

COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
DIRECȚIA EVALUARE ȘI MONITORIZARE

MD – 2012, mun. Chișinău, str.Vlaicu Pircălab, 46; tel. 022 780-310

28 aprilie 2023

Raport de evaluare nr.10-07/46

Denumirea entității evaluate: Instituția Medico-Sanitară „All Clinic” SRL

Tematica evaluării:

1. Respectarea prevederilor Contractului de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (anul 2022, cu unele aspecte la zi);
2. Asigurarea cu medicamente și consumabile, corectitudinea atribuirii la cheltuieli;
3. Utilizarea mijloacelor financiare alocate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022, cu unele aspecte la zi;
4. Evaluarea accesului persoanelor asigurate la investigații paraclinice, servicii de înaltă performanță și spitalizări programate (anul 2022);
5. Evaluarea calității serviciilor medicale prin prisma accesului tuturor persoanelor eligibile la medicamente compensate, inclusiv a procesului de organizare a tratamentului episodic, conform schemelor de tratament a maladiilor prioritare frecvent întâlnite în practica medicului de familie (anul 2022).

Perioada evaluată: 01.01- 31.12.2022, cu unele aspecte la zi.

Șeful echipei:

- specialist coordonator Direcția
evaluare și monitorizare (DEM).

Membrii echipei:

- medic coordonatoare DEM;
- medic coordonatoare DEM.

Perioada evaluării: 13.04 – 21.04.2023

Supervizat:

Șefă adjunctă DEM

Șefă adjunctă DEM

În baza Ordinului Directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM) nr.91-A din 12.04.2023, de către echipa de evaluare a fost efectuată evaluarea tematică planificată la Instituția Medico-Sanitară „All Clinic” SRL (în continuare Prestator, Instituție), privind respectarea prevederilor Contractului de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (anul 2022, cu unele aspecte la zi), evaluarea calității serviciilor medicale prin prisma accesului tuturor persoanelor eligibile la medicamente compensate, inclusiv a procesului de organizare a tratamentului episodic, utilizarea mijloacelor financiare alocate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

Evaluarea a fost efectuată în conformitate cu prevederile Regulamentului privind evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul CNAM nr.18-A din 25.01.2023 în prezența Directorului și a contabilului

Pentru efectuarea evaluării au fost prezentate următoarele documente:

1. Darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) (Formularul 1-16/d) pentru anul 2022.
2. Devizul pe venituri și cheltuieli pe anul 2022.
3. Documente primare privind operațiunile economice.
4. Jurnale-ordine pe conturile contabile în care sunt reflectate faptele economice privind gestionarea mijloacelor financiare a CNAM.
5. Registre contabile totalizatoare și centralizatoare.
6. Alte documente primare și centralizatorii.
7. Contracte de achiziții.
8. Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/390 din 31 decembrie 2021 cu Acordurile adiționale (3) (Contract).
9. Fișele medicale de ambulator a pacienților (Formular nr.025/e), fișele personale ale gravidelor și lăuzelor (Formular nr.111/e), carnetele de dezvoltare a copilului (Formular nr.112/e) și fișele medicale a bolnavului stomatologic (F nr.043/e).
10. Biletele de trimitere (F nr.027/e).
11. Dările de seamă despre volumul acordat de servicii medicale de înaltă performanță (Formular nr. 1-21/d).
12. Dările de seamă despre volumul acordat de asistență medicală contractată pentru perioada nominalizată.
13. Setul de date/Extras din sistemul informațional (SI) „Medicamente compensate” pentru anul 2022 (rețetele compensate prescrise de medicii cu drept de prescriere din cadrul Instituției și eliberate prin intermediul prestatorilor farmaceutici contractați de CNAM).

Pentru efectuarea concluziilor au fost colectate probe prin metoda examinării selective a documentelor menționate prezentate, interviurilor persoanelor implicate în proces, observațiilor vizuale.

Caracteristica generală a activității instituției

IMS „All Clinic” SRL adresa juridică mun. Chișinău, str. N. Zelinski 15/2, c/f , deține cont curent în Banca B.C. „ENERGBANK” SA, BIC ; IBAN: MD05EN000000222427565895 – AMP; MD53EN000000222437566895 – AMSA; MD04EN000000222447567895 – SIP, Centrul Medical este amplasat în mun. Chișinău, str. Grenoble 128 E, tel: (022)03-02-22 și în or. Durlăști str. Decebal 1 C. Instituția a fost acreditată la 28 octombrie 2020, fapt confirmat prin Certificatul de Acreditare nr.0881, valabil 5 ani, dispune de Autorizații sanitare de funcționare nr. 016514/2022/1325 valabilă până la 01.10.2025 și respectiv nr. 007311/2020 valabilă până la 17.08.2023.

Instituția „All Clinic” SRL este un Prestator privat de servicii de sănătate, menit să asigure asistență medicală persoanelor asigurate/neasigurate înregistrate pe lista medicilor de familie. Scopul principal al Instituției este protecția sănătății populației, profilaxia, diagnosticarea, tratamentul și reabilitarea bolnavilor în condiții de ambulator, promovarea modului sănătos de viață.

Programul de activitate a Instituției de luni pînă vineri, de la ora 08:00 – pînă la 18:00, sîmbătă 09:00 pînă la 13:00, duminică zi liberă.

BLOCUL ECONOMIC

Evaluarea utilizării mijloacelor provenite din FAOAM

Reieșind din activitățile Instituției, evaluarea a urmat să confirme dacă entitatea a asigurat regularitatea planificării și utilizării conform destinațiilor aprobate a mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, obținute în baza contractului bilateral încheiat cu CNAM și conformitatea cu actele normative în vigoare în procesul prestării serviciilor de asistență medicală contractată.

În perioada anului 2022, relațiile dintre SRL „All Clinic” și CNAM au fost reglementate prin contractul bilateral nr.05-08/390 din 31.12.2021 (în continuare – Contract bilateral), cu modificările operate prin 3 Acorduri Adiționale la contract, conform cărora Prestatorul acordă asistență medicală primară, asistență medicală specializată de ambulator și servicii medicale de înaltă performanță. Suma totală contractuală precizată pentru anul 2022 a constituit **11 369 243,38 lei** inclusiv, 248 645,43 lei – alte venituri creanțele CNAM pe anul 2021.

Obiectul Contractului constituie acordarea asistenței medicale contractate (servicii medicale), în volumul și calitatea prevăzute în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – PU), Normele metodologice de aplicare a acestuia (în continuare – NM) și prevederile contractului menționat. În cadrul evaluării s-a constatat că, evidența mijloacelor financiare provenite din FAOAM în contabilitatea instituției s-a ținut pe conturi contabile distincte.

La tipul de *asistență medicală primară*, conform dării de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) Formularul 1-16/d, soldul mijloacelor bănești la 01.01.2022 a constituit suma de 772 372,52 lei.

Instituția pe parcursul anului 2022 a înregistrat venituri din prestarea serviciilor medicale în sumă totală de 8 703 926,21 lei, inclusiv: 8 491 363,57 lei – suma contractuală și suma de 212 562,64 lei - creanțele CNAM înregistrate la finele perioadei de gestiune precedente.

Cheltuielile de casă au fost executate în sumă totală de 9 047 444,93 lei, sau 93,80% față de planul precizat. La sfârșitul perioadei de gestiune soldul de mijloace bănești constituia suma de 428 853,80 lei.

Cheltuielile efective pentru acordarea serviciilor medicale, în baza contractelor încheiate cu Compania, în anul 2022, au constituit suma de 8 226 888,94 lei, ce constituie 85,29 la sută față de planul precizat.

Pondere majoră din cheltuielile efective revin cheltuielilor de personal în proporție de 70,78%, urmată de articolul alte cheltuieli cu 26,73% și cheltuieli de medicamente cu 2,49%.

La tipul *asistența medicală specializată de ambulator* la situația 01.01.2022 soldul mijloacelor bănești a constituit suma de 392 080,80 lei. Conform prevederilor contractuale, Prestatorul în perioada anului 2022 a primit mijloace bănești de la Companie în sumă de 2 302 960,56 lei inclusiv, alte venituri – creanțele CNAM înregistrate la finele perioadei de gestiune precedente în sumă de 27 678,51 lei. Cheltuielile de casă au fost executate în sumă totală de 1 892 425,96 lei, sau 68,51 la sută din planul precizat de 2 762 115,81 lei. Soldul de mijloace bănești la data de 31.12.2022 a constituit 802 615,40 lei.

Cheltuielile efective pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate în condiții de ambulator au constituit suma de 1 702 934,21 lei, fiind executate în proporție de 61,65 la sută față de planul precizat, înregistrând economii de 1 059 181,60 lei.

Analiza cheltuielilor efective pe compartimente de cheltuieli relevă că ponderea majoră revine cheltuielilor de personal care constituie 68,24 la sută din totalul cheltuielilor efective, urmate de cheltuielile atribuite la compartimentul alte cheltuieli cărora le revine 24,78 la sută, cheltuielilor pentru medicamente și consumabile cota de 4,27 la sută și cheltuielilor pentru alimentația pacienților – 2,70 la sută din totalul cheltuielilor executate.

La tipul de *asistență medicală servicii medicale de înaltă performanță* la situația 01.01.2022 soldul mijloacelor bănești a constituit suma de 17 313,95 lei. Conform prevederilor contractuale, Prestatorul în perioada anului 2022 a primit mijloace bănești de la Companie în sumă de 123 118,41 lei și alte venituri – creanțele CNAM înregistrate la finele perioadei de gestiune precedente în sumă de 8 404,58 lei. Cheltuielile de casă au fost executate în sumă totală de 89 339,66 lei, sau 62,38% față de planul precizat. Soldul de mijloace bănești la data de 31.12.2022 a constituit suma de 51 092,70 lei.

Structura cheltuielilor efective pe compartimente de cheltuieli relevă că ponderea preponderentă revine cheltuielilor de personal care constituie 64,50 la sută din totalul cheltuielilor efective, urmate de cheltuielile atribuite la compartimentul alte cheltuieli cărora le revine 34,19 la sută și cheltuielilor pentru medicamente și consumabile cu o cotă de 1,31 la sută din totalul cheltuielilor executate.

Examinarea documentelor primare și centralizatorii a constatat că, mijloacele financiare încasate în baza contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în general au fost utilizați pentru cheltuieli de personal (*retribuirea muncii și contribuții de asigurării sociale de stat obligatorii*), procurarea medicamentelor și dispozitivelor medicale precum și alte cheltuieli, cum ar fi cheltuieli de regie, procurarea serviciilor medicale, procurarea imobilizărilor necorporale, mijloace fixe, cheltuieli de locațiune, combustibil, etc.

Evaluarea cheltuielilor pentru retribuirea muncii

Pentru anul 2022, conform Devizului de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan) și Formularul 1-16/d „Darea de seamă despre îndeplinirea Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) al prestatorilor de servicii medicale din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală” pentru realizarea clauzelor Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, Prestatorul a planificat cheltuieli de personal din sursele FAOAM suma de 7 972 949,51 lei (*71,70% din suma contractuală*).

Cheltuielile efective din contul FAOAM la acest capitol au fost executate în sumă de 7 059 665,38 lei sau în proporție de 88,55 la sută față de planul precizat pentru salarizarea a 51,47 unități de personal, ocupate de 58 persoane fizice. Astfel fiind înregistrate economii, la capitolul respectiv în sumă de 913 284,13 lei.

Evaluarea compartimentului retribuirii muncii a constatat că, pentru desfășurarea activității, Prestatorul a planificat și aprobat Statele de personal pentru anul 2022, în număr de 51,47 unități personal, pentru prestarea serviciilor medicale contractate din FAOAM.

Structura personalului Instituției în anul 2022 după numărul de funcții ocupate a avut următoarea componență: personal de conducere – 4,50 unități, medici – 16,22 unități, personal medical mediu – 17,50 unități, personal medical inferior – 3,00 unități, alt personal – 10,25 unități.

Cheltuielile de casă la articolul „cheltuieli de personal” în anul 2022 au constituit 7 070 265,05 lei, inclusiv pentru remunerarea muncii 5 693 020,25 lei și 1 377 244,80 lei contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii. Salariul mediu lunar achitat din FAOAM pe perioada anului 2022 pe categorii de personal la o funcție ocupată a constituit:

personal de conducere – 12 268,44 lei;

medici – 7 893,25 lei;
personal medical mediu – 10 465,57 lei;
personal medical inferior – 7 923,19 lei;
alt personal – 4 942,03 lei.

Cheltuielile efective din contul FAOAM, la compartimentul cheltuieli de personal, în perioada anului 2022, au constituit suma de 7 059 665,38 lei, inclusiv la asistență medicală primară – 5 822 664,30 lei, la asistență medicală specializată de ambulator – 1 162 156,83 lei și servicii medicale de înaltă performanță – 74 844,25 lei.

În cadrul evaluării a fost verificate listele de stabilire a salariului tarifar și salariul achitat personalului, plățile efectuate precum și modul de plată a indicatorilor de performanță.

Evaluarea procesului de remunerare a muncii, inclusiv: calcularea salariilor de funcție, suplimentelor, adaosurilor, premiilor, indicatorilor de performanță individuală a muncii, altor plăți și achitării lor efectuată prin metoda verificării selective a documentației de calcul și plată a acestora, iregularități nu a constatat.

Legalitatea cheltuielilor suportate pentru medicamente și dispozitive medicale utilizate în procesul prestării serviciilor medicale în cadrul AOAM

Evaluarea compartimentului privind asigurarea cu medicamente și consumabile în anul 2022, a constat în verificarea corectitudinii atribuirii acestora la cheltuieli precum și respectarea condițiilor contractuale privind respectarea cotei minime a cheltuielilor pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie și a specialistilor specificate în anexa nr.4 la Programul unic.

La compartimentul medicamente și dispozitive medicale Prestatorul a planificat pentru anul 2022 din contul mijloacelor FAOAM suma de 297 000,00 lei, ceea ce constituie **2,67** la sută din suma contractuală.

Cheltuielile efective la acest capitol au constituit suma de 279 257,96 lei, ceea ce constituie 94,03% față de planul precizat, înregistrând economii de 17 742,04 lei.

Medicamentele și consumabilele livrate de la furnizori sunt recepționate de către asistenta medicală superioară a Instituției, care ulterior se redistribuie către medici, asistente medicale. Decontarea medicamentelor și consumabilelor se efectuează în baza Dărilor de seamă pe medicamente. Acestea se întocmesc lunar de către asistenta superioară în baza dărilor de seamă a asistentelor din subdiviziuni.

Evaluarea asigurării cu medicamente și consumabile a fost efectuată prin metoda inventarierii stocului și a dotării minime a truselor medicului de familie, prin prisma prevederilor ordinului Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010, cu privire la asistența medicală primară.

În rezultatul evaluării dotării truselor medicilor de familie, în baza prevederilor ordinului menționat, s-a constatat că trusele medicilor de familie (două verificate) erau completate parțial. Totodată, din cele 35 denumiri de medicamente enumerate în Ordinul prenotat, 3 poziții de medicamente nu erau prezente. Astfel, Prestatorul nu a respectat prevederile pct.3.1 din Contractul bilateral încheiat cu CNAM și pct.18 din Normelor Metodologice cu privire la formarea devizului de venituri și cheltuieli și gestionarea surselor financiare de către instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (Norme metodologice) aprobate prin Ordinul MS și CNAM nr.29/21-A din 22.01.2021, prin neasigurarea existenței în stoc a medicamentelor și produselor farmaceutice necesare pentru acordarea serviciilor de asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut de Programul unic.

În cadrul evaluării a fost analizată respectarea cotei minime pentru investigații paraclinice efectuate la trimiterea medicului de familie/medicilor specialiști de profil.

Conform prevederilor pct.21 a Normelor metodologice de elaborare a Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale primare încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr.29/21-A din 22.01.2021, vor planifica și le vor valorifica în volum deplin

sumele pentru investigații paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului de familie, specificate în anexa nr.4 la Programul Unic al AOAM. Totodată, conform prevederilor pct.22 din Normele metodologice, stipulate mai sus, cota minimă a cheltuielilor planificate/executate pentru investigații paraclinice prestate de alți prestatori, efectuate la trimiterea medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul Unic al AOAM, pentru prestatorii privați de servicii medicale conform amplasării teritoriale (municipiu) va constitui 2,5% din suma contractuală.

Astfel, cheltuielile pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori, la asistența medicală primară, au fost planificate în sumă de 821 000,00 lei, ceea ce constituie **9,48%** din sumele contractate. Cheltuieli efective pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori au fost raportate în sumă de 820 760,46 lei, **ceea ce constituie 9,48%** din suma contractuală. Respectiv la tipul de asistență medicală specializată de ambulator, cheltuielile pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori au fost planificate în sumă de 80 000,00 lei, ceea ce constituie **3,42%** din suma contractuală. Cheltuieli efective pentru serviciile medicale prestate de alți prestatori au fost raportate în sumă de 90 391,00 lei, **ceea ce constituie 3,89%** din suma contractuală.

Totodată, evaluarea a stabilit că, Prestatorul nu a respectat prevederile pct.6 din anexa nr.1 la Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.727/494 din 21.09.2016, care prevede **asigurarea dispozitivelor medicale de unică utilizare** pentru tratamentul medical episodic, în sala de tratament/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu și prevederile pct.30 din Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.596/404 din 21.07.2016. Astfel, în perioada anului 2022 Instituția nu a fost asigurată integral cu tot spectrul de consumabile (*seringi, sisteme pentru perfuzii*) folosite la efectuarea procedurilor medicale, confirmat prin datele din evidența contabilă (decontarea consumabilelor) și Registrul de înregistrare a procedurilor efectuate în cabinetele de proceduri ale instituției. Urmare a contrapunerii datelor susmenționate, se constată că Instituția nu a asigurat pacienții cu consumabile la efectuarea procedurilor medicale în sumă de **2 819,05 lei**, acestea fiind procurate de către pacienți din cont propriu **astfel, fiind limitat accesul populației la servicii medicale în volumul și calitatea prevăzute în Programul unic.**

Concomitent, evaluarea nivelului de asigurare cu consumabile și dispozitive medicale a constatat că contrar prevederilor pct.61(2) din Normele metodologice prenotate, Instituția nu a fost asigurată integral cu tot spectrul de consumabile (seturi ginecologice, periute citologice, spatule și alte consumabile) folosite în cabinetele medicilor specialiști. În cadrul evaluării a fost verificat cabinetul ginecologic la tipul de asistență medicală specializată de ambulator, prin contrapunerea datelor din dările de seamă lunare privind consumul de medicamente și consumabile cu vizitele raportate conform datelor statistice. Conform datelor statistice în cabinetul ginecologic au fost înregistrate 4039 vizite. Pentru care, conform datelor evidenței contabile în perioada anului 2022 au fost utilizate 2300 specule ginecologice de unică folosință. La contrapunerea registrelor de proceduri din cabinetul ginecologic cu vizitele raportate pentru persoanele asigurate a fost argumentată folosirea consumabilelor din contul IMSP pentru 2827 vizite. Reieșind din cele expuse conchidem faptul că, astfel fiind create premise favorabile ca persoanele asigurate să fie puse în situația de a procura consumabilele necesare, sau serviciile medicale prestate să nu corespundă cerințelor legale pentru 527 vizite ale persoanelor asigurate (prețul speculelor ginecologice de unică folosință, conform facturilor fiscale în anul 2022 a fost de 3,37 lei), respectiv fiind procurate din cont propriu specule ginecologice **în sumă totală de 1 775,99 lei.**

Corectitudinea reflectării cheltuielilor la articolul „alte cheltuieli”

Conform datelor din darea de seamă 1-16/d din contul mijloacelor FAOAM, pentru anul 2022 au fost preconizate cheltuieli la compartimentul **alte cheltuieli** în sumă de 4 207 464,14 lei.

Cheltuielile efective din contul FAOAM la acest capitol au fost executate în sumă de 2 660 928,80 lei, ceea ce reprezintă o îndeplinire a nivelului planificat în proporție de 63,24 la

sută. Compartimentul menționat include cheltuieli pentru energie electrică, gaze, locațiune, pază, combustibil, cheltuieli bancare, alte cheltuieli etc.

În urma evaluării s-a stabilit că, Instituția nu a respectat prevederile pct.28 a Normelor metodologice de elaborare a Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală aprobate prin Ordinul MSMPS și CNAM nr.29/21-A din 22.01.2021, prin faptul că nu a stabilit în Politica de contabilitate a Instituției metoda de raportare a cheltuielilor, care nu pot fi raportate separat, cerință obligatorie în Normele menționate.

Ca rezultat s-a stabilit că Instituția a suportat neîntemeiat cheltuieli de regie în anul 2022, pentru un cabinet stomatologic privat. Respectiv cheltuielile în sumă de **1 356,56 lei** au fost suportate contrar prevederilor pct.3.1 al. 22 și 24 al Contractului bilateral în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, ca rezultat fiind dezafectate mijloace FAOAM.

În cadrul evaluării eficienței utilizării mijloacelor financiare pentru acoperirea cheltuielilor la compartimentul alte cheltuieli s-a constatat ca Instituția a utilizat contrar prevederilor pct.3.1 alin.22 și 24 al Contractului bilateral, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, în alte scopuri decât îndeplinirea clauzelor contractului bilateral și Programului Unic, mijloace financiare în sumă de **1563,00 lei**, pentru evaluarea stării sanitare a enității economice. Se remarcă faptul că conform prevederilor pct.7 alin.(1) din Criteriile de contractare pentru anul 2022, aprobate prin Ordinul MS nr. OMS1227/350/2021 din 29.12.2021, pentru a fi eligibil pentru contractare Prestatorul de servicii medicale, trebuie să îndeplinească condiția generală de a fi acreditat și autorizat sanitar la nivel național. Totodată, cu derogare de la prevederile Contractului bilateral, Prestatorul pe parcursul perioadei evaluate a suportat neargumentat cheltuieli de mijloace financiare, provenite din FAOAM, în sumă de **2 400,00 lei**, pentru deservirea aparatului de casă, care urmau a fi suportate din alte surse de venit decât FAOAM.

Analiza rezultatelor financiare, a datoriilor și creanțelor

Analizând situația lichidităților și acoperirea datoriilor la finele anului, s-a constatat că instituția la 31.12.2022 a înregistrat datorii, din mijloacele FAOAM, în sumă totală de 235 214,51 lei (*inclusiv: 27 473,45 lei la compartimentul cheltuieli de personal, 183 571,86 lei la alte cheltuieli, 20 989,20 lei la compartimentul medicamente și consumabile și 3 180,00 lei la alimentația pacienților*), creanțe în sumă de 27 628,35 lei și un sold de mijloace bănești în sumă de 1 282 561,90 lei. Totodată Prestatorul a înregistrat creanțe către CNAM în sumă de 218 907,28 lei. Ca rezultat, la finele anului de gestiune instituția dispunea de mijloace financiare suficiente pentru acoperirea datoriilor înregistrate.

BLOCUL MEDICAL

În perioada anului 2022, în baza Contractului, Instituția a acordat asistență medicală populației, după cum urmează:

Grupul de vârstă	Nr.pers.2022
De la 0 pînă la 5 ani	926,00
De la 5 pînă la 50 ani	8 988,00
De la 50 ani și peste	2 903,00
TOTAL	12 817,00

Pe parcursul anului 2022, populația a fost deservită de către 7 medici de familie.

Activitatea echipei medicului de familie este organizată atât în bază de programare on-line, telefonic, cât și la adresare directă. În Listele de primire sunt prezente spații pentru cazuri de urgență.

Cabinetele de triaj sunt dotate cu dispozitivele și aparatajul prevăzut pentru efectuarea examinărilor medicale profilactice ale pacienților, unde activează asistentele medicale care efectuează măsurările de bază prevăzute: măsurarea temperaturii corpului, măsurarea TA, tensiunii intraoculare, efectuarea ECG, efectuarea antropometriei la adulți, recomandarea efectuării unor examinări medicale profilactice cu completarea inițială a documentației medicale primare și înregistrarea rezultatelor examinărilor, inclusiv deservirea stărilor de urgență ce apar la pacienți în cadrul Prestatorului.

Urmare a evaluării documentației medicale prezentate, s-a constatat că, unele fișe medicale de ambulator a pacienților necesită renovare, iar în cele renovate, lipsește extrasul fișei precedente, În unele fișe medicale Foaia diagnosticului precizat și Foaia controlului profilactic nu sunt completate integral. În unele cazuri descrierile medicului de familie se limitează doar la prescrierea medicamentelor compensate.

Prestatorul în activitatea sa utilizează parțial soft-ul SIA AMP, Instituția dispune de calculatoare și acces autorizat, accesează parțial fișa medicală a pacientului. Necătfind la faptul că, în unele cazuri, vizitele pacienților sunt înregistrate în SIA AMP, ulterior extrasele ce confirmă vizita realizată nu sunt atașate în fișele medicale, respectiv creează impedimente în aprecierea continuității inscripțiilor în fișele medicale.

Evaluarea realizării examenului profilactic a populației

De menționat, că conform datelor din raportul statistic *Controlul medical profilactic anual al persoanelor peste 18 ani (sursa Raport statistic nr.30-săn anul 2022)*, a fost efectuat după cum urmează:

Indicator	Necesitau examinări	Examinați	Cota (%)	Depistați suspecți la maladie
Antropometria	9333	6822	73	54
Măsurarea tensiunii arteriale	9333	6822	73	38
Colonoscopia (grupul de risc)	7	1	14,3	-
Glicemia (pers. peste 40 ani și gr. de risc)	4389	1611	36,7	19
Colesterolul seric (persoane peste 40 ani)	4583	1540	33,6	83
Hemoculttest	-	-		-
Test Babeș-Papanicolau	1253	699	55,8	8
Tonometria oculară (persoane peste 40 ani)	2291	538		7
Examinarea pielii, cavității bucale, ganglionilor limfatici, glandei tiroide, glandei mamare	9333	6822	74	5
R-grafia pulm. standard (convențională sau digitală)	718	291	40,5	1
Examinarea sputei la BAAR	3	3	100	-
Reacția de microprecipitare (RMP)	344	314	91,3	-

Realizarea acestui obiectiv de activitate a Prestatorului a fost evaluată prin prisma prevederilor PU al AOAM, Normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și a Ordinului MS al RM nr.609 din 24.05.2013 privind examinarea medicală profilactică a populației.

Urmare a evaluării s-a constatat că, datele din Raport nu corespund realității, întrucât au fost raportate ca efectuate Test citologic Babeș-Papanicolau (femei 25-61 ani) în număr de 699, dar în realitate au fost efectuate și achitate prin contract cu CMD „Modus Viventi” SRL în număr de 484 servicii, Reacția de microprecipitare (RMP) grupul de risc raportate 314, efectuate și achitate prin contract CMD „Modus Viventi” SRL 178 investigații, colesterol seric raportate 1540 investigații, efectuate și achitate la CMD „Modus Viventi” SRL 968 investigații și 388

investigații efectuate în luna decembrie a.2022 de către Prestator (colesterol seric - total efectuate 1356 investigații). Totodată, menționăm că Hemoculttest nu a fost efectuată nici o investigație.

Astfel, suma estimativă a serviciilor raportate nejustificat în Raportul 30-săn constituie – 13 008 lei.

În concluzie, nu putem lua ca bază datele incluse în raport privind examinările profilactice ale populației, deoarece au fost constatate cifre eronate și prin urmare ținând cont și de cotele mici de realizare a unui șir de servicii, se impune o abordare mai temeinică și conștiincioasă întru asigurarea examinării profilactice a populației în volum deplin și calitativ conform prevederilor actelor normative reglementatorii.

Asistența medicală specializată de ambulator

Volumul de asistență medicală specializată de ambulator (AMSA) a fost planificat pentru 8300 persoane asigurate, suma contractuală constituind **2 113 765,12 lei**. Asistența medicală specializată de ambulator în cadrul prestatorului a fost asigurată exclusiv la profilul ginecologic, pediatrie, neuropediatrie, cardiologie, endocrinologie, urologie, dermatologie, gastrologie, stomatologie, sonografie (conform statelor de funcție aprobate pentru anul 2022). Pentru restul specialităților de profil au fost încheiate contracte de prestare a serviciilor/consultații, cu alți prestatori (IMSP IM și C și IMSP AMT Centru, IMSP AMT Buiucani).

Programarea la medicul specialist se efectuează de către medicul de familie sau direct de către pacient.

În cadrul AMSA au activat medicul pediatru și neuropediatru – medici cu drept de prescriere a medicamentelor compensate, însă aceștia nu au realizat prescrierea medicamentelor, motivul fiind: Prestatorul nu a prezentat la CNAM Lista medicilor cu drept de prescriere, fapt ce denotă nerespectarea prevederilor pct.6 din HG 106/2022 „Cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie”, respectiv, prescrierea a fost realizată în întregime de medicii de familie, pacienții fiind nevoiți să reîntoarcă la m/f de la specialiștii consultanți pentru prescrierea medicamentelor compensate.

Urmare a evaluării s-a constatat că medicii specialiști de profil din cadrul AMSA, nu au eliberat bilete de trimitere pentru spitalizări programate în instituțiile republicane, acest fapt a contribuit la suprasolicitarea medicilor de familie, deoarece aceștia au realizat acest volum de servicii concomitent cu atribuțiile lor de bază. Totodată, neeliberarea biletelor de trimitere denotă faptul nerespectării prevederilor Normelor metodologice de aplicare a PU.

Întrucât tipul respectiv de asistență medicală este contractat *per capita* indicatorii de activitate au fost examinați în baza datelor oficiale din raportul activității SRL „ALL Clinic” pentru anul 2022 (Form. 30-săn) - numărul de vizite efectuate la specialiști, datele raportate către CNAM în dările de seamă despre volumul acordat de asistență medicală specializată de ambulator (Formular nr.1-10/d, trimestriale), cât și datele din Registrele persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală specializată de ambulator (Formular nr.1-03/r).

Profil	Vizite la medic, conf. F 30-săn (a.2022)			Vizite profilactice		Σ vizite, conf. F 1-10/d (a.2022)	Divergența	Consultații conf. Registr nr.1-03/r
	total	...la pers. asigurate	...la copii 0-18 ani	total	inclusiv, copii			
cardiologie	551	545	-	-	-	750	+205	551
gastroenterologici	219	202	-	3	3	346	+144	249
endocrinologie	686	678	-	-	-	497	-	407
urolog	304	304	-	-	-	352	+48	208

stomatologi	-	-	-	-	-	1643	-	1643
dermatolog	168	160	23	9	9	203	+48	200
obst-ginecologie	4054	4039	29	945	7	3414		3572
pediatru	734	734	734	238	238	917	+183	740
neurologie	529	529	258	47	47	603	+74	610
neuropediatru	-	-	-	-	-	-	-	580
Imagiști-sonografie	-	-	-	-	-	1373	-	1385
Total	7245	7191	1044	1242	304	10098		10145

Analizând datele din tabel se constată o diferență între numărul vizitelor persoanelor asigurate realizate/raportate în Raport.30-săn și F.1-10/d, și anume **7245** vizite versus **10098** vizite, ce denotă **2853** vizite mai mult raportat în darea de seamă 1-10/d. *Numărul vizitelor realizate de medicii specialiști angajați în AMSA al ALL Clinic SRL și confirmate prin intermediul Registrelor 1-03/r. au constituit 10145 vizite vis a vis de 10098 vizite raportate în F.1-10/d*. În acest context se remarcă monitorizarea insuficientă a datelor finale din partea managerului instituției.

Evaluarea asistenței medicale stomatologice

Volumul de asistență medicală stomatologică a fost planificat pentru 8300 persoane asigurate, suma contractuală constituind **124 500 lei**.

Conform datelor statistice din Darea de seamă despre volumul acordat de asistență medicală specializată de ambulator persoanelor asigurate (Formular nr.1-10/d), pe parcursul anului 2022 de către 1 medic stomatolog care activează pe 0,25 salarii au fost raportate **1643 vizite**, și conform datelor din Registrul persoanelor care au beneficiat de asistență medicală specializată de ambulator (Formular nr.1-03/r) au fost realizate **1643 vizite**. Pentru evaluare au fost solicitate 15 fișe medicale a pacientului stomatologic/F nr.043/e, selectate aleatoriu din Registrul, însă nu au fost prezentate. Din explicațiile medicului stomatolog în instituție nu se completează acest formular. Pacienții care beneficiază de servicii stomatologice se înregistrează doar în Registrul persoanelor care au beneficiat de asistență medicală specializată de ambulator (Formular nr.1-03/r) în care la rubrica 8 la toți pacienții este înregistrat „sanat”. Acest fapt nu a permis de apreciat nivelul de servicii acordate persoanelor asigurate, consumabilele și medicamentele utilizate, descrierea obiectivă a stării sănătății cavității bucale, monitorizarea ulterioară de către stomatolog a patologiei dentare depistate.

În urma evaluării s-au mai constatat următoarele:

➤ În Instituție **lipsește programarea la medicul stomatolog**, astfel nu sunt respectate prevederile pct.61 subpct.5 din Normele metodologice de aplicare a Programului unic al AOAM, aprobate prin Ordinul MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.2016, care prevede programarea vizitelor persoanelor asigurate în mod prioritar.

➤ **Nerespectând prevederile pct.96, subpct.3, 4, 5 și 6 din NM, Prestatorul nu a asigurat:**

- **organizarea anuală obligatorie a examenelor medicale copiilor** din instituția de învățământ secundar general (Liceul Teoretic Vasile Lupu). În acest context, menționăm faptul că administrația SRL ALL Clinic nu a emis nici un ordin privind stabilirea unui regim special de activitate al instituției, sau sistarea controlului profilactic în liceu pe perioada pandemiei. Respectiv, este neclar motivul care a stat la baza inacțiunilor medicului stomatolog;

- **asistența medicală stomatologică de urgență**. Conform datelor din Registrul persoanelor care au beneficiat de asistență medicală specializată de ambulator (Formular nr.1-03/r), cât și din afirmațiile verbale ale medicului stomatolog (dna Hristieva Tatiana), **asistența medicală stomatologică de urgență pacienților nu a fost acordată**.

- asistența medicală stomatologică copiilor cu vârstă de 1 an n-a fost acordată conform prevederilor actelor normative în vigoare).

Reieșind din cele expuse conchidem faptul că, pacienții asigurați nu au avut acces la întreg spectrul de servicii medicale stomatologice prevăzut în actele normative.

Evaluarea Listelor de capitație a medicului de familie/persoane înregistrate în lista medicului de familie, corectitudinea înregistrării pacienților la medicul de familie, conform SI al CNAM

Conform prevederilor Contractului, în perioada supusă evaluării Prestatorul a acordat servicii de asistență medicală primară la 12817 persoane înregistrate la medicii de familie, numărul total fiind fluctuant reieșind din contextul schimbării IMS.

Înregistrarea populației în Instituție s-a efectuat în conformitate cu prevederile Regulamentului privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din IMS ce prestează AMP în cadrul AOAM, aprobat prin Ordinul MS și CNAM nr.1087/721-A din 30.12.2016 (în continuare - Regulament), bazându-se pe principiul alegerii libere de către persoană a prestatorului de asistență medicală primară și a medicului de familie. Potrivit Regulamentului, drept temei pentru confirmarea înregistrării la medicul de familie pentru Instituție a servit cererea de înregistrare la medicul de familie din cadrul IMS ce prestează AMP în cadrul AOAM (F nr.1-33/c), înregistrată în sistemul informațional/SI. .

Totodată menționăm că în procesul evaluării Listelor de capitație a medicilor de familie pentru perioada supusă evaluării nu s-au constatat cazuri de înregistrare dublă a uneia și aceeași persoane în lista medicului de familie.

Evaluarea accesului populației la investigații paraclinice și serviciile de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice, prevăzute în Anexa nr.4 la Programul unic

„ALL Clinic” SRL nu dispune de laborator propriu, respectiv pentru perioada anului 2022, Instituția a încheiat contracte cu alți prestatori pentru efectuarea serviciilor preconizate în Anexa nr.4 la Programul unic la nivel de asistență medicală primară și asistență medicală specializată de ambulator.

Din cele 301 tipuri de investigații paraclinice efectuate la nivel de asistență medicală primară, Instituția a contractat cu alți prestatori de servicii medicale 180 poziții, ce constituie 60%. Pentru restul 121 poziții, ce constituie 40%, Prestatorul nu a încheiat contracte de prestare a serviciilor medicale.

Din cele 740 tipuri de investigații paraclinice efectuate la trimiterea medicului specialist de profil pentru pacienții de ambulator, Instituția a contractat cu alți prestatori de servicii medicale 238 poziții, ce constituie 32,16%. Pentru restul 502 poziții, ce constituie 67,84%, Prestatorul nu a încheiat contracte.

Efectuarea serviciilor de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice efectuate la nivel de asistență medicală primară, în conformitate cu prevederile compartimentului III din Anexa nr. 4 la PU, de către Prestator au fost contractate 15 servicii (53,57%) din cele 28 servicii prevăzute, respectiv 13 servicii (46,5%) nu au fost contractate. Pe parcursul a.2022, conform datelor prezentate de persoanele responsabile din cadrul Prestatorului, au fost prestate ședințe de fizioterapie la nivel de asistență medicală primară, în sumă de 30767,00 lei pentru servicii de electroterapie, termoterapie, unele servicii de kinetoterapie, unele servicii de masaj curativ. Nu au fost prestate servicii de, aerosolo- și electroaerosoloterapia, fototerapia, terapia cu energie mecanică, unele servicii de kinetoterapie și masaj curativ.

Din cele 71 poziții servicii de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice efectuate la nivel de asistență medicală specializată de ambulator instituția a contractat 24 poziții, ce constituie 33,4 %, iar 47 poziții nu au fost contractate (66,6 %). Conform datelor prezentate

de persoanele responsabile din cadrul AMSA, au fost prestate pe parcursul anului de gestiune ședințe de fizioterapie și reabilitare medicală în sumă de 2700 lei. Nu au fost prestate servicii de, aerosolo- și electroaerosoloterapia, oxigenoterapie, unele servicii de kinetoterapie și masaj curativ, terapia cu energie mecanică.

În conformitate cu prevederile pct. 44 din Normele metodologice de aplicare a PU al AOAM, în lipsa capacității necesare proprii pentru efectuarea investigațiilor paraclinice prevăzute în Anexa nr.4 la PU, Prestatorul a încheiat 6 contracte de prestare a serviciilor medicale cu instituții medicale, fiind executate în sumă totală de 820760,00 lei pentru AMP și 90391,00 lei pentru AMSA.

➤ Contract nr.07 din 03.01.2022 cu CMD „Modus Vivendi” SRL pentru determinarea parametrilor hematologici și clinici generali, biochimici, imunologici, bacteriologici, parazitologici, executat în sumă de 582301,00 lei pentru AMP și 9571,00 lei pentru AMSA.

➤ Contract nr.20 din 03.01.2022 cu IMSP AMT Centru pentru determinarea parametrilor biochimici, imunologici, citomorfologici, radiodiagnostic, diagnostic funcțional, servicii de fizioterapie și reabilitare medicală, staționar de zi, investigații ecografice, executat în sumă de 84332,00 lei pentru AMP și 34467,00 lei pentru AMSA.

➤ Contract nr.f/nr din 17.01.2022 cu IMSP AMT Buiucani pentru determinarea parametrilor clinici, biochimici, imunologici, radiodiagnostic, diagnostic funcțional, servicii de fizioterapie și reabilitare medicală, executat în sumă de 80131,00 lei pentru AMP și 31953,00 lei pentru AMSA

➤ Contract nr.62 din 03.01.2022 cu Centrul Național de Transfuzie a Sîngelui pentru determinarea parametrilor imunologici și examinări imunoematologice executat în sumă 5819,00 lei pentru AMP.

➤ Contract nr.06 din 03.01.2022 cu IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală pentru investigații ecografice, investigații ale funcției ventilației pulmonare, investigații de radiodiagnostic, endoscopia de diagnostic, executat în sumă de 46348,00 lei pentru AMP și 12600,00 lei pentru AMSA.

➤ Contract nr.13 din 10.01.2022 IMSP Institutul Mamei și Copilului pentru investigații ecografice, Ecoencefalografia, executat în sumă de 21829,00 lei și 1800,00 lei pentru AMSA.

Evaluarea activității medicului de familie privind supravegherea afecțiunilor cronice

Supravegherea afecțiunilor cronice necesită a fi efectuate în conformitate cu prevederile Ordinului MS nr.503 din 27.12.2008 „Cu privire la aprobarea Normelor metodologice de supraveghere medicală a unor bolnavi cu afecțiuni de lungă durată”, cu recomandarea, la necesitate, în temeiul criteriilor obiective, a investigațiilor paraclinice și de diagnosticare, stabilite în Normele metodologice și PCN.

În rezultatul evaluării accesului populației la investigații paraclinice din cadrul Prestatorului, s-a constatat nerespectarea prevederilor pct.41 din Normele metodologice de aplicare a PU, prin neacordarea sau acordarea asistenței medicale în alt volum, exprimat prin neeliberarea biletelor de trimitere pentru efectuarea investigațiilor paraclinice necesare în conformitate cu prevederile PCN (PCN-2 „Astmul bronșic la adult”, aprobat prin Ordinul MS nr.1326 din 20.11.2013; PCN-23 „Hepatita cronică virală B la adult”, aprobat prin Ordinul MS nr.663 din 12.07.2021; PCN-1 „Hipertensiunea arterială la adult” aprobat prin Ordinul MS nr. 200 din 28.02.2020 și anume:

• Conform datelor din raportul statistic nr.12-săn în a.2022 se aflau la supraveghere – 43 pacienți cu d-cul: „**Hepatită cronică**”. În rezultatul evaluării a 23 fișe medicale a pacienților s-a constatat: lipsește analiza generală a sîngelui – în 2 cazuri (8,7%), ALT, AST și bilirubina – în 2 cazuri (8,7%), albumina - 5 cazuri (21,8%), protrombina – 15 cazuri (65,2%), USG organelor abdominale – în 15 cazuri (65,2%), GGTP, creatinina - 5 cazuri (21,8%), consultația medicului infecționist/gastrolog – în 12 cazuri (52,1%). *Suma estimativă a serviciilor neprestate constituie 3940,00 lei.*

- La evidența medicului de familie cu d-cul: „*Astm bronșic*” se află în total 29 pacienți. Rezultatul evaluării a 18 fișe medicale a pacienților s-a constatat: lipsește, Ro^x cutia toracică-8 cazuri (44,4%), spirometria – 18 cazuri (100%), consultația medicului ftziopneumolog – în 8 cazuri (44,4%), pulsoximetrie, analiza generală a sputei, analiza sputei la BAAR – în 18 cazuri (100%). *Suma estimativă a serviciilor neprestate constituie - 3862,00 lei.*

- Au fost evaluate 30 fișe medicale a pacienților cu d-cul: „*Hipertensiune arterială*” care urmau a fi investigați conform prevederilor PCN „Hipertensiunea arterială la adult”. Urmare a evaluării, s-a constatat lipsa următoarelor investigații paraclinice: glicemia - 14 cazuri (46,6%), colesterolul – 14 cazuri (46,6%), trigliceride – 19 cazuri (63,3%), acidul uric – 21 cazuri (70%), creatinina – 14 cazuri (46,6%), hemograma – 14 cazuri (46,6%), urograma - 15 cazuri (50%) și ECG – 19 (63,3%). *Suma estimativă a serviciilor neprestate constituie - 4352,00 lei*

Suma estimativă a tuturor serviciilor medicale neprestate (conform tarifelor aprobate prin Anexa nr.3 la HG 1020/2011) *constituie - 12 154,00 lei.*

Evaluarea acordării Serviciilor medicale de înaltă performanță/SÎP

Instituția dispune de informația unor prestatori, privind serviciile garantate pentru pacienții din ambulator conform contractelor încheiate între CNAM și instituțiile medico-sanitare, prestatoare de SÎP, (CMD „Modus Vivendi” SRL ,CRDM), dar nu dispune de cotă parte de astfel de servicii.

Pentru perioada evaluată Prestatorul a eliberat bilete de trimitere (F 027/e) la persoanele asigurate pentru efectuarea a 735 de SÎP-uri, solicitate și prezentate au fost 58 fișe medicale de ambulator a pacienților, care pe parcursul anului 2022 au beneficiat de trimiteri la SÎP. În fișele selectate a fost apreciată corectitudinea selectării și trimiterii pacienților pentru SÎP și argumentarea efectuării acestor investigații în conformitate cu prevederile Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În rezultatul evaluării s-a constatat argumentarea și necesitatea efectuării investigațiilor.

Evaluarea acordării serviciilor medicale de înaltă performanță de către Prestator a fost efectuată prin prisma prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin HG nr.1387 din 10.12.2007 (PU) și a Normelor metodologice de aplicare a PU, aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.2016 (NM), precum și Contractului.

Astfel, conform clauzelor contractuale pentru anul 2022 au fost contractate 26 poziții de servicii de înaltă performanță, din ele fiind realizate doar 5 poziții (19,23%) în sumă totală de 105 000,00 lei.

Pentru stabilirea veridicității dărilor de seamă prezentate la CNAM și corectitudinii completării documentației medicale au fost supuse evaluării lista serviciilor contractate cu CNAM și Darea de seamă (Formular nr.1-21/d) al persoanelor asigurate, care au beneficiat de servicii medicale de înaltă performanță și formularele trimitere-extras a pacienților la investigații performante (F-027/e). În rezultatul evaluării s-au constatat următoarele:

- Conform prevederilor pct.3.1 alin.21 al Contractului, datele incluse în Darea de seamă corespund datelor înregistrate în Registrele persoanelor asigurate ce au beneficiat de servicii medicale de înaltă performanță (F nr.1-19/r), divergențe nu s-au constatat.

- Biletele de trimitere (F-027/e) au fost arhivate pe luni calendaristice, respectiv, verificarea corectitudinii reflectării în biletele de trimitere a tipurilor de investigații și cele prezentate în dările de seamă către plată, a fost efectuată pe întreg eșantionul de investigații. În rezultatul evaluării divergențe nu au fost constatate.

Evaluarea datelor de supraveghere a pacienților cu Diabet zaharat (DZ)

Conform datelor din raportul statistic Nr.12-săn la finele a.2022 se aflau la supraveghere - 297 pacienți cu DZ, inclusiv DZ tip 1 – 11 pacient (3,7%), 6 copii și 5 adulți și DZ tip 2 - 286

(96,3%) pacienți. La 52 (17,5%) pacienți din totalul de persoane cu DZ, se prescriu insuline, motivul prescrierii fiind forma insulinonecesitantă a DZ.

Conform datelor din raportul statistic Nr.32-săn pe parcursul anului 2022 au fost luate sub supraveghere 180 femei gravide, inclusiv - 143 (79,4%) cu vârsta sarcinii de până la 12 săptămâni.

În cadrul evaluării a fost verificată respectarea de către Prestator a prevederilor Ordinului MS nr.620 din 24.07.2017 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național "Diabetul zaharat necomplicat" și Standardului provizoriu de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator pe perioada pandemiei COVID-19 (Ordinul MSMPS nr.890 din 28.09.2020), conform căruia gravidele, urmau să realizeze screening-ul DZ la prima vizită antenatală (până la 12 săptămâni) conform criteriilor de diagnostic, prin efectuarea glicemiei bazale, pentru identificarea DZ nedagnosticat anterior și la 28 săptămâni de sarcină la gravidele cu factori de risc prin efectuarea testului oral de toleranță la glucoză. Concomitent, au fost evaluate 105 fișe ale gravidelor și lăuzelor (F nr.111/e) luate la evidență pe perioada anului 2022. În rezultatul evaluării, s-au constatat următoarele: toate gravidele evaluate au efectuat glicemia bazală, dar testul oral de toleranță la glucoză s-a efectuat la o gravidă, însă diagnosticul de diabet gestațional nu a fost stabilit.

Au fost evaluate 30 fișe medicale a pacienților cu diabet zaharat, care pe parcursul anului 2022 s-au prezentat la medicul de familie. În urma evaluării, s-a constatat, că pacienții nu au fost investigați conform prevederilor PCN și SMDT și anume, lipsește: analiza biochimică, proteina totală – în 29 cazuri (96,6%), glicemia – în 19 cazuri (63,3%), trigliceride – în 23 cazuri (76,6%), colesterolul – în 11 cazuri (36,6%), ALT și AST – în 15 cazuri (50%), ureea – în 15 cazuri (50%), creatinina – în 15 cazuri (50%), hemograma – în 12 cazuri (40%), urograma – în 15 cazuri (50%) și ECG – 23 cazuri (76,6%), hemoglobina glicozilată – 18 cazuri (60%). Consultația medicului oftalmolog lipsește în 19 cazuri (63,3%) și consultația neurologului în 21 cazuri (70%). *Suma estimativă a serviciilor neprestate constituie – 10 343,00 lei.*

Argumentarea spitalizărilor programate

În cadrul evaluării a fost apreciată corectitudinea, argumentarea spitalizării, prezența investigațiilor necesare pentru spitalizări programate conform PCN și SMDT, precum și asigurarea tratamentului de susținere a pacienților după externarea din spital în conformitate cu prevederile Normelor metodologice de aplicare a PU al AOAM.

În Instituție este prezentă lista de așteptare pentru pacienții preconizați pentru spitalizare. Durata de așteptare pentru spitalizare diferă în funcție de patologie și profil și este de 2-4 săptămâni. Responsabili de programare pentru spitalizare sunt medicii de familie, care consultă pacientul pentru argumentarea spitalizării și efectuarea investigațiilor necesare. Conform registrului adaptat pentru spitalizări programate pe perioada anului 2022 au fost programați pentru spitalizare 69 pacienți.

Urmare a evaluării fișelor medicale de ambulator, s-a constatat că unii pacienți pe parcursul anului 2022 au fost spitalizați în mod programat în staționar cu bilet de trimitere de la medicul de familie, ***dar în fișa medicală nu a fost reflectată argumentarea spitalizării, inclusiv, lipsesc analizele de laborator înainte de spitalizare care ar confirma necesitatea spitalizării pacientului.*** Pacientul a fost programat pentru tratament și reabilitare la SCM Sf. Arhanghel Mihail. Episodul de tratament: 30.06-08.07.2022, d-cul, BCVC Encefalopatie discirculatorie mixtă. Sechele AVC hemoragic 2017. HTA gr. III. Anterior spitalizării pacientului nu i s-au efectuat investigațiile de laborator necesare și n-a beneficiat de tratament episodic în condiții de ambulator cu medicamente compensate. Lipsește argumentarea necesității programării pentru tratament spitalicesc. Ulterior după externare pacientul nu este monitorizat de medicul de familie. Următoarea examinare a medicului de familie este peste 4 luni cu prescrierea medicamentelor compensate. Pacientul a fost programat pentru tratament s. neurologie la SCM Sf. Arhanghel Mihail. Episodul de tratament: 20.10-28.10.2022, d-cul, BCV Encefalopatie aterosclerotică hipertensivă cronică cu S-m vestibular. În

fișa medicală lipsesc înscrierile medicului de familie referitor la programarea pacientului pentru tratament spitalicesc. Pacientului nu i s-a recomandat tratament episodic în condiții de ambulator cu medicamente compensate. Anterior spitalizării pacientul nu-i examinat de medicul de familie, în decurs de 3 luni, lipsesc înscrierile în fișa medicală. Pacienta a fost programată pentru tratament și reabilitare la SCM Sf. Arhanghel Mihail. Episodul de tratament: 12.09-22.09.2022, d-cul, Boală cerebro - vasculară. În fișa medicală lipsește argumentarea necesității programării pentru tratament spitalicesc. Pacienta nu este investigată conform cerințelor. Caz episodic de tratament cu medicamente compensate nu s-a recomandat. La externarea din staționar sa prescris de efectuat ulterior Eco Doppler la vasele cervico –cerebrale care nu s-a efectuat. Monitorizarea de către medicul de familie a pacientului după externare absentează. Anterior în luna februarie cu același diagnostic pacienta nefiind investigată se programează pentru spitalizare. În fișa medicală sunt doar inscripțiile „Se programează pentru tratament spitalicesc” în lipsa argumentării necesității tratamentului spitalicesc.

Suma cazurilor spitalizate programat neargumentat - 24 758,77 lei.(2 cazuri reabilitare, 1 caz program general)

Concomitent menționăm că la externarea pacientului din staționar, starea sănătății de către medicul de familie nu este evaluată, nu se întreprind măsurile recomandate de staționar, astfel starea sănătății pacientului nefiind monitorizată și menținută, ceea ce duce la noi acutizări, spitalizări și cheltuieli neargumentate.

În contextul celor anterior menționate, constatăm nerespectarea și a prevederilor Ordinului MS și CNAM nr.727/494-A din 21.09.2016 „Despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului episodic în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri, cu medicamente compensate din FAOAM a unor maladii frecvent întâlnite în practica medicului de familie”, deoarece *medicul de familie emițând biletul de trimitere în staționar nu a întreprins toate măsurile la nivel de ambulator pentru a rezolva problemele pacientului, nu a inițiat tratament episodic cu medicamente compensate conform schemelor de tratament în condiții de AMP.*

Evaluarea supravegherii copilului sănătos de la naștere până la 12 luni

Pentru evaluarea supravegherii copilului sănătos de la naștere până la 12 luni conform prevederilor Ordinului MSMPS nr.964 din 02.09.2019 „Cu privire la aprobarea Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copilului în condiții de ambulator”, au fost evaluate Carnetele de dezvoltare a copilului (F nr.112/e).

Evaluarea a 19 fișe medicale a copiilor care au împlinit vârsta de 1 an în anul 2022 a scos în evidență că, *supravegherea dezvoltării copilului sănătos până la 12 luni este efectuată cu deficiențe:*

În Carnetele de dezvoltare a copilului lipsesc examenele profilactice la medicul de familie în instituția medicală. Noi-născuții nu sunt supravegheați la domiciliu în toate cazurile de către asistenta medicală /medic de familie, prin efectuarea vizitelor la domiciliu la 3 zile după naștere cum ar fi: B. T. 25.01.2021, S.R.02.0102021, B.B.13.04.2021, T.I.05.10.2021 sau în instituția medicală în termenii stabiliți de Standard, cu înregistrarea datelor în fișa copilului despre problemele de sănătate și situațiile de risc identificate.

✓ În Carnetele de dezvoltare a copilului în multiple cazuri la compartimentul *Antropometrie* nu sunt apreciate și specificate valorile ce țin de: raport Greutate/Talie (B. T. 25.01.2021, B.C.06.07.2021, G.S.02.01.2021, S.X.05.06.2021, P.M.18.10.2021, S.R.02.01.2021, B.B.07.05.2021. Lipsește concluzia stării nutriționale.

✓ Se atestă lipsa bilanțului la vârsta de 6 și 12 luni (S.R.02.01.2021, B.B.07.05.2021, B.B.13.04.2021, T.I.05.10.2021). Uneori, bilanțul de sănătate al copilului este efectuat parțial fără concluziile specialiștilor, interpretarea examenului paraclinic și planul de supraveghere ulterioară.

➤ Lipsesc consultațiile medicilor ortoped, oftalmolog, neurolog, ORL, stomatolog fiind prezentă doar consultația medicului pediatru, (S.X. 05.06.2021, S.R.02.01.2021, B.B.

➤ În unele cazuri, lipsește analiza generală a sângelui și urinei pe parcursul întregului an:

✓ Conform Standardului prenotat, la vârsta de 11-12 luni se recomandă obligator tuturor copiilor realizarea examenului ecografic complex (organele cavității abdominale+organele sistemului urogenital). Examenul ecografic complex nu s-a recomandat și efectuat copiilor la 11-12 luni după cum urmează:

Suma estimativă a serviciilor neprestate – 9 882,00 lei. (16 USG, 8 hemograme, 18 urograme, lipsa examinării specialiștilor- 65).

Evaluarea calității serviciilor medicale prin prisma accesului tuturor persoanelor eligibile la medicamente compensate. Corectitudinea prescrierii medicamentelor compensate inclusiv, pentru tratamentul episodic în cadrul AMP

Procesul de prescriere a medicamentelor compensate din fondurile AOAM a fost reglementat de prevederile Hotărârii Guvernului nr.106 din 23.02.2022 „Cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie”, Ordinului comun al MS și CNAM nr.492/139-A din 22.04.2013 „Cu privire la medicamentele compensate din FAOAM”, Ordinului 605/133-A din 21.06.2022 „Cu privire la medicamente și dispozitive compensate din FAOAM” și Ordinului MS și CNAM nr.727/494-A din 21.09.2016 „Despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului episodic în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, cu medicamente compensate din FAOAM a unor maladii frecvent întâlnite în practica medicului de familie” (Regulament).

Instituția este asigurată cu formulare de rețete compensate, de model aprobat. fiind desemnată persoană responsabilă de păstrarea, distribuirea și evidența formularelor de rețete pentru medicamentele compensate. Potrivit datelor sistemului informațional „Medicamente compensate” (SI MC) în perioada ianuarie – decembrie 2022, din farmaciile contractate de CNAM, au fost prescrise și achitate de CNAM 10992 rețete, în sumă de 1916058,65 lei, eliberate de către medicii de familie.

Urmare a evaluării datelor din SI, pentru evaluarea corectitudinii prescrierii medicamentelor compensate în anul 2022, a fost selectat un lot de fișe medicale de ambulator, carnete de dezvoltare a copilului, fișe personale ale gravidei și lăuzei și s-a constatat:

✓ Contrar prevederilor pct.16 a Hotărârii Guvernului nr.106/2022, sunt prescrise medicamente care depășesc necesarul pentru maxim 3 luni de tratament.

✓ Contrar pct.24 a Regulamentului sunt prezente cazuri când medicul de familie nu înregistrează în fișa medicală de ambulator a pacientului doza medicamentului, cantitatea, evoluția maladiei în dinamică și/sau evoluția parametrilor clinico-paraclinici după caz și rezultatele tratamentului.

✓ Contrar pct.26 din același Regulament, la inițierea tratamentului episodic, lipsește Acordul informat (aprobat Ordinul MS nr.303 din 06.05.2010) „Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat”.

✓ Contrar pct.28 din Regulament, se atestă cazuri de nerespectare a prevederilor PCN/SMDT cu lipsa argumentării prescrierii medicamentelor compensate.

✓ Contrar pct.29 din Regulament, la finalizarea tratamentului episodic, în caz de necesitate medicul de familie nu recomandă pacientului în continuare tratament de susținere în condiții de ambulator.

Suma totală nevalidată pentru prescrierea neargumentată/neregulamentară a medicamentelor compensate constituie 69 540,26 lei, pentru 231 rețete (datele prezentate în Tabel nr.1 Anexa la Raport).

Concomitent, s-a constatat faptul că Prestatorul a încălcat prevederile Standardului de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator pe perioada pandemiei COVID-19, aprobat prin Ordinul MSMPS nr.890 din 28.09.2020, prin neîntreprinderea măsurilor necesare pentru acordarea asistenței medicale calificate și de calitate, **nu a asigurat prescrierea rețetelor pentru medicamente compensate, necesare pentru profilaxia și tratamentul anemiilor la femei gravide și profilaxia malformațiilor (administrarea acidului folic (2,8 mg) și preparatelor de fier (120 mg fier elementar) – o dată pe săptămână pe tot parcursul sarcinii) la 71 gravide.** Totodată, menționăm faptul, că la un număr semnificativ de gravide aflate la supraveghere pe parcursul sarcinii de către medicii de familie a fost prescris preparatul Elevit cu procurarea acestuia, ignorând prescrierea Acidului Folic în conformitate Orinul prenotat.

Suma estimativă pentru medicamente compensate neprescrise, necesare pentru profilaxia și tratamentul anemiilor și profilaxia malformațiilor la gravide constituie 2 675,38 lei, pentru 121 rețete. (datele prezentate în Tabel nr.2 Anexa la Raport).

Raportul a fost întocmit în 2 exemplare pe file.

Specialist coordonator DEM

Medic coordonatoare DEM

Medic coordonatoare DEM

Cu prezentul Raport a luat cunoștință:

Administrator „All Clinic” SRL

Un exemplar a fost primit _____ data _____