

COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
DIRECȚIA EVALUARE ȘI MONITORIZARE

MD-2012, mun.Chișinău, str.Vlaicu Pârcălab, 46; tel. 022 780 197; 022 780 198

27 aprilie 2023

Raport de evaluare nr.10-07/56

Denumirea entității evaluate: **IMSP Centrul de Sănătate Pepeni, raionul Sîngerei**

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 alocate din FAOAM 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);
6. evaluarea volumului serviciilor medicale prestate persoanelor refugiate din Ucraina și a cheltuielilor aferente.

Perioada evaluată: anul 2022, cu unele aspecte la zi

Reprezentanții CNAM:

- medic coordonator, Direcția evaluare și monitorizare (DEM);
- specialistă coordonatoare, DEM.

Perioada evaluării: **18–21.04.2023**

Supervizat:

Șefă adjunctă Direcția evaluare și monitorizare

Șefă adjunctă Direcția evaluare și monitorizare

În baza Ordinului Directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare – CNAM) nr.94-A din 13.04.2023, de către echipa de evaluare a CNAM a fost efectuată evaluarea tematică planificată la IMSP Centrul de Sănătate Pepeni, raionul Sîngerei (în continuare – Prestator, Instituție) 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 directorului general al CNAM nr.18-A din 25.01.2023, în prezența șefului IMSP Centrul de Sănătate Pepeni – și contabil – .

Pentru efectuarea evaluării au fost examinate următoarele documente:

1. Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.05-08/122 din 31.12.2021 și acordurile adiționale la Contract (în continuare – Contract).
2. Devizul de venituri și cheltuieli (business-planul).
3. Darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) F nr.1-16/d pentru anul 2022.
4. Documentele bancare (ordine de plată, extrase bancare).
5. Dărilor de seamă privind decontarea medicamentelor și consumabilelor.
6. Documente primare și centralizatoare din evidență contabilă.
7. Contracte de achiziții cu furnizorii.
8. Fișele medicale de ambulator a pacienților (F nr.025/e), fișele personale ale gravidelor și lăuzelor (F nr.111/e), carnetele de dezvoltare a copilului (F nr.112/e).
9. Dărilor de seamă despre volumul acordat pe toate tipurile de asistență medicală contractată pentru perioada nominalizată.

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

Date generale

IMSP CS Pepeni a fost fondată în baza deciziei Consiliului Raional Sîngerei nr. 4/10 din 02.08.2012 și înregistrată în Registrul unităților de drept la Camera Înregistrării de Stat de pe lângă Ministerul Dezvoltării Informaționale al RM la 05.10.2012 sub nr. MD .

Adresa juridică: s. Pepeni, r-nul Sîngerei; IDNO ;

Banca: Ministerul Finanțelor – Trezoreria de Stat;

c/IBAN:

1) – AMP;

2) – ÎMD.

La momentul evaluării, Instituția deține Certificat de Acreditare nr. din 26.11.2018, valabil 5 ani, Autorizații sanitare (nr. din 28.10.2022 pentru CS Pepeni; nr. din 14.11.2018 pentru OMF Bălășești și nr. din 14.11.2018 pentru OS Sloveanca) valabile 5 ani.

Scopul principal al Instituției este protecția sănătății populației prin dezvoltarea și fortificarea continuă a medicinei de familie cu accentuarea prioritară pe măsurile de prevenire a maladiilor.

Accesibilitatea la informație despre serviciile prestate este asigurată prin intermediul panourilor de informații, unde sunt afișate prevederile PU și Normelor metodologice de aplicare a acestuia, drepturile și obligațiile pacienților, numerele telefoanelor CNAM, MS, administrației Instituției, programul de activitate a Instituției.

Executarea cerințelor Dispoziției pe marginea evaluării precedente

Echipa de evaluare a verificat nivelul executării Dispoziției CNAM nr.41-d din 20.02.2018, emisă conform constatărilor expuse în Actul de evaluare nr.06/11-10/N din 12.02.2018. Mijloacele financiare dezafectate în sumă de **7 404,00 lei** și penalitatea în sumă de **554,90 lei** au fost transferate

de către Instituție (ordinul de plată nr.59 din 28.02.2018), astfel fiind integral restituite mijloacele financiare stipulate în Dispoziția vizată (*Anexa nr.1*).

BLOCUL ECONOMIC

Respectarea prevederilor contractului și evaluarea gestionării mijloacelor provenite din FAOAM

Reieșind din activitățile IMSP CS Pepeni (în continuare – Prestator, Instituție), 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 (în continuare – FAOAM), obținute în baza contractului bilateral încheiat între Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM) și Prestator, în procesul prestării serviciilor medicale persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (SAOAM) conform prevederilor contractuale.

Acțiunea de evaluare a fost efectuată utilizând procedee și tehnici, cum ar fi studiul general prealabil, analiza selectivă documentar-contabilă, control faptic, analiza activității economico-financiară în stabilirea utilizării mijloacelor financiare bazate pe principiul economie, eficiență și eficacitate, conform destinațiilor prevăzute pentru realizarea contractului, precum și legalității operațiunilor efectuate.

În perioada anului 2022, relațiile dintre Prestator și CNAM au fost reglementate prin Contractul bilateral de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.05–08/122 din 31.12.2021 cu modificările operate prin 3 Acorduri adiționale, în sumă totală de **5 360 800,37 lei**, inclusiv:

- **asistența medicală primară – 5 306 460,37 lei;**
- **îngrijiri medicale la domiciliu – 54 340,00 lei.**

Obiectul contractului a constituit prestarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale primare, în corespundere cu volumul și calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Normele metodologice de aplicare a acestuia.

Conform Dării de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business - plan), Formularul nr.1-16/d la tipul **asistența medicală primară** la situația 01.01.2022, soldul mijloacelor bănești a constituit 311 246,66 lei. În perioada anului 2022 Prestatorul a încasat mijloace financiare pentru acordarea serviciilor de asistență medicală în sumă totală de 5 273 545,20 lei (inclusiv 54 824,03 lei creanțele CNAM), cheltuielile de casă au fost executate în sumă totală de 5 393 534,46 lei. Soldul de mijloace bănești la 31.12.2022 alcătuia 191 257,40 lei.

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 AOAM au fost utilizați pentru cheltuieli de personal, procurarea medicamentelor și dispozitivelor medicale, precum și alte cheltuieli cum ar fi: perfecționarea cadrelor, cheltuieli de regie, procurarea serviciilor medicale, etc.

Cheltuielile efective în anul 2022 au constituit suma de 5 453 497,19 lei. Analiza cheltuielilor efective pe compartimente de cheltuieli relevă că, ponderea majoră revine cheltuielilor atribuite la compartimentul cheltuieli de personal (inclusiv retribuirea muncii, contribuții de asigurări sociale și primele de asigurări obligatorii de asistență medicală) care constituie 79,99 % sau 4 362 076,53 lei, urmate de cheltuielile atribuite la compartimentul alte cheltuieli cu o pondere de 18,66 % sau 1 017 958,85 lei, cheltuielilor pentru medicamente și dispozitive medicale le-a revenit o cotă de 1,35 % sau 73 461,81 lei din totalul cheltuielilor efective.

La tipul **îngrijiri medicale la domiciliu** la situația 01.01.2022 soldul mijloacelor bănești a constituit 8 014,11 lei. Conform prevederilor contractuale Prestatorul în perioada anului 2022 a încasat mijloace financiare de la CNAM în sumă de 51 756,15 lei, cheltuielile de casă au fost executate în sumă totală de 46 148,30 lei, iar soldul de mijloace bănești la data de 31.12.2022 a constituit suma de 13 621,96 lei, cheltuielile efective au constituit suma de 46 148,30 lei.

Evaluarea cheltuielilor pentru retribuirea muncii

Evaluarea compartimentului retribuirea muncii a constatat că pentru desfășurarea activității instituției în cadrul asistenței medicale primare în anul 2022 au fost planificate și aprobate 35,75 unități personal. După structură statele de personal sunt structurate după cum urmează: 1,0 unitate personal de conducere, 5,0 unități medic, 22,25 unități personal medical mediu, 3,5 unități personal medical inferior și 4,0 unități alt personal. Statele de personal a instituției pentru anul 2022 au fost aprobate de către Fondator, prin Decizia nr.1/4 din 31.03.2022.

Pentru ocuparea statelor de funcții în 2022 în cadrul asistenței medicale primare au activat 32 persoane fizice. Pe categorii de personal, salariul mediu a constituit: personal de conducere – 21 356,01 lei, medici – 15 050,02 lei, personal medical mediu – 8 369,93 lei, personal medical inferior – 4 549,36 lei, alt personal – 5 140,74 lei.

Potrivit devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) pentru anul 2022, la capitolul "Cheltuieli de personal" au fost planificate mijloace financiare în sumă de 4 386 534,64 lei, cheltuielile efective la compartimentul dat au constituit suma de 4 362 076,53 lei, sau 99,44 % din suma precizată.

Evaluarea compartimentului remunerarea muncii a constatat că, cu derogare de la prevederile pct.9 al Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul AOAM, Anexa nr.1 la Hotărârea Guvernului nr.837 din 06 iulie 2016, registratorului medical i s-a stabilit eronat salariul de funcție, respectiv **a fost calculat și achitat neîntemeiat plăți salariale pentru anul 2022, cu o depășire a cuantumului prevăzut, în mărime totală de 22 208,52 lei**, inclusiv 4 298,42 lei contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii. (Anexa nr.2)

Legalitatea cheltuielilor suportate pentru medicamente, articole parafarmaceutice și consumabile utilizate în procesul prestării serviciilor medicale în cadrul AOAM

Evaluarea acestui compartiment a constat în studierea procesului de asigurare cu medicamente, dispozitive medicale și utilizarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală destinate acoperirii cheltuielilor respective.

Conform business - planului pentru perioada anului 2022 din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, la tipul „**Asistența medicală primară**” au fost planificate cheltuieli pentru medicamente și dispozitive medicale pentru prestarea serviciilor medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, în sumă totală de 73 471,13 lei, acestea fiind destinate pentru prestarea serviciilor în cadrul asistenței medicale primare.

Cheltuielile efective de medicamente și dispozitive medicale în anul 2022 au constituit 73 461,81 lei, astfel nivelul planificat fiind executat în proporție de 99,99 %.

Potrivit datelor evidenței contabile la situația 01.01.2022, stocul de medicamente a constituit 12 304,67 lei, iar la data de 31.12.2022 a constituit 12 306,90 lei.

Cheltuielile efective de medicamente la tipul „**Îngrijiri medicale la domiciliu**” au constituit suma de 5 641,71 lei. În anul 2022 au fost efectuate 1246 vizite de îngrijiri medicale la domiciliu, iar în mediu pentru o vizită cheltuielile efective la medicamente au constituit – 4,52 lei (5 641,71 lei: 1246 vizite).

În cadrul evaluării a fost efectuată o verificare selectivă a registrelor de efectuare a procedurilor și dările de seamă lunare privind consumul de consumabile. Ca rezultat s-a stabilit că, în perioada evaluată, pacienții care urmau să beneficieze de consumabile (spre ex: *seringi*) au fost privați de acest drept. Prin contrapunerea datelor din evidența contabilă și registru de efectuare a procedurilor în anul 2022 s-a stabilit că, au fost procurate de pacienți **2 700 seringi** (15 500 seringi administrate conform registrelor; 12 800 seringi - decontate în evidența contabilă), valoarea acestora reieșind din prețul de achiziție (0,61 lei) a constituit **1 647,00 lei**, astfel, fiind limitat accesul populației la servicii medicale în volumul și calitatea prevăzută în Programul unic. (Anexa nr.3)

Respectiv, s-a constatat că Prestatorul nu a respectat prevederile pct.6 din anexa nr.1 la Ordinul comun al MS și CNAM 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. 40 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.

La data de 19.04.2023, a fost evaluată asigurarea și dotarea truselor medicale a medicilor de familie din cadrul CS Pepeni cu medicamente, consumabile și dispozitive medicale în conformitate cu Anexa nr. 1, sec. 16, pct. 121 din Ordinul MS nr. 695 din 13.10.2010 „cu privire la asistența medicală primară din RM”, în rezultatul căruia s-a constatat: cele 4 truse ale medicilor de familie evaluate sunt completate cu medicamentele prevăzute de Ordinul nominalizat.

Corectitudinea reflectării cheltuielilor la articolul „alte cheltuieli”

Conform business - planului au fost preconizate cheltuieli la compartimentul alte cheltuieli în sumă totală de 865 741,38 lei. Cheltuielile efective la compartimentul alte cheltuieli au fost executate în sumă de 1 017 958,85 lei, sau în proporție 117,58 la sută față de planul precizat.

Compartimentul menționat este constituit din cheltuieli pentru energie electrică, gaze naturale, combustibil, procurarea imobilizărilor necorporale, mijloacelor fixe, procurarea serviciilor medicale paraclinice și alte cheltuieli.

Evaluarea selectivă a compartimentului vizat a constatat încălcarea prevederilor art. 14 (5) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585 XIII din 27.02.1998 și prevederilor pct. 3.1 alin.22, alin.24 al Contractului de acordare a asistenței medicale nr. 05-08/122 din 31.12.2021, fiind utilizate în alte scopuri decât îndeplinirea Programului unic mijloacele FAOAM în sumă totală de **25 531,73 lei**, inclusiv:

24 200,00 lei – cheltuieli pentru achitarea studiilor de master șefului IMSP CS Pepeni (ordinul de plată nr.219 din 05.10.2022);

1 331,73 lei - plata pentru serviciile responsabilului tehnic, angajat pentru supravegherea reparațiilor capitale efectuate din alte surse (ordinul de plată nr.218 din 29.09.2022). (*Anexa nr.4*)

Pentru achiziționarea serviciilor paraclinice Prestatorul a încheiat contracte de procurare a serviciilor cu 4 instituții medicale inclusiv: IMSP SR Sîngerei, IMSP CS Sîngerei, SRL Imunotehnomed și Agenția Națională de Sănătate Publică. Pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice specificate în Anexa nr.4 la Programul unic prestate de alți prestatori la trimiterea medicului de familie pentru anul 2022 au fost planificate mijloace financiare din FAOAM, în sumă totală de 246 451,51 lei, efectiv au fost efectuate cheltuieli în sumă de 244 150,00 lei, respectiv nefiind **valorificate mijloace financiare în sumă de 2 301,51 lei**, ceea ce contravine 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 încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr.29/21 din 22.01.2021.

În urma evaluării s-a stabilit că, Prestatorul 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 (*în continuare - Norme Metodologice*) **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 pentru energia electrică în anul 2022, pentru cabinetul stomatologic care arendează spațiu din incinta CS Pepeni **în sumă de 4 418,38 lei**, contrar prevederilor pct.3.1 alin.22, alin.24 al Contractului de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, ca rezultat fiind dezafectate mijloace FAOAM. (*Anexa nr.5*)

Deficiențele identificate în cadrul evaluării denotă faptul că, în cadrul Instituției nu este constituit un sistem de măsuri menite să asigure la un nivel adecvat gestionarea eficientă a mijloacelor financiare provenite din FAOAM în procesul de prestare a asistenței medicale primare.

Analiza datoriilor și creanțelor

Analiza **datoriilor și creanțelor** pe compartimentele de cheltuieli a constatat că, la situația 01.01.2023, conform dării de seamă F1-16/d datoriile din contul FAOAM au constituit suma de 19 971,76 lei la articolul „Alte cheltuieli”.

Totodată, ținând cont de datoriile înregistrate la finele anului de gestiune (19 971,76 lei), soldul de mijloace bănești în cont (204 879,36 lei) și creanțele CNAM în sumă de 89 452,34 lei, conchidem faptul că, Instituția dispune de mijloace financiare pentru acoperirea datoriilor.

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 până la 5 ani	355
De la 5 până la 50 ani	4942
De la 50 ani și peste	2319
TOTAL	7616

Cota persoanelor asigurate constituia 64,4% (sau 4908 persoane).

*Instituția este dotată cu tehnică, conectată la rețeaua internet, care oferă personalului medical acces la toate actele legislative și normative din domeniu. Concomitent, a fost evaluat procesul de utilizare a SIA AMP. S-a constatat că, contrar cerințelor Ordinului MSMPS din RM nr.1499 din 14.12.2018 „Cu privire la utilizarea Sistemului Informațional Automatizat Asistență Medicală Primară în cadrul Prestatorilor de servicii medicale din Republica Moldova, care prestează servicii medicale de asistență medicală primară precum și asistența medicală specializată de ambulator” pe perioada anului 2022 **Prestatorul nu a utilizat în totalitate soft-ul SIA AMP. Reieșind din cele expuse, personalul medical necesită instruire privind metodele de utilizare a SIA AMP.***

În cadrul Prestatorului activează 2 Oficii a medicilor de familie (CS Pepeni și OMF Bălășești) și 1 Oficiu de sănătate (OS Sloveanca). La moment în Instituție activează 3 medici de familie și 21 asistente medicale ale medicului de familie.

Activitatea echipei medicului de familie este organizată atât în bază de programare telefonică, cât și la adresare directă. În listele de primire sunt prezente spații pentru cazuri de urgență.

Conform Formularului statistic nr.30-săn, numărul total de vizite la medicii de familie în oficiu pe perioada anului 2022 a constituit – 22858, inclusiv persoane asigurate – 21926 (95,9%), copii – 5669; vizite profilactice total – 7821, inclusiv la copii – 2886 vizite profilactice. Total vizite pe parcursul anului la domiciliu – 1246, la persoane asigurate – 1152, inclusiv la copii – 210. Vizite la domiciliu cu scop profilactic – 124, inclusiv la copii – 108. Media vizitelor pe parcursul anului la 1 persoană înregistrată la medicul de familie – 3,17 vizite.

Din afirmațiile administrației, Registrul de înregistrare a solicitărilor medicului la domiciliu (Formular nr.031/e) se completează pe suport de hârtie. În urma evaluării aleatorii a 20 fișe medicale a pacienților care au solicitat consultația medicului de familie la domiciliu, la data respectivă în fișele medicale sunt prezente inscripțiile medicului de familie despre starea sănătății pacientului, inclusiv recomandări de tratament.

Urmare a evaluării documentației medicale prezentate s-a constatat că unele fișe medicale de ambulator a pacienților necesită renovare, în cele renovate, lipsește extrasul fișei precedente, foaia diagnosticului precizat și foaia controlului profilactic sunt necomplete, iar unele parțial completate. Descrierile medicului de familie sunt succinte și neinformativ, în mai multe cazuri medicul se limitează doar la prescrierea medicamentelor compensate, recomandări și indicații pentru efectuarea

unor analize de laborator, sau examinări instrumentale, fără a lua careva decizii ca urmare a investigațiilor efectuate.

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 7616 persoane, din ei, conform datelor gestionate de Prestator 1670 persoane înregistrate la medicul de familie , 798 – la m/familie , 1724 – la m/familie , 1966 – la m/familie , **suspendată din funcție din 19.11.2019** și 1442 – la m/familie , **demisionată din funcție din 27.11.2022**. Careva explicații argumentate referitor la situația creată administrația Prestatorului nu a prezentat.

Înregistrarea populației în Instituție s-a efectuat cu unele abateri de la 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). Potrivit pct. 21 din Regulamentul menționat, drept temei pentru confirmarea înregistrării la medicul de familie pentru Instituție servește 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.

Contrar pct. 2 alin.2) din Ordinul menționat, gestionarea bazei de date/SI a persoanelor înregistrate la medicii de familie se asigură de către persoana responsabilă – asistenta medicală , în lipsa ordinului intern al instituției privind atribuirea acestei funcției de înregistrarea populației la medicul de familie.

Evaluarea corectitudinii înregistrării pacienților la medicii de familie din cadrul Prestatorului a constatat că, contrar prevederilor pct. 10 și 11 din Regulamentul menționat, **Prestatorul nu a asigurat reînregistrarea populației de la medicul suspendat din funcție (....) și cel demisionat (.....) la medicii care activează în cadrul Instituției.**

Concomitent, se constată micșorarea normativului de populație pentru o practică a medicului de familie din localitate rurală în cazul medicului (798 persoane), stabilit în conformitate cu Normativele de personal medical pentru asistența medicală primară, aprobate prin Ordinul MS al RM nr.695 din 13.10.2010 cu modificările și completările ulterioare, care reglementează că, o practică a medicului de familie trebuie încadrată în limita minimă de 1200 de persoane și cea maximă de 2200 de persoane.

În procesul evaluării Listelor de capitație a medicilor de familie pentru anul 2022 și contrapunerii selective a cererilor cu Registrul electronic, n-au fost depistate dublări de înregistrare.

Evaluarea realizării examenului profilactic a populației

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

Examenul profilactic a populației se realizează prin cabinetul de triaj, care este dotat cu dispozitive și aparataj prevăzut pentru efectuarea examinărilor medicale profilactice ale pacienților, unde activează asistentele medicale, care efectuează măsurările de bază prevăzute: examinarea pielii, cavității bucale, ganglionilor limfatici, glandei tiroide, glandelor mamare, măsurarea temperaturii corpului, măsurarea TA, efectuarea ECG, efectuarea antropometriei la adulți și recomandarea efectuării unor examinări medicale profilactice.

S-a constatat, că datele din raportul statistic referitor la realizarea examinărilor profilactice ale populației nu au fost confirmate prin Registrul de evidență a acestora și lipsa înregistrărilor examinărilor respective în fișa medicală de ambulator (F 025/e) a pacienților.

Datele aferente situației constatate sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Denumirea serviciului	Plan	Realizat	Cota	Depistați
-----------------------	------	----------	------	-----------

				suspecți la maladie
Antropometria (masa corporală, înălțimea), aprecierea IMC (persoane peste 18 ani)	5970	4509	76%	15
Măsurarea tensiunii arteriale (persoane peste 18 ani)	5970	4509	76%	109
Colesterolul seric (persoane peste 40 ani)	3163	2517	80%	118
Glicemia (persoane peste 40 ani și gr. de risc)	3658	2828	77,3%	30
Examinarea pielii, cavității bucale, ganglionilor limfatici, glandei tiroide, glandelor mamare (persoane peste 18 ani)	5970	4509	76%	5
Test Babeș-Papanicolau (femei de la 25 pînă la 61 ani)	569	495	87%	–
Colonoscopia (grupul de risc)	65	10	15,4%	2
Hemoculttest (persoane 45-70 ani)	1008	925	91,8%	10
Reacția de microprecipitare RMP (grupul de risc)	251	232	92,4%	2
Tonometrie oculară (persoane peste 40 ani)	1806	1426	79%	16
R-grafia pulm. standard (convențională sau digitală) (grupul de risc)	366	347	94,8%	–
Examinarea sputei la BAAR (la pacienții simptomatici cu maladii ale aparatului respirator)	20	20	100%	–

În perioada anului 2022, conform datelor din Raportul statistic nr.12-săn, au fost luați la evidență în total cu boală hipertensivă 177 pacienți, dar conform datelor prezentate mai sus (măsurarea tensiunii arteriale), au fost depistați cu cifre mărite a valorilor tensionale doar 109 pacienți.

Menționăm, prezentarea datelor eronate în Raport referitor la planificarea efectuării colesterolului seric, și anume, în raportul statistic nr. 30-săn fiind indicată cifra de 3163, dar conform datelor referitor la numărul total de populație pe perioada anului 2022 nr. total de populație peste 40 ani a constituit – 3398, colesterolul seric se planifică a fi efectuat la persoane peste 40 ani odată/an, respectiv cifra urma sa fie de 3398, dar nu 3163 raportată.

Astfel, concluzionăm faptul că, unele date (măsurarea tensiunii arteriale, determinarea colesterolului seric) din Raportul statistic nr.30-săn nu sunt veridice. Respectiv, examenul profilactic al populației în cadrul Prestatorului se planifică/realizează cu abateri, inclusiv:

- în procesul de organizare a examinării medicale profilactice a populației nu se respectă prevederile actelor normative care reglementează acest segment;
- nu este asigurată informarea și mobilizarea populației în vederea prezentării acesteia la medicul de familie pentru efectuarea examenului medical profilactic;
- nu se efectuează programarea persoanelor special pentru examen medical profilactic, din această cauză segmentul de populație care se prezintă pentru consultații și ulterior la analize nu are calitatea de eșantion reprezentativ;
- rezultatele examenelor efectuate nu se analizează, factorii de risc nu se identifică, nemaivorbind de întocmirea planurilor individuale de supraveghere în funcție de riscul determinat.

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

Conform prevederilor Anexei nr.4 la PU din cele 301 investigații clinice și paraclinice, în cadrul Instituției se efectuează 28 poziții (9,3%), au fost contractate cu alți prestatori de servicii medicale 70 poziții (23,3%), iar **203 poziții (67,4%) nu au fost contractate.**

Prestatorul dispune de laborator clinico-diagnostic, în cadrul căruia la indicația/recomandarea medicilor de familie este asigurată efectuarea setului necesar de investigații paraclinice. Pe parcursul perioadei supuse evaluării în laboratorul Instituției au fost efectuate – 54 753 analize de laborator, inclusiv: analize clinice generale – 16 188, hematologice – 21 370 și biochimice – 17 195.

Efectuarea serviciilor de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice în conformitate cu prevederile compartimentului III din Anexa nr. 4 la PU de către Prestator a fost realizat după cum

urmează: din numărul total de servicii (28) prevăzute, în cadrul Instituției se efectuează 5 poziții (17,9%), au fost contractate 2 (7,1%), iar **21 servicii sau 75% nu au fost contractate.**

Pe parcursul a.2022, conform datelor prezentate de persoanele responsabile din cadrul Prestatorului, au fost realizate 17 892 ședințe de fizioterapie (electroforeză, darsonvalizarea, magnetoterapia, raze ultraviolete și ultrasonoterapia).

Conform datelor raportate de către persoanele responsabile și documentele prezentate, realizarea investigațiilor proporțional numărului de populație înregistrate la medicul de familie, a fost în cotă joasă. Pentru anul 2022, Instituția a efectuat în total 4 479 de investigații paraclinice prevăzute în Anexa nr.4 la PU, prin contracte cu alți prestatori de servicii medicale și anume: investigații biochimice – 1 495; serologice și imunologice – 1 093; citologice – 523; microbiologice – 4; investigații ecografice – 397 și de radiodiagnostic – 967 servicii. *Raportate la numărul populației deservite în mediu, o persoană a beneficiat de 0,6 investigații.*

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 neîntreprinderea măsurilor necesare pentru acordarea asistenței medicale calificate și de calitate, exprimat prin neeliberarea biletelor de trimitere (*în sumă totală de 25 277,00 lei – sumă estimată conform tarifelor serviciilor medicale aprobate prin HG nr. 1020 din 29.12.2011*) 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-18 „Bronhopneumopatia obstructivă cronică”, aprobat prin Ordinul MSMPS nr. 334 din 30.03.2020; PCN „Ciroza hepatică compensată la adult”, aprobat prin Ordinul MS al RM nr.292 din 18.07.2008 cu modificările și completările ulterioare; PCN-23 „Hepatita cronică virală B cu sau fără antigen Delta la adult”, aprobat prin Ordinul MSMPS nr.663 din 12.07.2021; PCN-33 „Diabetul zaharat necomplicat”, aprobat prin Ordinul MS nr.620 din 24.07.2017 cu modificările ulterioare) și anume:

- conform datelor din raportul statistic nr.12-săn la finele a.2022 se aflau la supraveghere – 7 pacienți cu astm bronșic. Au fost evaluate 7 fișe medicale a pacienților cu astm bronșic, care pe parcursul anului 2022 s-au prezentat la medicul de familie. În urma evaluării, s-au constatat următoarele neajunsuri: lipsește pulsoximetrie – în 7 cazuri (sau 100%), spirografia și/sau pneumotahografia – în 7 cazuri (sau 100%), analiza generală a sângelui – în 2 cazuri (sau 29%), ECG – în 2 cazuri (sau 29%), examenul radiologic al cutiei toracice – în 4 cazuri (sau 57,2%), analiza generală al sputei – în 7 cazuri (sau 100%), analiza sputei la BAAR microscopie – în 7 cazuri (sau 100%) și examenul bacteriologic al sputei – în 7 cazuri (sau 100%);

- cu bronhopneumopatia obstructivă cronică la finele a.2022 se aflau la supraveghere – 86 pacienți. Au fost evaluate 32 fișe medicale a pacienților cu patologia menționată, care pe parcursul anului 2022 s-au prezentat la medicul de familie. În urma evaluării, s-au constatat următoarele neajunsuri: lipsește spirografia și/sau pneumotahografia – în 32 cazuri (sau 100%), analiza generală a sângelui – în 9 cazuri (sau 28%), examenul radiologic al cutiei toracice – în 9 cazuri (sau 28%), analiza generală al sputei – în 32 cazuri (sau 100%), analiza sputei la BAAR microscopie – în 32 cazuri (sau 100%) și examenul bacteriologic al sputei – în 32 cazuri (sau 100%);

- cu ciroza hepatică la finele a.2022 se aflau la supraveghere – 33 pacienți și, respectiv, cu hepatita cronică virală B – 13. Din 15 fișe evaluate cu ciroza hepatică se atestă lipsa examinărilor la: USG organelor abdominale – în 6 cazuri (sau 40%), examenul radiologic al cutiei toracice – în 6 cazuri (sau 40%), ECG – în 4 cazuri (sau 26,7%), alfa-fetoproteina – în 11 cazuri (sau 73,3%), indexul protrombinic – în 11 cazuri (sau 73,3%), trombocite – în 3 cazuri (sau 20%), bilirubina – în 3 cazuri (sau 20%), hemoleucograma – în 6 cazuri (sau 40%), ALT și AST – în 6 cazuri (sau 40%). Similar și în cazul hepatitei cronice virale B din 10 fișe evaluate lipsesc: USG organelor abdominale – în 6 cazuri (60%), examenul radiologic al cutiei toracice – 6 cazuri (60%), ECG – 3 cazuri (30%), urograma – 3 cazuri (30%), indexul protrombinic – 5 cazuri (50%), trombocitele – 4 cazuri (40%), bilirubina – 4 cazuri (40%), hemoleucograma – 4 cazuri (40%), ALT și AST – 4 cazuri (40%), markerii infecțioși la hepatite virale – în 4 cazuri (40%);

- cu diabet zaharat la finele a.2022 se aflau la supraveghere – 192 pacienți, inclusiv DZ tip 1 – 2 persoane (1,1%) și DZ tip 2 - 190 (98,9%) pacienți. La 41 (21,4%) pacienți din totalul de persoane cu DZ, se prescriu insuline injectabile, motivul prescrierii fiind forma insulinonecesitantă a DZ. Au fost evaluate 53 fișe medicale a pacienților cu patologia menționată, care pe parcursul anului 2022 s-au prezentat la medicul de familie. În urma evaluării, s-au constatat următoarele neajunsuri: lipsește analiza biochimică - proteina totală – în 28 cazuri (52,8%), trigliceride – în 20 cazuri (37,7%), colesterolul total – în 10 cazuri (18,9%), ALT, AST – în 12 cazuri (22,7%), ureea – în 14 cazuri (26,4%) și creatinina – în 13 cazuri (24,5%), hemograma – în 8 cazuri (15,1%), ECG – 9 cazuri (17%), hemoglobina glicozilată – 23 cazuri (43,4%).

Evaluarea accesului persoanelor asigurate la serviciile medicale de înaltă performanță (SÎP), prevăzute în Anexa nr.5 la Programul unic la nivel de asistență medicală primară

Evaluarea procesului de trimitere la serviciile de înaltă performanță (în continuare – SÎP) și accesul persoanelor asigurate la serviciile menționate s-a efectuat prin prisma Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al AOAM. Lista serviciilor medicale de înaltă performanță este afișată la loc vizibil și accesibil.

Evidența beneficiarilor de SÎP în cadrul Prestatorului se face într-un registru ajustat, în care sunt trecuți toți pacienții care au fost trimiși prin bilet de trimitere de la medicul de familie către prestatorul de SÎP, unde sunt indicate datele referitor la denumirea investigației solicitate, diagnosticul de trimitere, data pentru care persoana este programată a efectua SÎP, locul efectuării SÎP.

Astfel, conform datelor din registrul menționat în a.2022 de către medicii de familie au fost recomandate 134 servicii medicale de înaltă performanță (hormonii gl. tiroide – *determinarea T3, determinarea T4, determinarea TSH* – 102 investigații, markerii hepatitelor virale – 2 investigații, determinarea IgE total – 2, determinarea PSA – 26, determinarea CA 19-9 și determinarea CA 125 – 2 investigații) la 66 pacienți, toate fiind persoane asigurate.

Au fost selectate spre evaluare 45 F-025/e a pacienților trimiși la serviciile medicale de înaltă performanță pe parcursul a.2022. În rezultatul evaluării s-au depistat următoarele:

- În unele cazuri, lipsește consultația repetată a medicului de familie sau specialistului respectiv, reieșind din rezultatul serviciului medical de înaltă performanță efectuat, pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului și a elaborării tacticii de conduită, nejustificând necesitatea investigației;
- Contrar prevederilor pct. 3.1 alin. 7 la Contract au fost admise cazuri de trimitere neargumentată la serviciile medicale de înaltă performanță (neutilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic) de către medicii de familie din cadrul Prestatorului **în sumă totală de 1 358,00 lei**, inclusiv:
 - a) 4 cazuri de trimiteri pentru investigații la markerii oncologici – determinarea PSA (*codul investigației – 1841.49¹, tariful – 79,00 lei*) în cadrul SC „Imunotehnomed” SRL *în sumă de 316,00 lei*:
 - Pacientul (a.n. 1946), conform datelor din registrul menționat a fost trimis pentru efectuarea investigațiilor la markerii oncologici de către medicul de familie din cadrul Prestatorului la data de 15.02.2022 (efectuate la data de 20.10.2022). În F-025/e lipsesc datele privind argumentarea trimiterii la SÎP (lipsesc acuzele, datele obiective și subiective, diagnosticul de trimitere, examinarea preventivă a pacientei de către medicul de familie în condiții de ambulator înainte de trimitere la SÎP).
Analogic: pacientul (a.n. 1953), pacientul (a.n. 1950), pacientul (a.n. 1961);
 - b) 2 cazuri de trimiteri pentru determinarea IgE total (*codul investigației – 1841.34¹, tariful – 95,00 lei*) în cadrul SC „Imunotehnomed” SRL *în sumă de 190,00 lei*:
 - Pacientul (a.n. 1965), conform datelor din registrul menționat a fost trimis pentru efectuarea SÎP de către medicul de familie din cadrul Prestatorului la data de 21.03.2022 (efectuate la data de 02.06.2022). În F-025/e lipsesc datele privind argumentarea trimiterii la SÎP (lipsesc acuzele, datele obiective și subiective, diagnosticul de trimitere,

examinarea preventivă a pacientei de către medicul de familie în condiții de ambulator înainte de trimitere la SÎP). Analogic: pacienta (a.n. 1968);

- c) 4 cazuri de trimiteri pentru investigații la hormonii gl. tiroide – determinarea T3 (*codul investigației – 1841.80¹, tariful – 75,00 lei*), determinarea T4 (*codul investigației – 1841.82¹, tariful – 70,00 lei*) și determinarea TSH (*codul investigației – 1841.84¹, tariful – 68,00 lei*) în cadrul SC „Imunotehnomed” SRL în sumă de 852,00 lei:

- Pacienta (a.n. 2002), conform datelor din registrul menționat a fost trimisă pentru efectuarea investigațiilor la hormonii gl. tiroide de către medicul de familie din cadrul Prestatorului la data de 27.04.2022 (efectuate la data de 29.04.2022). În F-025/e lipsesc datele privind argumentarea trimiterii la SÎP (lipsesc acuzele, datele obiective și subiective, diagnosticul de trimitere, examinarea preventivă a pacientei de către medicul de familie în condiții de ambulator înainte de trimitere la SÎP).

Analogic: pacienta (a.n. 1967), pacienta (a.n. 1987), pacienta (a.n. 1962).

Evaluarea accesului populației la spitalizări programate, inclusiv argumentarea trimiterii

În cadrul evaluării a fost apreciată corectitudinea, argumentarea spitalizării, prezența investigațiilor necesare pentru spitalizări programate conform PCN și SM, 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 (în medie constituie – 4-8 zile). Responsabil de programare pentru spitalizare este medicul de familie, care consultă pacientul pentru argumentarea spitalizării și efectuarea investigațiilor necesare.

Conform datelor din Registrul adaptat pentru înregistrarea spitalizărilor programate prezentat spre evaluare, în perioada evaluată de către medicii de familie din cadrul Prestatorului au fost spitalizați 294 pacienți în mod programat.

Preponderent au fost programați și tratați pacienții cu patologie cardio-vasculară, endocrină, neurologică. Evaluarea a 44 Fișe de ambulator (F 025/e), a scos în evidență 6 cazuri, neconforme cerințelor, când pacienții au fost internați nejustificat și neargumentat în IMSP SR Sîngerei, și anume:

- Pacienta , a.n 1963, Dcul: BPCO. IR gr.II, a primit tratament pe profil reabilitare din cadrul IMSP SR Sîngerei, fiind trimisă programat (FMBS nr.1526, spitalizare: 14.03-23.03.2022). Careva investigații specifice obligatorii, prevăzute de PCN 18 - BPOC la Caseta „C.2.4.3. Investigații paraclinice”, cum ar fi: PEF-metria, spirometria, examenul radiologic, microscopia sputei înainte de spitalizare la nivel de asistență medicală primară nu se efectuează. Careva criterii de tratament în condiții de ambulator (din 7 listate în Caseta 11) nu se descriu, careva Criterii de spitalizare a pacienților cu BPCO în secțiile terapeutice (din 9 listate în Caseta 12) nu sunt descrise. La 14.03.2022, fără a descrie ceva la cele anterioare, fără argumentare, se eliberează bilet de trimitere pentru spitalizare programată în IMSP SR Sîngerei cu diagnosticul sus numit. Astfel, nerespectând prevederile 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”, medicul de familie a emis bilet de trimitere, fără a iniția tratament medicamentos ambulator în condiții de AMP. Conform SI DRG, pacienta a beneficiat de tratament spitalicesc în IMSP SR Sîngerei (costul cazului tratat fiind 6 930,00 lei).

- Analogic, pacientul , a.n. 1965, a fost spitalizat în perioada 16.06-23.06.2022 în IMSP SR Sîngerei (FMBS nr.3731, profil Reabilitare) cu Dcul: BPCO. IR gr.II, dar în fișa medicală 025/e din data de 03.06.2022 și pînă la 24.06.2022, date referitoare la patologia respectivă, precum și date aferente spitalizării nu sunt documentate (costul cazului tratat fiind 6 930,00 lei).

- Pacienta , a.n. 1955, Dcul: Gonartroză bilaterală, gr.III. IFA gr.III. Lumbalgie vertebrogenă, a primit tratament pe profilul Geriatrie din cadrul IMSP SR Sîngerei, fiind îndreptată programat (FMBS nr. 3936, 27.06-05.07.2022, tarif pe profilul Geriatrie₂₀₂₂ – 5 437,00 lei). În F-025/e lipsesc datele privind argumentarea trimiterii la spitalizare programată (lipsesc datele privind

tratamentul ambulator, indicat de către medicul de familie înainte de spitalizare și investigațiile necesare conform protocoalelor clinice – determinarea antistreptolizinei-O, determinarea factorului reumatic, determinarea PCR). În cazul dat conform diagnosticului stabilit și datelor justificative din punct de vedere medical, cazul acesta putea fi tratat în condiții de ambulator.

- Analogic, pacienta , a.n. 1952, a fost spitalizată în perioada 21.11-29.11.2022 în IMSP SR Sîngerei (FMBS nr.7133, profil Geriatrie) cu Dcul: Gonartroză bilaterală, gr.III. IFA gr.III., dar în fișa medicală 025/e din data de 15.03.2022 și pînă la 30.11.2022, **date referitoare la patologia dată, precum și date aferente spitalizării nu sunt documentate** (costul cazului tratat fiind 5 437,00 lei).

- Pacienta , a.n. 1950, Dcul: Encefalopatie discirculatorie mixtă, a primit tratament la profilul Geriatrie din cadrul IMSP SR Sîngerei, fiind îndreptată programat (FMBS nr. 4573, 26.07-03.08.2022, tarif pe profilul Geriatrie₂₀₂₂ – 5 437,00 lei). În F-025/e lipsesc datele privind argumentarea trimiterii la spitalizare programată (lipsesc datele privind tratamentul ambulator, indicat de către medicul de familie înainte de spitalizare și investigațiile necesare conform protocoalelor clinice – hemograma, urograma, ECG). În cazul dat conform diagnosticului stabilit și datelor justificative din punct de vedere medical, cazul acesta putea fi tratat în condiții de ambulator.

- Pacienta , a.n. 1951, se află la evidență cu Angină pectorală de efort. În fișa de ambulator sunt prezente zilnice doar pentru prescrierea medicamentelor compensate, ultimele investigații de rutină au fost în a.2021. La 24.02.2022 se efectuează inscripția: „Dcul: CPI. Angor pectoral de effort cl.f.II. HTA gr.II. IC II (NYHA), Se recomandă tratament staționar”. Conform datelor din SI DRG, pacienta a fost spitalizată „în mod programat” în secția Geriatrie în IMSP SR Sîngerei în perioada 24.02-03.03.2022 (FMBS nr.1103, program Geriatrie, costul cazului tratat fiind 5 437,00 lei). Cazul a fost evaluat în vederea corespunderii cu prevederile PCN 74 Angina pectorală stabilă, în rezultatul căreia s-a constatat – nu este argumentat scopul spitalizării, lipsește examenul clinic (caseta 5), examenul ECG (Caseta 20), examenele de laborator (Caseta 15), nu au fost constatate criteriile de spitalizare în secții de profil terapeutic și cardiologic raional cum ar fi: • AP agravată ce nu cedează la tratament. • Stări de urgență. • Dezvoltarea complicațiilor. • AP la tineri pentru examinare detaliată.

Astfel, Prestatorul nu a întreprins sau a realizat cu încălcări a actelor normative (Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul MS și CNAM nr.596/404 din 21.07.2016) acțiunile ce țin de spitalizarea programată și anume pct.pct.52, 54 și 55.

Total suma nevalidată a cazurilor de eliberare neconformă a biletelor de trimitere pentru spitalizare programată constituie 35 608,00 lei.

Evaluarea volumului serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

În anul 2022 au fost contractate total 209 vizite de Îngrijiri Medicale la Domiciliu (în continuare – ÎMD) pentru persoane asigurate. Conform dării de seamă despre volumul acordat de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu (F nr.1-34/d) pentru perioada anului 2022, către CNAM au fost raportate 209 vizite de ÎMD (100% din cele contractate), achitate în total au fost 209 vizite.

Aceste vizite au fost efectuate la 7 beneficiari, fiind înregistrate în Registrul persoanelor care au beneficiat de îngrijiri medicale la domiciliu (F nr. 1-35/r), conform cerințelor în vigoare.

Serviciile de ÎMD în perioada evaluată, au fost efectuate de asistenți medicali din cadrul Prestatorului. Veridicitatea datelor a fost evaluată prin contrapunerea fișelor medicale de ambulator a pacienților (F nr.025/e) cu dările de seamă despre volumul acordat de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu (F nr.1-34/d) și Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de ÎMD (F nr. 1-35/r).

Îngrijirile medicale au fost acordate în conformitate cu prevederile Regulamentului cu privire la organizarea ÎMD, aprobat prin Ordinul MS nr.855 din 29.07.2013, prin prisma Standardului național de îngrijiri medicale la domiciliu (aprobat Ordinul MS nr.851 din 29.07.2013).

În total au fost evaluate și validate – 209 vizite de ÎMD.

Evaluarea procesului de prescriere a medicamentelor parțial/integral compensate

Procesul de prescriere a medicamentelor compensate din fondurile AOAM a fost reglementat de prevederile Hotărârii Guvernului nr.106/2022 din 23.02.2022 „Cu privire la prescrierea și eliberarea

medicamentelor și dispozitivelor medicale pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie”; Ordinul MS și CNAM nr.492/139-A din 22.04.2013 „Cu privire la medicamentele compensate din fondurile AOAM”, Ordinul MS și CNAM nr.605/133-A din 21.06.2022 „Cu privire la medicamentele și dispozitivele medicale compensate din fondurile AOAM” și Ordinul 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”.

Instituția este asigurată cu formulare de rețete compensate, de model aprobat. Prestatorul dispune de ordinul privind numirea persoanei responsabile de păstrarea, distribuirea și evidența formularelor de rețete pentru medicamente compensate din FAOAM. Conform materialelor prezentate, se duce evidența procesului de păstrare, distribuire a formularelor date, pe când *evidența rețetelor returnate nu se duce*, deoarece contrar prevederilor pct.21 din Regulamentul (aprobat prin HG nr.106/2022 din 23.02.2022), **pe parcursul anului 2022 nu a fost întocmit nici un act de predare-primire a exemplarelor 3 al rețetelor, necesar de efectuat săptămânal.**

Prin urmare s-a constatat, că potrivit datelor sistemului informațional „Medicamente compensate” (SI MC) în perioada ianuarie – decembrie 2022, din farmaciile contractate de CNAM, de către 4 medici prescriptori din cadrul Prestatorului au fost prescrise și ca urmare facturate 14919 rețete, în sumă de 1 539 261,50 lei.

Pentru evaluarea corectitudinii prescrierii medicamentelor compensate în mod aleatoriu au fost supuse evaluării F-025/e, carnete de dezvoltare a copilului, fișe personale ale gravidei și lăuzei.

În urma evaluării s-a constatat:

- lipsa continuității tratamentului cu preparate cardiovasculare, antidiabetice, tratament și profilaxie la gravide.

- contrar prevederilor pct.10 din Regulamentul aprobat prin HG nr.106/2022 din 23.02.2022, sunt prezente cazuri de prescriere a medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator (conform Anexei la Raport), **se exemplifică:** pacienta , a.n. 1978, a fost externată din IMSP Institutul de Medicină Urgentă (07.12-17.12.2021) cu Dcul: Epilepsie cu crize focale semiologic nedefinite și cu recomandarea tratamentului pentru durată de 2 luni cu tab. Clonazepam 2 mg – câte 1 tab. x 2 ori/zi, timp de 4 săptămîini, apoi – câte 1 tab. x odată/zi, timp de 2 săptămîini și câte 1/2 tab. x odată/zi, timp de 2 săptămîini (sau în total 77 comprimate). La data de 17.01.2022 pacienta vizată s-a adresat la medicul de familie din cadrul Prestatorului, care a prescris rețeta 0207337253 pentru tab. Clonazepam 2 mg № 90 (cu depășirea cantității pentru 30 zile de tratament). Următoarele rețete pe parcursul anului 2022 au fost prescrise în lipsa indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator (pe parcursul anului 2022 consultația medicului neurolog lipsește).

- contrar prevederilor pct.17 din Regulamentul menționat, sunt prezente cazuri de prescrierea a rețetelor pentru medicamente psihotrope cu depășirea cantității pentru 30 zile de tratament (conform Anexei la Raport);

- contrar prevederilor pct.18 din Regulamentul menționat, sunt prezente cazuri, cînd în fișa medicală lipsește inscripția cu argumentarea indicației, seria și numărul rețetei, durata tratamentului (conform Anexei la Raport);

- contrar prevederilor pct.19 alin.1 din Regulamentul menționat, sunt prescrise medicamente compensate pacienților, care dispun de rezerve de medicamente compensate prescrise anterior pentru o durată mai mare de 7 zile de tratament (conform Anexei la Raport);;

- contrar pct.24 a 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 (aprobat prin Ordinul MS și CNAM nr.727/494-A din 21.09.2016), sunt prezente cazuri cînd în fișa medicală nu se înregistrează evoluția maladiei în dinamică și/sau evoluția parametrilor clinico-paraclinici după caz și rezultatele tratamentului;

- contrar pct.26 din Regulamentul menționat, la inițierea tratamentului episodic în sala de tratamente, cabinete de proceduri și la domiciliu, lipsește Acordul informat, aprobat prin 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 prevederilor Anexei nr.1 la Ordinul comun MS și CNAM nr.492/139-A din 22.04.2013 și Ordinul comun MS și CNAM nr.605/133-A din 21.06.2012, CAPITOLUL I, în cadrul tratamentului de susținere (de durată) în condiții de ambulator au fost prescrise medicamente compensate nejustificat, în lipsa confirmării maladei sau condițiilor speciale (conform Anexei la Raport);

- contrar 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 și la domiciliu, cu medicamente compensate din FAOAM a unor maladii frecvent întâlnite în practica medicului de familie”, în cadrul tratamentului episodic în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu a unor maladii frecvent întâlnite în practica medicului de familie au fost prescrise medicamente compensate nejustificat, în lipsa confirmării maladei (conform Anexei la Raport).

Total au fost prescrise neargumentat/neregulamentar medicamente compensate în 135 rețete în suma totală de 18 842,60 lei.

Raportul a fost întocmit în 2 exemplare pe 20 file.

Medic coordonator DEM _____

Specialistă coordonatoare DEM _____

De conținutul Raportului de evaluare a luat cunoștință:

Șef IMSP Centrul de Sănătate Pepeni _____

Contabil IMSP Centrul de Sănătate Pepeni _____

Un exemplar a fost primit de _____

No	Nr_Reteta	DCI	Suma compensată, lei	Cauza invalidării
1	0212879878	NEBIVOLOLUM	216,90	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
2	0212881241	NEBIVOLOLUM	218,40	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
3	0220068509	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
4	0215147155	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
5	0220066094	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
6	0212883622	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
7	0212880757	NEBIVOLOLUM	214,26	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
8	0212880058	NEBIVOLOLUM	71,80	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
9	0215145448	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
10	0215144010	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
11	0211444664	NEBIVOLOLUM	72,70	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
12	0215147759	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
13	0207335168	NEBIVOLOLUM	72,70	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
14	0215147088	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
15	0215145331	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
16	0207336843	NEBIVOLOLUM	220,06	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
17	0215144844	NEBIVOLOLUM	63,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
18	0212882848	NEBIVOLOLUM	63,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
19	0212880937	NEBIVOLOLUM	217,08	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
20	0212879333	NEBIVOLOLUM	213,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
21	0215147463	NEBIVOLOLUM	189,00	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
22	0212880336	NEBIVOLOLUM	214,26	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale

23	0220068737	LERCANIDIPINUM	273,84	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
24	0215145885	LERCANIDIPINUM	273,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
25	0215146323	LERCANIDIPINUM	417,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
26	0215144052	LERCANIDIPINUM	417,48	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
27	0212881874	LERCANIDIPINUM	324,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
28	0211444266	LERCANIDIPINUM	225,08	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
29	0212882965	LERCANIDIPINUM	417,48	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
30	0211445214	LERCANIDIPINUM	214,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
31	0211447015	LERCANIDIPINUM	504,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la Amlodipin)
32	0212883438	VALSARTANUM	321,30	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
33	0220068748	VALSARTANUM	321,30	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
34	0212883645	VALSARTANUM	637,20	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
35	0212883299	VALSARTANUM	232,20	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
36	0212883617	VALSARTANUM	232,20	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
37	0212883210	VALSARTANUM	319,50	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
38	0215145883	VALSARTANUM	311,40	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
39	0212883401	VALSARTANUM	214,20	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
40	0211447475	VALSARTANUM	324,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
41	0211447301	VALSARTANUM	163,60	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)

42	0215144201	VALSARTANUM	621,90	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
43	0207337035	VALSARTANUM	324,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
44	0207336595	VALSARTANUM	246,60	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
45	0215144165	VALSARTANUM	232,20	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
46	0211447143	VALSARTANUM	648,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
47	0211445352	VALSARTANUM	246,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
48	0212880617	VALSARTANUM	324,00	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
49	0215145286	VALSARTANUM	311,40	trat. de susț. - lipsa condițiilor speciale (intolerantei la inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei)
50	0207336896	ROSUVASTATINUM	79,17	trat. de susț. - prescrierea la pacientii cu risc cardiovascular moderat
51	0212883439	ROSUVASTATINUM	220,20	contrar pct.19 alin.1 din HG - prescrierea la pacientii, care dispun de rezerve de medicamente compensate prescrise anterior pentru o durată mai mare de 7 zile de tratament
52	0215145054	ROSUVASTATINUM	78,78	trat. de susț. - lipsa confirmării condițiilor speciale
53	0212883442	ROSUVASTATINUM	110,10	contrar pct. 18 din HG - în F025/e lipsește argument. indicației, seria si nr. rețetei
54	0212882918	ROSUVASTATINUM	330,00	trat. de susț. - prescrierea la pacientii cu risc cardiovascular moderat
55	0220067734	SALBUTAMOLUM	85,40	trat. de susț. - lipsa confirmării maladii
56	0211445986	SALBUTAMOLUM	42,70	trat. de susț. - lipsa confirmării maladii
57	0212880226	SALBUTAMOLUM	85,40	trat. de susț. - lipsa confirmării maladii
58	0212879074	SALBUTAMOLUM	98,00	trat. de susț. - lipsa confirmării maladii
59	0220068955	SALBUTAMOLUM	128,28	trat. de susț. - lipsa confirmării maladii
60	0212883218	CETIRIZINUM	45,69	caz episodic - lipsa confirmării maladii
61	0212883217	CETIRIZINUM	45,60	caz episodic - lipsa confirmării maladii
62	0211444570	CEFTRIAXONUM	342,86	cauza invalidarii - neprezentarea fiselor
63	0207337467	CEFTRIAXONUM	658,00	caz episodic - lipsa confirmării maladii
64	0207337468	CEFTRIAXONUM	666,44	cauza invalidarii - neprezentarea fiselor
65	0211445668	CAPTOPRILUM	28,60	caz episodic - lipsa confirmării maladii

66	0211445376	CAPTOPRILUM	19,50	caz episodic - lipsa confirmării maladei
67	0220067992	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
68	0211445924	CAPTOPRILUM	11,34	caz episodic - lipsa confirmării maladei
69	0211445923	CAPTOPRILUM	13,01	caz episodic - lipsa confirmării maladei
70	0211445922	CAPTOPRILUM	12,99	caz episodic - lipsa confirmării maladei
71	0215147894	CAPTOPRILUM	18,57	caz episodic - lipsa confirmării maladei
72	0211445377	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
73	0211445379	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
74	0211445378	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
75	0211445830	CAPTOPRILUM	14,80	caz episodic - lipsa confirmării maladei
76	0211445813	CAPTOPRILUM	19,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
77	0211445815	CAPTOPRILUM	19,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
78	0211445143	CAPTOPRILUM	28,60	caz episodic - lipsa confirmării maladei
79	0211444784	CAPTOPRILUM	16,80	caz episodic - lipsa confirmării maladei
80	0211444785	CAPTOPRILUM	16,80	caz episodic - lipsa confirmării maladei
81	0215147203	CAPTOPRILUM	35,10	caz episodic - lipsa confirmării maladei
82	0212881016	CAPTOPRILUM	19,50	caz episodic - lipsa confirmării maladei
83	0211444832	CAPTOPRILUM	11,38	caz episodic - lipsa confirmării maladei
84	0211444861	CAPTOPRILUM	14,91	caz episodic - lipsa confirmării maladei
85	0207337241	CAPTOPRILUM	42,90	caz episodic - lipsa confirmării maladei
86	0211446801	CAPTOPRILUM	19,50	caz episodic - lipsa confirmării maladei
87	0211445785	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
88	0211447925	CAPTOPRILUM	19,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
89	0211445726	CAPTOPRILUM	85,80	caz episodic - lipsa confirmării maladei
90	0211445064	CAPTOPRILUM	16,80	caz episodic - lipsa confirmării maladei
91	0211444955	CAPTOPRILUM	16,80	caz episodic - lipsa confirmării maladei
92	0211446266	CAPTOPRILUM	85,80	caz episodic - lipsa confirmării maladei
93	0211447016	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
94	0211446895	CAPTOPRILUM	19,50	caz episodic - lipsa confirmării maladei
95	0211445013	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
96	0211444493	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
97	0211444965	CAPTOPRILUM	42,90	caz episodic - lipsa confirmării maladei
98	0207336601	CAPTOPRILUM	17,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
99	0220066872	PYRIDOXINUM	24,30	caz episodic - lipsa confirmării maladei
100	0220066389	PYRIDOXINUM	24,50	caz episodic - lipsa confirmării maladei
101	0215145651	PYRIDOXINUM	24,50	caz episodic - lipsa confirmării maladei
102	0212882878	PYRIDOXINUM	24,30	caz episodic - lipsa confirmării maladei
103	0212882874	PYRIDOXINUM	24,21	caz episodic - lipsa confirmării maladei
104	0212880331	PYRIDOXINUM	25,07	caz episodic - lipsa confirmării maladei
105	0220066873	THIAMINI HYDROCHLORIDUM	20,10	caz episodic - lipsa confirmării maladei
106	0215144001	VINPOCETINUM	15,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
107	0220068335	VINPOCETINUM	26,75	caz episodic - lipsa confirmării maladei
108	0220068291	VINPOCETINUM	68,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
109	0211446938	VINPOCETINUM	29,00	caz episodic - lipsa confirmării maladei
110	0220066864	VINPOCETINUM	26,75	caz episodic - lipsa confirmării maladei
111	0215145465	VINPOCETINUM	33,63	caz episodic - lipsa confirmării maladei

112	0211447690	VINPOCETINUM	34,80	caz episodic - lipsa confirmării maladii
113	0215145708	VINPOCETINUM	26,75	caz episodic - lipsa confirmării maladii
114	0211445457	VINPOCETINUM	39,00	caz episodic - lipsa confirmării maladii
115	0215144148	VINPOCETINUM	37,90	caz episodic - lipsa confirmării maladii
116	0212879682	PANTOPRAZOLUM	131,01	caz episodic - lipsa confirmării maladii
117	0207337764	IBUPROFENUM	41,49	cauza invalidarii - neprezentarea fiselor
118	0207337820	IBUPROFENUM	25,50	cauza invalidarii - neprezentarea fiselor
119	0207337836	IBUPROFENUM	25,50	cauza invalidarii - neprezentarea fiselor
120	0220068099	SILYMARINUM	181,00	contrar pct.19 alin.1 din HG - prescrierea la pacientii, care dispun de rezerve de medicamente compensate prescrise anterior pentru o durată mai mare de 7 zile de tratament
121	0220067304	CLONAZEPAMUM	98,67	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
122	0211446301	CLONAZEPAMUM	93,69	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
123	0211444539	CLONAZEPAMUM	91,74	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
124	0212879039	CLONAZEPAMUM	93,69	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
125	0212881910	CLONAZEPAMUM	89,55	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
126	0220066201	CLONAZEPAMUM	89,55	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
127	0212882389	CLONAZEPAMUM	89,55	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
128	0212880068	CLONAZEPAMUM	93,15	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
129	0220068166	CLONAZEPAMUM	98,67	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
130	0215145783	CLONAZEPAMUM	94,98	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator

131	0220067901	CLONAZEPAMUM	32,87	contrar pct.19 alin.1 din HG - prescrierea la pacientii, care dispun de rezerve de medicamente compensate prescrise anterior pentru o durată mai mare de 7 zile de tratament
132	0212883478	CLONAZEPAMUM	98,61	contrar pct.19 alin.1 din HG - prescrierea la pacientii, care dispun de rezerve de medicamente compensate prescrise anterior pentru o durată mai mare de 7 zile de tratament
133	0215144594	CLONAZEPAMUM	94,98	contrar pct.10 din HG - prescrierea medicamentelor compensate contrar indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulator
134	0207337253	CLONAZEPAMUM	91,86	contrar pct.17 din HG - prescrierea rețetelor pentru medicamente psihotrope cu depășirea cantității pentru mai mult de 30 zile de tratament
135	0220066282	TRIHXYPHENIDYLUM	19,42	contrar pct.17 din HG - prescrierea rețetelor pentru medicamente psihotrope cu depășirea cantității pentru mai mult de 30 zile de tratament
Total		135 rețete	18 842,60	