregistrat în Registrul (F 1-03/r) după ce ea va fi sanată.

c) La prezența în documentația medicală primară (F 043/e) a înscrierii medicului stomatolog privind consultația profilactică stomatologică, inclusiv sanarea, indicatorul dat este validat.

e) Suplimentar, îndeplinirea indicatorului dat poate fi confirmată prin înscrierea respectivă în Fișa personală a gravidei și lăuzei (F 111/e).

f) Datele despre numărul de gravide luate la evidență în perioada respectivă vor fi solicitate din Centrul Medicilor de Familie teritorial.

2) *Indicatorul „Consultație profilactică stomatologică (sanarea) la copiii în vârstă până la 18 ani”.*

a) Criteriul de îndeplinire a indicatorului este cuprinderea cu consultații profilactice stomatologice conform prevederilor Programului unic (sanarea) a cel puțin 12 % pe an sau 3 % trimestrial din numărul total de copii în vârstă de până la 18 ani, înregistrați în teritoriul deservit.

b) Consultația profilactică va cuprinde examenul cavității bucale, recomandări privind igiena cavității bucale, aplicarea remediilor profilactice (fluor, Ca etc) și sanarea.

c) Pentru evaluarea indicatorului se solicită Registrul persoanelor asigurate, care au beneficiat de asistență specializată de ambulator (F 1-03/r), zilnicul de evidență a lucrului medicului stomatolog pentru acordarea asistenței medicale persoanelor asigurate (F 039-6e), Fișa medicală a bolnavului stomatologic (F 043/e).

d) La finisarea sanării, medicul stomatolog va menționa în Registrul F 1 - 03/r în coloana 12 „diagnosticul” - cuvintul „sanat”.

e) La prezența în documentația medicală primară a înscrierii medicului stomatolog privind consultația profilactică stomatologică (inclusiv sanarea), indicatorul dat este validat.

f) Suplimentar, îndeplinirea indicatorului dat poate fi confirmată prin înscrierile respective în Fișele medicale de ambulator (F 112/e și F 25/e).

g) Indicatorul menționat se validează cumulativ, dacă cota copiilor sanați este de 3% din toți copiii în primul trimestru, 6% pentru I semestru, 9% pentru 9 luni și 12% la finele anului.

h) În cazul când pentru careva trimestru indicatorul n-a fost validat, dar a fost îndeplinit în trimestrul următor ori la finele anului, se validează și indicatorul din trimestrul în care n-a fost validat.

## **V. Dispoziții finale**

12. Conducătorul instituției medico-sanitare și Agenției teritoriale a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină poartă responsabilitate personală pentru corectitudinea validării performanțelor prestatorilor de servicii medicale.

13. Soluționarea litigiilor, privind corectitudinea validării indicatorilor de performanță se efectuează de către Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.