

COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
DIRECȚIA EVALUARE ȘI MONITORIZARE

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

23 iunie 2023

Raport de evaluare nr.10-07/75

Denumirea entității evaluate: IMSP Spitalul Raional Ialoveni

Tematica evaluării:

- a) respectarea prevederilor Contractului de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022 cu unele aspecte la zi;
- b) utilizarea mijloacelor financiare alocate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- c) realizarea auditului codificării clinice a diagnosticilor și procedurilor pentru 4 luni (ianuarie-aprilie) anului 2023;
- d) evaluarea volumului serviciilor medicale prestate persoanelor refugiate din Ucraina și a cheltuielilor aferente pentru perioada vizată.

Perioada evaluată: anul 2022

Șeful echipei:

specialist coordonator Direcția evaluare și monitorizare (DEM).

Membrii echipei:

medic coordonator în auditul codificării DEM;
șefă adjunctă DEM;
medic coordonator DEM;
specialist coordonator DEM;
medic coordonatoare DEM;
medic coordonatoare DEM.

Perioada evaluării: 07.06-16.06.2023

Șefă DEM

În baza Ordinului Directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM) nr.141-A din 06.06.2023 de către echipa de evaluare a fost efectuată evaluarea tematică planificată la IMSP Spitalul Raional Ialoveni (în continuare – Prestator, Instituție) privind respectarea prevederilor Contractului de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală a.2022, cu unele aspecte la zi; utilizarea mijloacelor financiare alocate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală; realizarea auditului codificării clinice a diagnosticelor și procedurilor pentru 4 luni (ianuarie-aprilie) a.2023; evaluarea volumului serviciilor medicale prestate persoanelor refugiate din Ucraina și a cheltuielilor aferente pentru perioada vizată.

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 directorului general al CNAM nr.18-A din 25.01.2023 și Regulamentului cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE -MIX), aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.397/125-A din 05.04.2013, în prezența:

- directorului IMSP Spitalul Raional Ialoveni –
- contabilului-șef –

Pentru efectuarea evaluării au fost prezentate următoarele documente:

1. Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.05-08/53 din 31.12.2021 cu Acordurile adiționale (Contract-bilateral).
2. Devizul de venituri și cheltuieli (business-planul).
3. Darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) al IMSP din mijloacele FAOAM, formularul 1-16/d pentru anul 2022.
4. Documentele bancare (ordine de plată, extrase bancare).
5. Dările de seamă privind decontarea medicamentelor și consumabilelor.
6. Documente primare și centralizatoare din evidență contabilă.
7. Jurnale-ordine pe conturile contabile în care sunt reflectate faptele economice privind gestionarea mijloacelor financiare provenite din FAOAM.
8. Contracte de achiziții cu furnizorii.
9. Ordine interne de activitate.
10. Fișele medicale a bolnavilor de staționar/FMBS (Formular nr.003/e-2012).
11. Registrele persoanelor asigurate care au beneficiat de SÎP (Formular nr.1-19/r) și biletele de trimitere (Formular nr.027/e).
12. Registrul de înregistrare a intervențiilor chirurgicale în staționar (Formular nr.008/e).
13. Registrul de evidență a internărilor bolnavilor și renunțărilor la spitalizare (F nr.001/e).
14. Registrul persoanelor asigurate, care au beneficiat de asistență medicală specializată de ambulator (F nr.1-03/r).

Date generale

Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Raional Ialoveni este instituție publică de nivel raional în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – AOAM), având drept scop de bază ameliorarea sănătății populației r-lui Ialoveni prin organizarea și dezvoltarea asistenței medicale. Conform prevederilor legale este o instituție autonomă, inclusiv cu autonomie financiară, nonprofit, care are obligația de a presta servicii medicale persoanelor asigurate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală conform Contractului bilateral încheiat cu CNAM, inclusiv și prestarea serviciilor medicale contra plată.

Adresa juridică: r-l Ialoveni, or. Ialoveni, str. Alexandru cel Bun nr.7, tel. 0 (268) 22268, IDNO 1003600157232, e-mail srialoveni@ms.md.

Instituția deține Certificat de Acreditare nr.1182 din 23.09.2021, valabil 5 ani și Autorizație Sanitară pentru Funcționare nr.017050/2022 din 30.12.2022, valabilă până la 31.12.2023.

În instituție la loc vizibil sunt prezente extrasele din actele legislative naționale cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Sunt prezente numerele de telefon ale MS, AT CNAM, Info CNAM, administrației. Registrele de sugestii și reclamații sunt afișate în holurile secțiilor, sunt numerotate și broșate.

În anul 2022 Instituția și-a desfășurat activitatea prin intermediul a 110 paturi, inclusiv, îngrijiri acute – 60 paturi și îngrijiri cronice – 50 paturi, numărul cărora a fost aprobat în Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare spitalicești, pentru anul 2021 (provizoriu) prin Ordinul MSMPS nr.694 din 21.07.2021.

Aprecierea gradului de executare a cerințelor Pretenției precedente

Conform cerințelor financiare expuse în Raportul de evaluare nr.05-09/01-69 din 08.06.2018, care ulterior au fost stipulate în Pretenția CNAM nr.01-17/952 din 21.06.2018, din contul transferurilor pentru perioada imediat următoare, a fost reținută suma de 61 830,00 lei – nevalorificarea mijloacelor financiare, destinate pentru procurarea investigațiilor paraclinice prestate de alți prestatori.

BLOCUL ECONOMIC

Respectarea prevederilor contractului și evaluarea gestionării mijloacelor provenite din FAOAM

Acțiunea de evaluare a fost efectuată utilizând procedee și tehnici, cum ar fi analiza selectivă documentar-contabilă, control factual, 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.

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 preponderent, au fost utilizați pentru cheltuieli de personal (retribuirea muncii, contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii), procurarea medicamentelor și dispozitivelor medicale, alimentației precum și alte cheltuieli cum ar fi perfecționarea cadrelor, cheltuieli de regie, procurarea serviciilor medicale etc.

Pe perioada anului 2022 IMSP Spitalul Raional Ialoveni (continuare - Prestator, Instituție) a fost finanțat în baza Contractului bilateral nr.05-08/53 din 31.12.2021 încheiat cu CNAM, privind acordarea asistenței medicale (prestarea serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală cu modificările operate prin 6 Acorduri Adiționale în sumă totală de 44 581 481,55 lei, inclusiv pe tipuri de asistență medicală conform tabelului:

Tipul asistenței medicale	Venituri aprobate inițial, lei	Venituri efective, lei	Executarea planului aprobat inițial, %
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=3/2*100</i>
Asistența medicală spitalicească (AMS)	28 704 155,98	28 702 140,70	99,99
Asistența medicală specializată de ambulator (AMSA)	15 877 325,57	15 745 611,98	99,17
Total	44 581 481,55	44 447 752,68	99,70

În baza datelor din tabelul prezentat se constată că Prestatorul în total pe instituție a îndeplinit volumul serviciilor medicale contractate cu CNAM în proporție de 99,70 %.

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 (în continuare - FAOAM), obținute în baza contractului bilateral încheiat între CNAM și Prestator, în procesul prestării serviciilor medicale persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (SAOAM) conform prevederilor contractuale.

În cadrul evaluării s-a constatat că, evidența mijloacelor financiare provenite din FAOAM în contabilitatea instituției s-a ținut pe conturi contabile distincte, atribuirea la cheltuieli efective s-a efectuat în baza documentelor primare.

Pe perioada anului 2022 Prestatorul a încasat mijloace financiare în baza contractului bilateral în sumă totală de 45 440 109,86 lei, inclusiv pentru asistența medicală spitalicească suma de 29 557 850,34 lei, pentru asistența medicală specializată de ambulator suma de 15 882 259,52 lei și creanțele CNAM ale anului precedent în sumă de 1 810 749,36 lei. Soldul mijloacelor bănești la situația din 01.01.2022 în total pe instituție a constituit suma de 726 853,00 lei. La situația din 31.12.2022 soldul mijloacelor bănești a constituit suma de 864 923,52 lei.

Cheltuielile de casă în total pe Instituție au fost executate în sumă totală de 45 302 039,34 lei, sau 96,14% față de planul precizat.

Conform dării de seamă privind îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (Formularul 1-16/d) la tipul **asistența medicală spitalicească** la situația 01.01.2022 soldul mijloacelor bănești a constituit suma de 683 015,05 lei. Prestatorul în perioada anului 2022 a înregistrat venituri de casă în sumă de 29 557 850,34 lei, inclusiv: suma contractuală 28 227 407,11 lei și alte venituri în sumă de 1 330 443,23 lei ce reprezintă creanțele CNAM ale anului precedent.

Cheltuielile de casă au fost executate în sumă totală de 29 704 391,99 lei, sau 96.70% față de planul precizat. Soldul de mijloace bănești la data de 31.12.2022 a constituit suma de 536 473,40 lei.

Cheltuielile efective pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate în baza contractului încheiat cu Compania, în anul 2022, au constituit suma de 29 917 610,52 lei, ceea ce constituie 97,40% față de planul precizat.

Pondere majoră din cheltuielile efective revin cheltuielilor de personal în proporție de 75,60%, alte cheltuieli în proporție de 13,60%, urmate de cheltuieli pentru medicamente și dispozitive medicale cu o pondere de 6,46% și cheltuieli pentru alimentația pacienților în proporție de 4,34%.

La tipul **asistența medicală specializată de ambulator** la situația 01.01.2022 soldul mijloacelor bănești a constituit suma de 43 837,95 lei. Conform prevederilor contractuale, Prestatorul în perioada anului 2022 a primit mijloace bănești de la CNAM în sumă totală de 15 882 259,52 lei, inclusiv: 15 401 953,39 lei din suma contractuală și creanța CNAM a anului precedent în sumă de 480 306,13 lei.

Cheltuielile de casă au fost executate în sumă totală de 15 597 647,35 lei. Soldul de mijloace bănești la data de 31.12.2022 a constituit suma de 328 450,12 lei.

Cheltuielile efective pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate în condiții de ambulator au constituit suma de 16 118 850,68 lei, fiind executate în proporție de 98,28 la sută față de planul precizat.

Analiza cheltuielilor efective pe compartimente de cheltuieli relevă că ponderea majoră revine cheltuielilor de personal care constituie 85,42 la sută din totalul cheltuielilor efective, urmate de alte cheltuieli cu o cotă de 9,61 la sută, compartimentului medicamente și dispozitive medicale cu o cotă de 2,99 la sută din totalul cheltuielilor executate, iar cheltuielilor atribuite la alimentarea pacienților cu TBC le revine 1,98 la sută.

Evaluarea cheltuielilor pentru retribuirea muncii

Evaluarea cheltuielilor pentru retribuirea muncii a fost efectuată prin prisma respectării prevederilor Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837 din 06 iulie 2016, 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-A din 22.01.2021, Ordinului Ministerului Sănătății, nr.100 din 10.03.2008 cu privire la Normativele de personal medical, Ordinului Ministerului Sănătății nr.588 din 18.07.2016, altor acte normative în vigoare.

În anul 2022, conform deciziei Consiliului administrativ nr.1/6 din 24.22.2022 cu privire la aprobarea statelor de personal au fost aprobate 264,5 unități pentru acordarea asistenței medicale în baza contractului bilateral încheiat cu CNAM.

Din numărul de state aprobate în anul 2022, pentru acordarea asistenței medicale în baza contractului bilateral încheiat cu CNAM, 153,25 unități au fost aprobate pentru acordarea asistenței medicale spitalicești (în continuare - AMS) și 111,25 unități pentru acordarea asistenței medicale specializate de ambulator (în continuare - AMSA).

Structura statelor aprobate la tipul AMS include: 4,00 unități personal de conducere, 27,50 unități personal medical, 55,50 unități personal medical mediu, 49,50 unități personal medical inferior și 16,75 unități alt personal.

La tipul AMSA statele de personal includ 37,50 unități medici, 37,50 unități personal medical mediu, 17,75 unități personal medical inferior și 18,50 unități alt personal.

Numărul de persoane fizice, ce ocupau funcțiile la finele perioade de gestiune, în cadrul AMS a constituit 128 persoane, respectiv în mediu fiecare persoană fizică activează pe 1,20 salarii de funcție, iar în cadrul AMSA – 90 persoane, sau fiecare persoană fizică activează pe 1,24 salarii de funcție.

În perioada evaluată cheltuielile efective pentru cheltuielile de personal au constituit 36 387 024,80 lei, inclusiv:

- asistența medicală spitalicească - 22 617 920,24 lei;
- asistență medicală specializată de ambulator - 13 769 104,56.

Analiza cheltuielilor efective, pentru cheltuielile de personal, din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sunt alcătuite din fondul de retribuire a muncii și din contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii. Componenta fondului de remunerare a fost format din plata sub formă de partea fixă a salariului și partea variabilă a salariului sub formă de indicatori de performanță și a alte norme și garanții salariale.

Conform business-planului, pentru retribuirea muncii Instituția a planificat, din sursele FAOAM în bază de contract cu CNAM pentru anul 2022 cheltuieli în sumă totală de 29 856 955,39 lei, inclusiv pentru acordarea asistenței medicale spitalicești în suma de 18 737 444,33 lei și pentru asistența medicală specializată de ambulator suma de 11 119 511,06 lei.

Conform datelor evidenței contabile, în perioada evaluată cheltuielile efective pentru remunerarea muncii au constituit 29 344 374,84 lei, inclusiv:

- asistența medicală spitalicească în sumă de 18 240 258,26 lei, sau 97,35% din suma planificată;
- asistență medicală specializată de ambulator în sumă de 11 104 116,58 lei, sau 99,86% din suma planificată.

Cheltuielile efective pentru remunerarea muncii angajaților, în anul 2022 au inclus: salariul tarifar/de funcție 20 934 602,53 lei, sporuri și suplimente la salariul de funcție 3 652 180,07 lei, indicatori de performanță 2 872 793,24 lei și premii 1 884 799,00 lei. Respectiv, în mediu pe parcursul perioadei de gestiune, salariul a avut următoarea structură: 71,34% - salariul tarifar/de funcție, 12,45% - sporuri și suplimente la salariul de funcție, 9,79% - indicatori de performanță și 6,42% - premii.

Evaluarea utilizării mijloacelor FAOAM conform principiului eficiență, economie, eficacitate a stabilit că în perioada vizată Prestatorul nu a ținut cont de prevederile Ordinului MS nr.95 din 07.02.2012 „Cu privire la normativele de personal în instituțiile medico-sanitare publice spitalicești” și anume Anexa nr.1 la ordinul prenotat, prin care se stabilește că normativele de personal auxiliar (administrativ, tehnic, economic și de deservire) se calculează în cotă procentuală din numărul total de unități aprobate pe instituție. Astfel, pentru anul 2022, numărul de funcții ocupate în mediu pentru perioada de gestiune a constituit 245,00 unități de

personal, reieșind din normativul prestabilit, numărul de unități a personalului auxiliar nu putea să depășească 21,50 unități $[(245,00-30,50)*10\%]$, astfel s-a admis depășirea cotei de 10% a personalului auxiliar cu 9,00 unități față de normativul stabilit conform ordinului vizat (30,50 unități – 21,50 unități).

Ca rezultat Prestatorul a admis **utilizarea ineficientă a mijloacelor FAOAM estimativ în sumă de 1 067 953,85 lei** $[(3\ 619\ 176,93\ \text{lei}/30,50\ \text{unități})*9,00\ \text{unități}]$, pentru remunerarea a 9,00 unități de personal.

Evaluarea conformității achitării suplimentelor la salariu sub formă de indicatori de performanță a constatat curențe în procesul de evaluare și validare a indicatorilor, generate de insuficiența controalelor interne ale instituției, fapt ce a determinat utilizarea neconformă a mijloacelor FAOAM.

Astfel, prevederile Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837 din 06 iulie 2016 stabilesc:

- pct.14 Instituțiile medico-sanitare publice individual, conform specificului de activitate, **își reglementează mărimea suplimentului pentru performanțe profesionale individuale în muncă, pe categorii de personal**, în baza Indicatorilor-tip de performanțe profesionale individuale în muncă, aprobați de Ministerul Sănătății;

- pct.15 Mijloacele financiare aferente achitării suplimentelor la salariu pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță profesională a muncii, se planifică și **se utilizează doar în acest scop și se stabilesc angajaților instituțiilor sub formă de supliment lunar la salariu pentru îndeplinirea indicatorilor de performanță.**

- pct.16 Achitarea suplimentului la salariu pentru performanțe profesionale individuale în muncă se **efectuează lunar în baza rezultatelor constatate** în urma evaluării performanțelor profesionale a muncii personalului instituției medico-sanitare;

- pct.17 Responsabilitatea pentru evaluarea lunară a îndeplinirii indicatorilor de performanță profesională a muncii **se atribuie Comisiei de evaluare a performanțelor profesionale a muncii, aprobate prin ordinul conducătorului instituției.**

În contextul celor expuse, se menționează faptul că, Prestatorul în perioada supusă evaluării a admis calcularea și achitarea plăților cu caracter stimulator sub formă de indicatori de performanță, unor angajați ai Instituției, în lipsa stabilirii concrete, pe categorii de personal, a suplimentului pentru performanțe individuale și a evaluării îndeplinirii indicatorilor de performanță, fiind suportate cheltuieli neregulate, **în sumă totală de 21 800,30 lei** și contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii **în sumă de 5 232,07 lei.**

Evaluarea corectitudinii acordării suplimentului de plată la salariu pentru cumularea de funcții a constatat nerespectarea prevederilor pct.24² al Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală anexa nr.1 la Hotărârea Guvernului nr. 837 din 06 iulie 2016, fiind calculat și **achitat neregular** supliment pentru cumularea de funcții, reieșind din vechimea maximă în specialitate pentru funcția vacantă în **sumă de 18 403,82 lei** și contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii **în sumă de 4 416,92 lei.** Suplimentul menționat urma a fi calculat și achitat reieșind din vechimea minimă în specialitate.

Un alt aspect relevant în cadrul evaluării compartimentului „Cheltuieli de personal” a constituit remunerarea muncii angajaților încadrați în prestarea asistenței medicale specializate de ambulator. Ca rezultat s-a constatat că, conform Rapoartelor statistice, în cadrul AMSA au fost efectuate, pe parcursul perioadei evaluate, 126647 vizite la medicii specialiști de profil inclusiv, 113285 vizite asigurate, ce reprezintă 89,45% și 13362 vizite contra plată sau 10,55%. Totodată, pe parcursul perioadei de gestiune, Prestatorul pentru prestarea serviciilor contractate la nivel de AMSA, a înregistrat venituri efective, din contul FAOAM, în sumă de 15 745 611,98 lei, sau 85,45% și venituri acumulate din prestarea serviciilor contra – 2 681 771,49 lei – 14,55%.

În anul 2022, pentru remunerarea muncii medicilor specialiști de profil au fost calculate și achitate mijloace financiare, din contul FAOAM, în sumă de 11 104 116,58 lei, iar din contul

serviciilor contra/plată, Prestatorul a utilizat mijloace financiare pentru salarizarea specialiștilor dați în sumă de 1 321 979,68 lei.

Astfel se constată că, Instituția nu dispune de un mecanism de separare a cheltuielilor de personal, fapt ce contravine prevederilor 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*) și nu a stabilit în Politica de contabilitate a Instituției metoda de raportare a cheltuielilor, care nu pot fi raportate separat, care, urma a fi bazată pe repartizarea proporțională pe articole de cheltuieli, reieșind din veniturile obținute, sau numărul serviciilor medicale prestate în cadrul AOAM și celor prestate din alte surse. Concomitent nefiind respectate prevederile pct.3.1 alin.24 stabilite în Contractul bilateral încheiat cu CNAM.

Reieșind din cele expuse, conchidem faptul că proporțional cotei veniturilor obținute, Prestatorul urma să suporte, din alte surse decât cele din FAOAM, mijloace financiare pentru salarizarea specialiștilor de profil în sumă de 1 808 392,97 lei, ca rezultat fiind admisă **dezafectarea mijloacelor FAOAM cu suma de 486 413,29 lei și contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii în sumă de 116 739,19 lei, fapt ce contravine prevederilor art.14 (pct.5) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585 din 27.02.1998.**

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

Evaluarea legalității cheltuielilor suportate pentru medicamente, articole parafarmaceutice și consumabile utilizate în procesul prestării serviciilor medicale în cadrul AOAM a constatat că, în perioada evaluată Instituția a utilizat medicamente din mijloacele FAOAM, achiziționate din veniturile acumulate de la prestarea serviciilor medicale contra plată, donații și ajutor umanitar.

La situația 31.12.2022 datoriile creditoare, la compartimentul dat, au constituit suma de 124 701,67 lei. Conform business - planului pentru anul 2022 din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală au fost planificate cheltuieli pentru medicamente și dispozitive medicale în sumă totală de 2 391 877,24 lei, sau 5,36% din suma contractuală (44 581 481,55 lei), cheltuielile efective au constituit 2 250 832,57 lei și cele de casă au constituit 2 386 966,46 lei.

Nivelul de îndeplinire a cheltuielilor planificate pentru medicamente și dispozitive medicale este redat în tabela ce urmează:

Tipul asistenței medicale	Cheltuieli planificate, lei	Cheltuieli efective, lei	Divergențe +; - lei
AMS	2 041 130,00	1 931 782,43	-109 347,57
AMSA	350 747,24	319 050,14	-31 697,10
Total	2 391 877,24	2 250 832,57	-141 044,67

Reieșind din datele expuse în tabel conchidem faptul că, planul precizat a cheltuielilor de medicamente și dispozitive medicale, a fost realizat la un nivel de 94,10 la sută, fiind înregistrate economii la compartimentul dat în sumă de 141 044,67 lei.

La data de 31.12.2022 Prestatorul dispunea de stocuri de medicamente în sumă totală de 1 008 152,57 lei, acesta fiind comun pentru toate tipurile de asistență medicală.

Prin prisma Ordinului 284/53-A din 23.03.2022 al MS și CNAM "Cu privire la modificarea ordinului comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr 857/241-A /210 „Cu privire la aprobarea normativelor stocurilor de valori materiale”, în scopul reglementării activității economico-financiare a instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, instituțiilor medico-sanitare și de învățământ subordonate Ministerului Sănătății și finanțate de la bugetul de stat, neadmiterii dezafectării mijloacelor

financiare la procurarea valorilor materiale în cantități supra necesităților reale, normativele stocurilor de medicamente, produse farmaceutice și parafarmaceutice este stabilit pentru 60 zile.

Conform prevederilor ordinului sus menționat, normativul stocului de medicamente, produse farmaceutice și parafarmaceutice, nu putea să depășească suma de 375 139,20 lei. Astfel, stocul format constituie o depășire de aproximativ 2,68 ori față de normativul stabilit, sau cu 633 013,37 lei mai mult, astfel fiind imobilizate mijloacele FAOAM, care puteau fi utilizate pentru alte necesități ale IMSP.

Pentru funcționarea Instituției și asigurarea cu medicamente și dispozitive medicale în anul 2022, conform informației prezentate de către șeful serviciului farmaceutic, au fost încheiate 122 contracte în sumă totală de 2 987 119,43 lei.

Medicamentele livrate se recepționează și se păstrează în farmacia Prestatorului, în care funcționează un program informațional de evidență a medicamentelor, care înregistrează toate intrările și ieșirile de medicamente în/din Farmacie și dispune de interconexiuni cu sistemul de evidență contabilă și cu evidența ținută în format electronic în cadrul secțiilor.

Legalitatea cheltuielilor suportate pentru alimentația pacienților

Evaluarea compartimentului alimentarea pacienților a constatat că, pentru anul 2022 la tipul de asistență medicală spitalicească au fost planificate și precizate cheltuieli din FAOAM în sumă de 1 366 360,00 lei. Cheltuielile efective în anul 2022 au constituit 1 298 203,73 lei, ceea ce reprezintă o îndeplinire a nivelului planificat în mărime de 95,01%.

În urma evaluării s-a stabilit că în perioada în anul 2022 blocul alimentar al Instituției a activat din data de 19.05.22, astfel pentru perioada 01.01.2022-18.05.2022 pacienții au fost alimentați prin servicii de catering, conform contractului nr.144 din 30.12.2021 încheiat cu SRL,, Muzcafe Plus”, prețul alimentației pentru o zi a constituit 66,08 lei.

Cheltuielile efective pentru alimentația pacienților pentru anul 2022 a înglobat sumă totală de 1 298 203,73 lei din contul FAOAM, inclusiv: alimentația prin catering în sumă de 568 848,21 lei și alimentația din blocul alimentar în sumă de 729 355,52 lei. Alimentația pacienților pentru anul 2022 a fost achitată și din contul mijloacelor speciale a Instituției, astfel au fost alocate mijloace în suma totală de 159 936,40 lei. Conform datelor statistice în anul 2022 au fost înregistrate 29 143 de zile/pat pe instituție, inclusiv 28839 zile/pat persoane asigurate și 295 zile/pat persoane neasigurate.

Conform documentelor primare contabile costul mediu al produselor alimentare utilizate pentru o zi/pat persoane asigurate în anul 2022 a constituit 45,01 lei (1 298 203,73 lei/28839 zile/pat persoane asigurate). Cheltuielile efective au fost confirmate prin documente primare.

La 01.01.2022 stocul valoric al produselor alimentare a constituit 2810,00 lei, pe parcursul anului au fost achiziționate produse alimentare în sumă de 1 333 586,15 lei. Stocul produselor alimentare la 31.12.2022 a constituit suma de 3 9742,96 lei.

Organizarea alimentației curative (dietetice) în secțiile spitalicești ale instituțiilor medico-sanitare publice este o componentă importantă în terapia completă a pacienților. Alimentarea pacienților se efectuează în bază meniurile de repartiție. Meniurile de repartiție se aprobă de către conducătorul instituției. Prepararea bucatelor incluse în meniul de repartiție se efectuează în baza cartelelor de repartiție.

Cheltuielile pentru suportul alimentar și transport pacienților aflați la tratament antituberculos în condiții de ambulator

Evaluarea corectitudinii calculării, eliberării și raportării cheltuielilor pentru suportul alimentar și transport pacienților aflați la tratament antituberculos în condiții de ambulator a constatat că, conform contractului nr.05-08/53 din 31.12.2021, încheiat între CNAM și IMSP SR Ialoveni, la tipul AMSA pentru anul 2022 pentru alimentarea și acoperirea cheltuielilor de transport a pacienților cu tuberculoză la tratament ambulator, a fost contractată și precizată suma de 649 652,59 lei.

Raportarea și achitarea cheltuielilor pentru suportul alimentar și transport pacienților aflați la tratament antituberculos în condiții de ambulator a fost efectuată prin prisma prevederilor Ordinului comun a MS și CNAM nr.99/52A din 15.02.2017 „Cu privire la unele intervenții de creșterea aderenței la tratamentul antituberculos în condiții de ambulator”.

Conform prevederilor ordinului menționat, pacienților care respectă regimul prescris de tratament, la fiecare priză zilnică supravegheată de medicație, confirmată prin Fișa de tratament TB 01, li se eliberează un tichet alimentar în valoare de 35 lei, cu rambursarea cheltuielilor pentru transport (tur-retur) în echivalent bănesc în sumă de 70 lei lunar. Conform Ordinului comun MS și CNAM nr.914/215-A din 03.10.2022, „Cu privire la modificarea Ordinului comun MS și CNAM nr.99/52A din 15.02.2017” din data de 01 octombrie 2022 valoarea tichetului alimentar a fost 53 lei și cheltuieli pentru transport (tur-retur) în echivalent bănesc în sumă de 140 lei.

Asigurarea pacienților cu produse alimentare în baza tichetelor, s-a efectuat prin intermediul magazinului SRL „Exclusiv” în baza contractului nr.13 din 14.01.2022. Contractul prevede Lista produselor alimentare recomandate pacientului cu tuberculoză, conform Anexei nr.1 la Ordinul menționat.

Conform Raportului privind acoperirea cheltuielilor pentru tichetele alimentare și cheltuieli de transport (tur-retur) acordate pacienților cu tuberculoză, care urmează tratament în condiții de ambulator, Anexa nr.3 la Regulamentul aprobat prin ordinul MS și CNAM nr. 99/52A din 15.02.2017, în perioada anului 2022, de suport social din fondurile CNAM au beneficiat în mediu 36 pacienți pe lună aflați în tratament.

Cheltuielile efective pentru alimentarea și cheltuieli de transport a pacienților TBC la tratament ambulator în anul 2022 au constituit suma totală de 517 939,00 lei, inclusiv: 36 459,00 lei pentru cheltuieli de transport și 481 480,00 lei cheltuieli pentru alimentație.

Conform contractului bilateral Prestatorul a încasat de la CNAM suma totală de 517 939,00 lei pentru alimentarea și cheltuieli de transport a pacienților TBC la tratament ambulator, astfel fiind formate economii în suma de 131 713,59 lei.

Corectitudinea reflectării cheltuielilor la articolul „alte cheltuieli”

Conform devizului de venituri și cheltuieli, pentru anul 2021 la compartimentul „alte cheltuieli” au fost planificate și precizate mijloace din FAOAM în sumă totală de 5 790 188,79 lei, cheltuielile efective au constituit 5 618 920,10 lei, inclusiv: în sumă de 4 069 704,12 lei pentru AMS și 1 549 215,98 lei pentru AMSA, fiind executate în proporție de 97,04 la sută față de planul precizat.

Urmare evaluării privind eficiența utilizării mijloacelor FAOAM la compartimentul „alte cheltuieli” s-a constatat că în anul 2022 veniturile Instituției sau format din veniturile FAOAM, veniturile acumulate de la prestarea serviciilor contra plată și alte venituri. Reieșind din suma veniturilor acumulate cota procentuală a veniturilor obținute de la prestarea serviciilor contra plată a constituit **8,07%**, respectiv, prin prisma 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, Prestatorul a asigurat respectarea cotei procentuale la articolul „alte cheltuieli” a cheltuielilor în raport cu veniturile obținute din prestarea serviciilor contra plată.

Evaluarea a constatat că, Instituția nu a expus mecanismul de separare și metoda de raportare a cheltuielilor în Politica de contabilitate, fapt ce contravine prevederilor pct.28 din Normele 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, anexă la la Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr. 29/21 -A din 22.01.2021,

conform cărora „**Prestatorul de servicii medicale alege metoda de raportare a cheltuielilor respective, care va fi expusă obligatoriu în Politica de contabilitate a prestatorului**”.

Conform prevederilor pct.22 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 Ministerului Sănătății Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.29/21 din 22.01.2021, cota minimă a cheltuielilor planificate/executate pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori efectuate la trimiterea medicului specialist de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic (PU) al AOAM, contractate prin metoda „per capita”, pentru IMS de nivel raional prestatoare de AMSA, constituie 2,5% din suma contractuală.

Pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice specificate în anexa nr.4 la Programul unic prestate de alți prestatori la trimiterea medicului specialist de profil (AMSA), pentru anul 2022, Prestatorul a planificat mijloace financiare din FAOAM, în sumă totală de 381 000,00 lei, ceea ce constituie 2,40% din suma contractuală, fiind diminuată cota minimă prevăzută în Normele metodologice cu 0,10%. Cheltuielile efective au fost executate în sumă de 308 488,00 lei, ori Prestatorul neargumentat a planificat cu 15 933,14 lei mai puțin decât normativul stabilit, totodată suma planificată nu a fost executată integral, nefiind valorificată suma de 72 512,00 lei.

Este important de menționat, că Prestatorii de asistență medicală specializată de ambulator, care nu dispun de capacități necesare pentru efectuarea anumitor investigații paraclinice prevăzute în Anexa nr.4 la Programul Unic al AOAM, **urmează să planifice, în mod obligatoriu**, mijloace financiare pentru realizarea investigațiilor respective conform protocoalelor clinice naționale, în baza contractelor încheiate cu alți prestatori de servicii medicale **și să le valorifice în volum deplin**.

Reieșind din cele relatate și în lipsa unei *Note de argumentare*, **Prestatorul neargumentat a redus cota minimă pentru efectuarea investigațiilor menționate, totodată nu a valorificat suma planificată de 72 512,00 lei**, fapt ce contravine prevederilor pct.22 al 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 și pct.5 „Condiții speciale” ale Contractului bilateral încheiat cu CNAM.

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 în sumă de 3 873 881,14 lei și solduri de mijloace bănești în sumă de 864 923,52 lei. Concomitent, Prestatorul a înregistrat creanțe față de CNAM la finele anului de gestiune în sumă totală de 818 392,18 lei, inclusiv: 474 733,59 lei la asistența medicală spitalicească și 343 658,59 lei la asistența medicală specializată de ambulatoriu.

Partea preponderentă a datoriilor, a fost înregistrată la compartimentul cheltuieli de personal – 89,34 la sută, sau 3 461 053,50 lei. La compartimentul medicamente și dispozitive medicale, au fost înregistrate datorii în sumă de 124 701,67 lei, fiind cauzate în mare măsură de stocuri excesive de medicamente la finele perioadei de gestiune iar la compartimentul alte cheltuieli datoriile au constituit suma de 222 976,03 lei, fiind cauzate preponderent de prezentarea cu întârziere, de către agenții economici, a facturilor fiscale și la alimentarea pacienților în sumă de 65 149,94 lei. La sfârșitul anului instituția înregistra achitări în avans în sumă de 30 071,56 lei.

În baza celor relatate, Instituția a admis înregistrarea datoriilor fără acoperire financiară în sumă de 1 011 160,92 lei la AMS și respectiv 1 179 404,52 lei la AMSA.

Denotă atenție faptul că, la finele anului 2021 în total pe Instituție, datoriile neacoperite financiar constituiau suma de 1 313 615,28 lei, respectiv **se constată o creștere a acestora cu 876 950,16 lei la finele perioadei evaluate**.

BLOCUL MEDICAL

Asistenta medicală spitalicească (în continuare – AMS) cât și asistența medicală specializată de ambulator (în continuare – AMSA) se acordă persoanelor asigurate de către medicul specialist de profil, inclusiv și persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice, prevăzute în Lista din pct.10 din NM.

Secția Consultativă (AMSA) acordă asistență medicală cu activitate polivalentă: profil terapie inclusiv și pentru adolescenți, reumatologie, cardiologie, gastroenterologie, nefrologie, endocrinologie, infecțioase, fizioterapie, kinetoterapie, diagnostic funcțional, imagistică-sonografie, chirurgie, ortopedie-traumatologie, endoscopie, oncologie, ginecologie, oftalmologie, ORL, neurologie, narcologie, dermatologie – în total pe 24 profiluri, inclusiv ftiziatrie.

Contrar prevederilor pct.74 din Normele metodologice de aplicare a PU și a Ordinului MS nr.100 din 10.03.2008 „Cu privire la Normativele de personal medical”, pe parcursul anului 2022 Instituția **nu a fost asigurată cu specialiști** de profil la următoarele specialități: **alergolog, geriatru, pediatru, proctolog, surdolog și nu au fost încheiate contracte cu alți prestatori de astfel de servicii consultative**. Respectiv, se prezumă că, pacienții la necesitate au fost condiționați să-și procure serviciile de consult în alte instituții.

În rezultatul evaluării procesului de programare a pacienților la medicul specialist, s-a constatat că, există liste de programare a pacienților (F nr.040/e). Timpul de așteptare la medicii specialiști este de 1-7 zile, cu excepția vizitelor la medicul neurolog, cardiolog pentru care pacienții așteaptă până la 20 zile uneori și mai mult.

Evaluarea privind corectitudinea datelor reflectate în rapoartele lunare/annual prezentate la CNAM a constatat faptul că, în rapoarte au fost incluse doar vizitele persoanelor asigurate înregistrate în registrele medicilor specialiști (F nr.1-03r).

Conform formularului statistic nr.1-10/d cât și datelor oficiale din Raportul statistic anual (nr.30-săn) numărul total de vizite la medicii specialiști din cadrul AMSA pe perioada anului 2022 a constituit – 141113: la persoane asigurate – 126637 (89,7%), inclusiv copii 20442 (14,4%). Cei mai solicitați specialiști au fost medicii specialiști neurolog, traumatolog, ORL, chirurg, ginecolog, cardiolog, ftiziopulmonolog, etc. Cu scop profilactic au fost efectuate 23186 vizite, inclusiv 7858 vizite copii.

Concomitent, în cadrul secției consultative s-au realizat investigații de laborator iar USG, FEGDS, ECG, spirografia, radiografia prestate în cadrul secției de diagnostică funcțională amplasată în incinta secției consultative.

Un șir de servicii prevăzute în Lista manoperelor medicale specifice pentru unele specialități/servicii, din Anexa nr.3 la PU cum ar fi (flebotatii varicoase superficiale, fimoză decolatărea/debridarea, histeroscopie cu biopsie, diatermoelectroexcizia colului uterin, avortul prin aspirare vacuum manuală, autorefractometria, oftalmodinamometria, tratamentul cu laser la polul posterior și anterior, fotocoagularea focală a retinei, iridectomia cu laser, ecografia sinusurilor paranazale, drenarea sinusului maxilar, uretrosopia, cistosopia, biopsia mamară și a ganglionilor limfatici axilari) **nu pot fi prestate din lipsa aparatajului medical, lipsa condițiilor de efectuare și colectare, fapt ce induce la mărirea artificială a spitalizărilor neargumentate**. Activitatea chirurgicală de ambulator a fost constituită dintr-un număr modest de intervenții efectuate pe parcursul anului 2022 - în **total 698 intervenții**, și anume: 170-intervenții pe ochi, intervenții ginecologice 13, sistemul osteo-articular 253, profil chirurgical 262. Respectiv, Prestatorul nu asigură respectarea întocmai a prevederilor pct.3.1 alin.7 al Contractului ce țin de obligativitatea de a acorda servicii medicale persoanelor, utilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic și tratament.

Accesul populației la investigațiile paraclinice prevăzute în Anexa nr. 4 compartimentul II la Programul unic **este limitat**. Din cele **740** poziții incluse în anexă, Instituția efectuează doar 151 (20,4%) poziții, inclusiv 139 (18,7%) poziții efectuate prin contracte cu alți prestatori. Respectiv, Instituția nu dispune de investigații pe **450 (60,8%) poziții**. 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 2 contracte de prestare a serviciilor medicale cu instituții medicale, fiind executate în sumă totală de 350273,00 lei pentru AMSA, și anume:

- Contract nr.2/22 din 13.01.2022 cu „CSD LAB” SRL pentru servicii de morfopatologie 479 servicii în sumă de 113 497,00 lei - executat integral.

- Contract nr.89/22/SM/ME-C/6 din 03.01.2022 cu SC„IMUNOTEHNOMED” SRL pentru determinarea parametrilor hematologici și clinici generali, biochimici, imunologici, bacteriologici, citomorfologici, teste alergologice, determinarea ARN, ADN al agenților patogeni prin metoda PCR, investigații anatomopatologice, executat total 1776 servicii în sumă de 236 776,00 lei.

Conform Raportului statistic nr.30-săn, în perioada supusă evaluării în cadrul AMSA au fost efectuate total 34998 analize de laborator: clinice 8255, hematologice 12048, biochimice 7743, imunologice 4511, microbiologice 2441.

La nivel de AMSA conform prevederilor Anexei nr.4 la PU sunt prevăzute **71 servicii de fizioterapie și reabilitare medicală** cu metode fizice. Instituția dispune și efectuează **45 (63,3%)** servicii de fizioterapie și reabilitare medicală, respectiv **26 servicii (36,7%)** nu au fost contractate. Pe parcursul anului 2022 au beneficiat de servicii de fizioterapie și reabilitare **1560 pacienți** (37393 ședințe: inclusiv fizioterapie 28224, kinetoterapie 7823, masaj 1346).

Pe parcursul perioadei evaluate Instituția a beneficiat de cota parte din volumele contractate de CNAM la alți prestatori de servicii de înaltă performanță (SÎP), care au fost efectuate la trimiterea medicilor specialiști (prevederile Anexei nr.5 la PU). Instituția dispune de Registrul persoanelor asigurate pentru care s-au prescris SÎP. În conformitate cu prevederile Normelor metodologice de aplicare a PU, în cadrul evaluării a fost analizată corectitudinea selectării, trimiterii și argumentarea efectuării SIP în anul de activitate 2022, ca rezultat s-a constatat că pentru **2 servicii în documentația medicală n-a fost justificată argumentarea necesității efectuării SÎP** și anume: pacientul D.M. a.n.1953 la indicația ftiziopulmonologului pe 23.09.2022 a efectuat Tomografia computerizată spiralată cu imagine tridimensională a toracelui și a mediastinului fără contrast la aparatul spiralat 64 Slices, cod procedură-1255.3; pacienta G.L. a.n.1990 la indicația neurologului a efectuat pe 24.03.2022 Rezonanța magnetică nucleară a coloanei lombosacrale la aparatul 1,5 Tesla, cod procedură-1326.48. **Total suma nevalidată - 2 339,00 lei (CT-1022,00 lei +RMN-1317,00 lei).**

Corectitudinea prescrierii medicamentelor compensate din FAOAM a fost efectuată prin prisma prevederilor Hotărârii Guvernului nr.1372 din 23.12.2005 „Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală”; Hotărârii Guvernului nr.106 din 23.02.2022 „Cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulator 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 ministrului sănătății și al directorului general al CNAM nr.605/133-A din 21.06.2022 „Cu privire la medicamentele și dispozitivele medicale compensate din fondurile AOAM”.

Instituția a fost asigurată în cantități suficiente cu formulare de rețete compensate, de model aprobat (F nr.3/C). Prin ordinul intern nr.63 din 07.07.2022, în cadrul Instituției contabil-casieră M.T. este desemnată persoana responsabilă de păstrarea, distribuirea și evidența formularelor de rețetă.

Prin ordinul nominalizat responsabilitatea de prescriere a medicamentelor compensate antidiabetice pentru tratament în condiții de ambulator în lipsa medicului endocrinolog C.V. a fost desemnată medicul internist A. V.

În total, pe parcursul a.2022, au fost eliberate către medicii prescriptori 1825 formulare de rețetă, care ulterior au fost completate și atribuite pacienților, inclusiv 109 formulare rebutate/anulate. Potrivit datelor sistemului informațional „Medicamente compensate” (SI MC) în perioada ianuarie-decembrie 2022, prin intermediul farmaciilor contractate de CNAM au fost valorificate 1572 rețete emise de Prestator, de facto au fost valorificate 1308 rețete. În acest

context menționăm că, evaluarea/verificarea seriei și numărului rețetei a constatat faptul că, cele 264 rețete nu au fost primite în gestiunea secției consultative din cadrul Prestatorului și au fost introduse greșit în SI MC de reprezentanții farmaciilor. Evaluarea F nr.3/C de rețete a constatat prescrierea nereglementată a 2 rețete de insulină, contrar prevederilor HG nr.1372/2005 și HG nr. 106/2022, au fost prescrise medicamente care depășesc necesarul pentru maxim 3 luni de tratament: reț. nr. 0141899483 Insulinum Humanum nr. 15 susp.inj.cartus- 1235,70 lei și reț. nr. 0220206681 Insulinum Humanum nr. 15 susp.inj.cartus- 1215,87 lei. Suma nevalidată constituie - **2451,57 lei**.

Menționăm că în cadrul AMSA în a.2022 drept de prescriere a medicamentelor compensate a avut medicul neurolog care pe parcursul anului nu a prescris medicamente. Totodată, Prestatorul nu a asigurat prezentarea la CNAM Listei medicilor cu dreptul de a prescrie medicamente compensate, fapt ce denotă nerespectarea prevederilor pct.6 din HG nr.106/2022. Astfel, prescrierea a fost realizată în întregime de medicii de familie.

Evaluarea activității Serviciului de fziopulmonologie din cadrul AMSA

Procesul de prestare a serviciilor pentru pacienții cu Tbc este reglementat de prevederile Legii nr.153 din 04.07.2008 „Cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei” cu modificările și completările ulterioare și condițiile contractuale. În anul 2022 conform condițiilor contractuale, finanțarea serviciilor pentru pacienții cu Tbc AMSA s-a efectuat „per serviciu” (suma contractuală a constituit – 762526,49 lei, modificată prin Acord Adițional nr. 2 din 21.10.2022 – 649652,52 lei).

Conform datelor statistice prezentate de IMSP SR Ialoveni, incidența cazuri noi+recidive în anul 2022 a constituit 13 cazuri. Cazuri noi în rândul copiilor -1. Din totalul de 45 cazuri noi depistate, cota Tbc cazuri noi depistate profilactic a constituit 0%, cota formelor bacilifere – 26,6% sau 12 persoane, cota formelor de Tbc cu destrucții – 13,3% sau 6 persoane și cota Tbc MDR – 22,2 % sau 11 persoane inclusiv 1 caz nou. Aceste cazuri ale pacienților depistați cu Tbc fac parte din grupele de risc sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză, care urmau a fi examinați radiologic anual. Din numărul total de pacienți luați în evidență - 12 au abandonat tratamentul, inclusiv 2 copii. S-au constatat decese în anul de gestiune - 7 cazuri. Evidența acordării asistenței medicale persoanei aflate în evidență și tratament este reflectată în fișa medicală de ambulatoriu (F-025/e) și în fișa de tratament al bolnavului cu Tbc (formularul TB-01).

Conform pct.pct.20, 21 al Ordinului MS și CNAM nr.99/52-A din 15.02.2017 „Cu privire la unele intervenții de creștere a aderenței la tratamentul antituberculos în condiții de ambulator”, 75 pacienți au beneficiat de tichete de alimentare în valoare de 35,00 lei per zi și de compensații pentru cheltuielile de transport - 75 lei lunar (lunile ianuarie-septembrie). Din luna octombrie până la finele anului tichete de alimentare în valoare de 53,00 lei per zi și compensații pentru cheltuielile de transport - 140 lei. Suma totală valorificată a constituit 517 939,00 lei (alimentare 481480,00+36459,00 cheltuieli pentru transport).

Asistența Medicală Spitalicească

Evaluarea activității secției de internare

Conform condițiilor contractuale suma alocată secției de internare/DMU pentru persoanele asigurate, care ulterior nu au fost spitalizate în anul 2022 constituia – 153 949,27 lei, metoda de plată fiind – *buget global*.

Secția de internare este amplasată în blocul A al policlinicii raionale și cuprinde următoarele încăperi: registratura, ordinator, săli de: triaj, proceduri, pansamente, urgențe medicale, de examinare și supraveghere, pentru colaboratori și sala de igienizare, bloc sanitar, debara și depozit. Sala de urgențe medicale este dotată cu cardiomonitoare, electrocardiograf, concentrator de oxigen, cardiodefibrilator, 2 paturi, 3 noptiere, 1 dulap pentru păstrarea medicamentelor. În secție activează 5 medici interniști, 5 asistente medicale și 4 infermiere.

Secția de internare acordă asistență medicală tuturor pacienților care se adresează cu stări acute sau acutizarea afecțiunilor cronice, cu completarea „Registrului de evidență a internărilor bolnavilor și renunțării la spitalizare” (Formular nr.001/e).

Pe parcursul anului 2022 în secția de internare s-au adresat după asistență medicală 5899 persoane, inclusiv 4629 persoane asigurate sau 78,5%. În **total au fost spitalizați 4696** (79,6% din număr total de adresări), *inclusiv 4598 persoane asigurate* (97,9%). Din numărul total spitalizați – 2550 spitalizări urgente sau 54,3%, inclusiv 2464 la persoane asigurate și 2146 (45,7%) spitalizări programate, inclusiv 2134 la persoane asigurate. După acordarea ajutorului medical necesar și în lipsa indicațiilor pentru tratamentul ulterior în condiții spitalicești, 260 pacienți au fost transferați în alte IMS, la 854 persoane a fost recomandat tratamentul ambulatoriu și 89 pacienți au refuzat spitalizarea.

Conform datelor din Registrul de evidență a procedurilor (Formular nr.029/e), în perioada de referință în cadrul secției de internare au fost efectuate investigații medicale și anume: hemograme – 2014, urograme – 368, analize biochimice – 1716, troponina - 200, ECG – 29, investigații radiologice – 134, USG – 121 și VEDS – 7.

De către echipa de evaluare au fost evaluate aleatoriu Registrele de evidență a internărilor bolnavilor și renunțării la spitalizare (Formular nr.001/e) în cadrul secției de internare pe parcursul a. 2022. În rezultatul evaluării s-au constatat următoarele:

- evidența adresărilor este reflectată în „Registrele de evidență a internărilor bolnavilor și renunțării la spitalizare”;
- în cazurile rezolvării problemei la nivelul secției de internare datele referitor la asistența medicală acordată și investigațiile efectuate sunt fixate în Registrul menționat mai sus;
- în cazul spitalizării pacientului datele referitor la asistența medicală acordată și investigațiile efectuate sunt reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar;
- în lipsa indicațiilor pentru tratamentul spitalicesc, pacientului se eliberează biletul trimitere-extras (formular 027/e) cu recomandările pentru tratamentul ambulator ulterior;
- în unele cazuri în Registrul sus menționat nu se indică ora plecării pacientului din secția de internare sau lipsește semnătura pacientului cu refuz de spitalizare.

Deficiențe în completarea documentației medicale

Constatări de ordin general:

- nu se respectă prevederile Ordinului MS nr.265 din 03.09.2009 „Privind Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar”;
- contrar prevederilor Ordinului MS nr.426 din 11.05.2012 „Privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară”, s-au constatat că Foaia de prescripții medicale la FMBS este neconformă, deoarece nu este specificată sursa de achiziționare a medicamentelor - spital (S), ajutor umanitar (U) și a pacientului (B).

Evaluarea cazurilor la Program „Chirurgie de zi”

În cadrul programului „Chirurgie de zi”, realizat în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare au fost contractate 200 cazuri cu ICM 0,5863 în sumă de 656 421,48 lei. Efectuate și raportate 205 cazuri din care: 12 persoane – fiind internați în mod programat și 193 – internări în mod de urgență.

Urmare a evaluării cazurilor prezentate la acest program s-au constatat cazuri raportate, unde au fost nejustificat codificate diagnostice concomitente/secundare. Menționăm că, tratamentul în cadrul Programului „Chirurgie de zi” prevede intervenția chirurgicală pentru o patologie concretă. Reieșind din prevederile SC 0002, alte maladii secundare nu pot fi rezolvate în cadrul spitalizării de până la 24 ore. Astfel, în 26 cazuri au fost codificate diferite forme de anemii (D62; D50.0; D50.9; D59.9; D64.9), în 4 cazuri - hipertensiunea esențială primară (I10) și în 3 cazuri - diabetul zaharat (E10.6; E10.9; E11.9). Totodată evaluarea denotă că în cazurile

prenotate, în prezența procedurii/intervenției chirurgicale efectuate, aceste codificări nejustificate nu au influențat asupra grupării cazurilor și nu au avut impact asupra indicelui de complexitate.

În contextul celor expuse, Prestatorului i se recomandă asigurarea respectării prevederilor Ordinul MS și CNAM nr.839/427-A din 21.08.2014 „Cu privire la aprobarea materialelor pentru codificarea medicală a maladiilor și intervențiilor în cadrul sistemului DRG”. Mai mult ca atât recomandarea prenotată vizează responsabilitatea Prestatorului pentru nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în sistemul DRG. Astfel, conform prevederilor pct.5.1 alin.6) din Contract în cazul în care prin nerespectarea materialelor codificării se constată mărirea neargumentată a costului cazului, ca urmare a efectuării auditului codificării, se va reține diferența de cost al cazurilor de până la și după auditul codificării. Totodată, conform prevederilor pct.54 din Regulamentul de evaluare, în cadrul evaluării (fără aplicarea auditului codificării) cazurile vor fi invalidate, dacă vor fi constatate nerespectarea convențiilor și standardelor de codificare a diagnosticelor și procedurilor medicale.

Cazuri tratate care cad sub incidența criteriilor generale de invalidare conform Regulamentului privind evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul AOAM, aprobat prin Ordinul CNAM nr.18-A din 25.01.2023 (pct.pct.49, 51)

➤ **Caz tratat a persoanei neasigurate dar prezentată ca asigurată - 40 cazuri.**

Conform prevederilor alin. 5 pct.3.1 din Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM, Prestatorul este obligat să verifice, la acordarea serviciilor medicale, statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a Companiei și actele care atestă identitatea pacientului, iar în cazul spitalizării, **să stabilească statutul de persoană asigurată/neasigurată la momentul internării.**

De menționat, că la verificarea statutului persoanei în cadrul AOAM s-a constatat introducerea greșită a nr. documentului/IDNP în FMBS și SI DRG, de ex. FMBS nr. 1031, fapt care a complicat activitatea de evaluare și eventual are efect negativ asupra activității Instituției și serviciului audit medical pe intern.

Astfel, prin prisma prevederilor contractuale prenotate, cazurile tratate au fost evaluate privind statutul de persoană asigurată. Urmare a verificării datelor disponibile în SIA AOAM al CNAM, **au fost invalidate: FMBS nr. 121, 4280, 3589, 3551, 3060, 2626, 558, 1199, 946, 574, 481, 390, 169, 48, 4511, 1019, 889, 1484, 1483, 1779, 1829, 2137, 1869, 513, 559, 2760, 2912, 3039, 3204, 3462, 3294, 3781, 101, 120, 241, 308, 1172, 4815, 4266, 3804.**

➤ **Cazuri tratate prezentate spre achitare, care a fost achitat integral sau parțial de pacient sau de altă persoană fizică - 3cazuri:**

FMBS nr. 1856 (bon de plată în sumă de 475,00 lei), **nr. 2697** (bon de plată în sumă de 1064,00 lei), **nr. 542** (bonuri de plată în sumă de 600,69 lei; 940,00 lei; 392,00 lei; 470,00 lei; 1175,00 lei).

➤ **Cazul pacientului spitalizat, cu act medical neefectuat, necodificat în modul corespunzător - 4 cazuri:**

Urmare evaluării, s-a constatat, prezența cazurilor cu durată scurtă de spitalizare cu transfer în alte instituții spitalicești pentru tratament. Conform prevederilor SC 0012 în aceste cazuri la DSec urma de codificat Z 75.3 Centre medicale nedisponibile sau neaccesibile:

- **Secția terapie: FMBS nr.2564** - 1 zi/pat, transfer în altă IMS cu Tuberculoză pulmonară, Z 75.3 nu se codifică, dar codificate 5 diagnostice secundare; Analogic: **FMBS nr.3692** - 1 zi/pat; **FMBS nr.4869** - 1 zi/pat, transfer în altă IMS cu Consum de alcool, delir?, Z75.3 nu se codifică, dar codificate 4 diagnostice secundare.

- **Secția ginecologie: FMBS nr.3658**, în aceeași zi pacienta se transferă la IMSP SCR cu suspexie la Apendicită, dar Z 75.3 nu se codifică.

➤ **Caz de spitalizare neîntemeiată - 1 caz:**

- **Secția maternitate: FMBS nr.2204**, pacientă spitalizată la 12.06.2022 cu starea generală la internare satisfăcătoare, travaliu regulat nu are, acuză dureri surde în hipogastriu, MF se simte

bine, uterul în tonus normal, externată la 14.06.2022. Următoarea spitalizare la data de 16.06.2022 când a survenit nașterea.

➤ **Caz cu nerespectarea convențiilor și standardelor de codificare a diagnosticilor și procedurilor medicale – 15 cazuri:**

Urmare evaluării, s-a constatat, prezența cazurilor cu durată scurtă de spitalizare cu externarea pacienților din motivul stării epidemiologice în secție sau prezenței testului Covid pozitiv la pacienți. În aceste cazuri în FMBS, conform prevederilor SC 0011 era necesar să se codifice la DSec doar Z53_fapt care nu s-a efectuat.

- *Secția terapie: FMBS nr.2480*, 1 zi/pat, pacient cu d-cul: „Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare”, spitalizat în mod programat la data de 30.06.2022, a doua zi (01.07.2022) pacientul este externat din motivul sistării activității secției (situație epidemiologică), dar codificate nejustificat 6 diagnostice secundare: Diabetul zaharat insulino-dependent cu complicații vasculare periferice, Hipertensiunea esențială (primara), Sechelele infarctului cerebral, Tetraplegia, fără precizare, Polinevrita diabetica (E10-E14⁺ cu cea de a patra cifra.4) și Alte pancreatite cronice. Analogic: *FMBS nr. 2431; 758; 1255; 2481; 2468; 2460; 2470; 2479; 355; 2458; 2482; 2456; 2467.*

- *Secția ginecologie:FMBS nr.3929*, incorect s-a codificat procedura de tip „Alte proceduri asupra colului uterin”, care a clasat cazul în DRG-ul: Conizație, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin și valvei, de facto, s-a efectuat tamponada vaginului.

Evaluarea cazurilor tratate cronice la program Reabilitare

Îngrijirile de Reabilitare Medicală au fost evaluate prin prisma Regulamentului „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului Reabilitare Medicală și Medicină Fizică din Republica Moldova”, aprobat prin Ordinul MS nr.432 din 25.05.2011, având ca prerogativă combinarea unui șir de măsuri și terapii în scop de a îmbunătăți calitatea vieții pacienților: îmbunătățirea funcționării fizice și mentale, precum și capacității de participare activă în cadrul societății a persoanelor cu dizabilități ca urmare a bolilor sau traumatismelor, prin folosirea unor mecanisme fiziologice (precum reflexele, adaptabilitatea funcțională, neuroplasticitatea).

Ținem să menționăm că, serviciile de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice (ex. electroterapie, aerosolo-aerosoloterapie, fototerapie, terapie cu energie mecanică, termoterapie, masajul curativ și kinetoterapie) indicate pacienților tratați la profilul vizat au fost acordate în cadrul secției de Reabilitare Medicală și Medicină Fizică.

În anul 2022 la programul „Reabilitare”, Prestatorul a efectuat 1646 cazuri tratate asigurate cu 13502 zi/pat. Durata medie de spitalizare a constituit 8,2 zi/pat, în majoritate cazurilor fiind de 8-9 zile/pat. Urmare a evaluării FMBS prin prisma pct.108 1) din Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.2016, cu modificări și completări, s-a stabilit următoarele:

- **9 cazuri de internare neregulamentară – fără bilet de trimitere emis de medicul de familie sau medicul specialist**, după cum urmează: **FMBS nr. 2204218**, spitalizare: 17.11-02.12.2022, d-cul principal: Ciroză hepatică etiologie toxico-metabolică fază activă, evoluție progresivă, decompensare. Pacienta a fost internată prin serviciul AMU în mod urgent. Analogic: **FMBS nr.2200569, 2201828, 2204462, 2204564, 2200173, 2201936, 2201787, 2204735.**

- ***în 29 cazuri nu s-a ținut cont de contraindicații pentru admiterea în tratament de reabilitare*** (ex. tumori maligne incurabile, sindromul convulsiv, epileptic, hemoragic, ciroza hepatică, procese inflamatorii în faza acută, diabet zaharat, forma gravă, bolile hematologice, pacienți cu tulburări cognitive severe) și ca urmare, tratamentul s-a efectuat contrar prevederilor Anexei nr.10 la Ordinul MS nr.432 din 25.05.2011: **FMBS nr. 2202450**, spitalizare: 28.06 – 05.07.2022, d-cul principal: Infarctul cerebral datorita trombozei arterelor cerebrale; **FMBS nr. 2203524**, spitalizare: 26.09-03.10.2022. d-cul principal: Tumora maligna stomac, fără precizare. Metastaze în ficat. Analogic: **FMBS nr. 2104505, 2204734, 2201371, 2202271, 2203970, 2203503, 2204056, 2203014, 2204204, 2204203, 2204091, 2203711, 2203636, 2203859,**

2203523, 2203392, 2202714, 2200273, 2201145, 2201464, 2200009, 2203874, 2203093, 2203527, 2203812, 2202385, 2200164.

• **9 cazuri de internare neîntemeiată; nerezolvate; externare neîntemeiată cu durata scurtă de spitalizare; act medical neefectuat/abandon și refuz de tratament, fără codificare conformă, din ele:**

- **4 cazuri refuz de tratament:** menționăm prezența cazurilor când după acordarea asistenței medicale, pacienții părăsesc secția sau refuză tratamentul în condiții de staționar din diferite motive, respectiv, conform prevederilor SC 0011, Prestatorul urma să codifice la DSec doar codul Z53.1 Act medical neefectuat prin decizia persoanei respective pe motiv de convingere sau presiune socială, sau Z53.8 Act medical neefectuat pentru alte motive precizate. Exemplu: **FMBS nr.2200479**, d-cul: Pancreatită cronică recidivantă, acutizare. După 1 zi de tratament refuză continuarea tratamentului. Similar: **FMBS nr.2204531, 2200374, 2202469.**

- **3 cazuri nerezolvate** - cazuri a pacienților internați pentru reabilitare cu durată scurtă de tratament, externați nefiind rezolvați (pe parcursul spitalizării s-a confirmat testul pozitiv la infecție Covid), necodificate corespunzător - lipsa Z53.8: **FMBS nr.2202475, 2202411, 2202478.**

- **2 cazuri externare neîntemeiată -FMBS nr.2202861**, d-cul:BCV Encefalopatie mixtă gr.II. Coxartroză fără precizare. NACF pe stânga gr. IV. La internare în urogramă 5-7 leucocite. În dinamică nu se repetă analizele. Nu se examinează prin USG sistemul renal. După 5 zile de tratament se externează nefiind finisat programul de reabilitare. Analogic: **FMBS nr.2202860.**

Total cazuri invalidate - 47.

Evaluarea volumului serviciilor medicale prestate persoanelor refugiate din Ucraina și a cheltuielilor aferente

În cadrul evaluării a fost verificată respectarea de către Prestator a prevederilor Ordinului CNAM nr.79-A din 18.04.2022 „Cu privire la raportarea serviciilor medicale prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina, care nu sunt titulari ai dreptului de ședere în Republica Moldova și a cheltuielilor aferente”, nr.89-A din 19.04.2022 „Cu privire la raportarea serviciilor în domeniul sănătății reproductive prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina și a cheltuielilor aferente”, nr.135-A din 22.06.2022 „Cu privire la raportarea serviciilor medicale prestate copiilor refugiați din Ucraina (vârsta 0-18 ani) și a cheltuielilor aferente” și nr.256-A din 16.11.2022 „Cu privire la modificarea unor Ordine ale directorului general al CNAM” prin prisma verificării veridicității datelor raportate la CNAM. În urma evaluării s-au constatat următoarele:

• **Asistența medicală specializată de ambulator.**

Conform datelor din darea de seamă despre volumul acordat de servicii medicale în cadrul *asistenței medicale specializate de ambulator* în cazurile de urgențe medico-chirurgicale și COVID-19, acordate cetățenilor refugiați din Ucraina (**Ordinul nr.79-A din 18.04.2022**) pe perioada anului 2022 au fost raportate **129 cazuri** cu efectuarea a **274 servicii** în sumă totală de **17671,00 lei**. Respectiv, în conformitate cu prevederile **Ordinului nr.89-A din 19.04.2022** pe perioada anului 2022 au fost raportate **29 cazuri** cu efectuarea a **47 servicii** în sumă totală de **4058,00 lei** și în conformitate cu prevederile **Ordinului nr.135-A din 22.06.2022** – **5 cazuri** cu efectuarea a **7 servicii** în sumă totală de **638,00 lei**.

În total pe perioada anului 2022 au fost raportate **163 cazuri cu efectuarea a 328 servicii în sumă totală de 22367,00 lei**. În urma evaluării s-a constatat, că persoanelor respective le-a fost acordată asistența medicală în conformitate cu diagnosticul stabilite.

• **Asistență medicală spitalicească.**

Conform datelor din darea de seamă despre volumul acordat de *asistență medicală spitalicească* în cazurile de urgențe medico-chirurgicale și COVID-19, acordate cetățenilor refugiați din Ucraina (**Ordinul nr.79-A din 18.04.2022**) pe perioada anului 2022 au fost raportate **7 cazuri tratate** în condiții de staționar. Respectiv, în conformitate cu prevederile **Ordinului nr.89-A din 19.04.2022** pe perioada anului 2022 au fost raportate **4 cazuri tratate** în condiții de staționar.

În total pe perioada anului 2022 au fost raportate 11 cazuri tratate în condiții de staționar. În urma evaluării *s-a constatat, că persoanelor respective le-a fost acordată asistența medicală în conformitate cu diagnosticele stabilite.*

Evaluarea procesului de codificare clinică prin auditul codificării

Scopul auditului de codificare clinică

Evaluarea calității codificării datelor clinice de către Prestator, identificarea lacunelor în colectarea, înregistrarea și codificarea datelor, contribuirea la revizuirea procesului de codificare, asigurarea rambursării corecte în funcție de consumul de resurse pentru serviciile prestate.

Abrevieri

FMBS – Fișa medicală a bolnavului de staționar

DPr – Diagnostic principal

DSec – Diagnostic secundar

PPr – Procedura principală (intervenția chirurgicală principală)

PSec – Procedura secundară

SC – Standardele codificării australiene ICD-10-AM

DRG – Grupe de diagnostice

ICM – Indice de complexitate a cazurilor

SI DRG – Sistem informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG”

Baza normativă:

- Contractul de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/53 din 30.12.2022.
- Regulamentul privind monitorizarea și evaluarea 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.
- Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX) aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.397/125-A din 05.04.2013, cu modificările ulterioare.
- Ordinul MS nr.426 din 11.05.2012 privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară.
- Ordinul comun al MS/CNAM nr.839/427-A din 21.08.2014 „Cu privire la aprobarea materialelor pentru codificarea medicală a maladiilor și intervențiilor în cadrul sistemului DRG”.

I. Etapa preaudit (din oficiu):

La etapa inițiere/pregătire a auditului a fost efectuată analiza cazurilor raportate în SI DRG de Instituție pentru lunile ianuarie - aprilie 2023.

Pentru efectuarea auditului codificării au fost selectate cazurile validate, raportate. Astfel, în perioada nominalizată au fost raportate și validate total:

Denumire program	Nr. caz tratate validate	ICM
Program general/Chirurgie de zi	925	1,1989

Descrierea metodei de selectare a eșantionului pentru audit

În extrasul Bazei de date DRG pentru lunile ianuarie-aprilie ale anului 2023, a fost aplicat filtru pe cazurile validate în Programul general. În scopul efectuării auditului au fost selectate total **50 cazuri**, cazurile au fost aranjate în creștere, după ziua externării, utilizând următorul pas: fiecare a 18 fișă. Astfel, au fost selectate următoarele fișe medicale: FMBS nr. 10; 35; 65;94; 118; 159; 180; 215; 247; 277; 305; 334; 368; 394; 428; 454; 477; 502; 534; 563; 591; 625; 650; 678; 715; 759; 773; 804; 828; 857; 891; 925; 943; 972; 1011; 1047; 1078; 1109; 1135; 1164; 1197; 1223; 1257; 1288; 1313; 1342; 1368; 1399; 1438; 4861.

Lista cu numărul concret al fiecărei fișe selectate (FMBS), data externare și secția externare, a fost transmis prealabil Prestatorului, pentru prezentarea lor spre audit.

II. Auditul la fața locului

Auditul lotului selectat de fișe medicale la fața locului a fost efectuat independent, de către 2 auditori. După efectuarea auditului, datele celor 2 auditori au fost suprapuse și comparate. Cazurile de necorespondere a opiniilor celor 2 auditori au fost discutate până la obținerea unei opinii comune.

Rezultatele concrete ale auditului codificării clinice pe fiecare fișă medicală auditată sunt prezentate în Anexă la Raport.

În cadrul evaluării de către echipa CNAM a fost petrecută instruirea în domeniul codificării la care au participat 27 persoane.

III. Etapa post-audit

Rezultatele auditului codificării clinice a 50 fișe medicale sunt prezentate în tabele de mai jos.

1. Corectitudinea codificării diagnosticului principal

Apreciere	Anul 2023	
	Numărul	Cota %
Total:	50	100%
Corect	41	82%
Incorect	9	18%

Conform definiției din SC 0001 diagnosticul principal este „Diagnosticul stabilit după un studiu a fi principalul responsabil care a necesitat îngrijiri în spital în cadrul episodului de boala al pacientului stabilit la sfârșitul episodului de îngrijiri”. Expresia **după studiu** din definiție se referă la evaluarea rezultatelor pentru a se stabili problema ce a fost responsabilă în cel mai mare grad de episodul de îngrijire. Afecțiunea stabilită în urma studiului poate confirma sau nu diagnosticul de la internare”.

În 9 (18%) cazuri diagnosticul principal a fost codificat incorect, după cum urmează:

FMBS	Cod	D-cul principal pînă la audit	Cod	D-cul principal după audit
10	N118	Alte nefrite tubulo-interst. cr.	N411	Prostatita cronică
678	I679	BCV, fără altă specificare	I674	Encefalopatie hipertensivă
773	J441	BPOC cu episoade acute, ..	J440	BPOC cu infecție ac. cailor resp. inf
925	I500	Insuf. cardiaca congestiva	I110	C-patia hipert. cu ins. cong. a inimii
943	I500	Insuf. cardiaca congestiva	I208	Alte forme de angina pectorală
972	J180	Bronhopneumonie, f. precizare	J189	Pneumonie, fără precizare
1135	J180	Bronhopneumonie, f. precizare	J189	Pneumonie, fără precizare
1197	I679	CV, fără altă specificare	I832	Vene varic. cu ulceratie și inflam.
4861	J448	Alte BPOC precizate	J441	BPOC cu episoade acute, ..

Unele exemple:

► La pacientul cu FMBS nr.10, DPr de N41.1 Prostatita cronică, în SI DRG a fost introdus incorect ca N11.8 Alte nefrite tubulo-interstițiale cronice.

► Pacientul cu FMBS nr.678 este internat prin intermediul AMU cu Urgență hipertensivă extremă (220/120 mmHg). D-cul stabilit după examenul primar: **Hipertensiune, hipertensiv**

BCV. Encefalopatie persistentă acută. HTA gr.III evoluție în pusee. În mod corect, consultînd Indexul alfabetic al bolilor ICD-10-AM la litera „H” Hipertensiune, - encefalopatie (I67.4) ar fi atribuit denumirea conform CIM-10-OMS „Encefalopatie hipertensivă”. Medicul curant, deși a atribuit codul corect, textual la DPr a notat

- encefalopatie I67.4

„Boala cerebrovasculară”. În rezultat în SI DRG se codifică incorect I67.9 Boala cerebrovasculară, fără altă specificare.

► La pacienta cu FMBS nr.773 ca DPr se codifică J44.1 Boala pulmonara obstructiva cronica cu episoade acute, doar în baza datelor subiective. În staționar nu sunt efectuate investigațiile instrumentale obligatorii prevăzute de PCN 18, cum ar fi: Examenul radiologic al toracelui, Examenul bacteriologic al sputei, Microscopia sputei, PEF-metria, Spirografia, Testul de reversibilitate bronșică, Testul de efort, Tomografia computerizată, Ecocardiografia, Fibrobronhoscopia. Exacerbarea BPOC nu este documentată conform criteriilor din Tabelul 3 al PCN (Fazele evoluției BPCO), care ar argumenta necesitatea tratamentului spitalicesc.

► Pacientul cu FMBS nr.4861, se internează cu d-cul BPOC exacerbare, IR gr.I. ciroza hepatică. Acuze la internare-tuse cu expectorații mucopurulente, dispnee la efort fizic, obișnuit, slăbiciune generală marcată, dureri în abdomen, preponderent în hipocondrul drept. Debut 3-4 zile, cina au apărut acuzele susmenționate, nu s-a tratat, consumă abuziv alcool. s-a adresat la m/f, examinat de med. pulmonolog. În pulmoni –murmur vezicular, înăsprim, bilateral, raluri mici, crepitante, FR 19 r/min, TA 130/80, abdomenul moale, sensibil la palpate în ipocondriu drept, ficat +4 cm. Edeme nu-s. Pe 30.12.2022- USG – modificări difuze hepatice și pancreatice, chist S2 -10,8mm. D-cul clinic: BPOC exacerbare, IR gr.I-II. Hepatita cronică toxico-dismetabolică. 29.12- ALT 26,4 U/L, amilaza directă 31 U/L, AST 19,7 U/L, bilirubina directă 12,72 umol/L, bilirubina totală 29,6 umol/L; 30.12- Creatinina- 76 umol/ L, urea UV 11,0 mmol/L. Tratament din spital – Metrogil, Ceftriaxon, Eufilin, demametazon, Vit C, Bromgexim, Silimarin, Verospiron, vit. B complex, Lisinopril, Famotifidin, Ciprofloxacina. Ca DPr la externare se formulează ca „BPOC exacerbare” și se codifică incorect sub J44.8 Alte boli pulmonare obstructive cronice precizate. În mod corect, după SC 1008 „Exacerbarea acută a BPOC nu necesită un cod suplimentar pentru a reflecta componentele „acută” și „cronică” din descriere. Atribuiți doar J44.1 Boală pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată”, și consultând Index alfabetic la litera „B”, **Boala** - plămân J98.4- - obstructivă (cronică) J44.9- - - cu - - - - acută- - - - exacerbare NEC atribuim codul corect J44.1.

► La pacienta cu FMBS nr. 972 DPr textual se notează ca „Pneumonie comunitară plămînu stîng”, care urma a fi codificată ca J189. Medicul curant a atribuit incorect codul J180 Bronhopneumonie, fără precizare.

► Analogic la pacienta cu FMBS nr.1135.

► La pacienta cu FMBS nr.943 se stabilește d-cul clinic „Angină pectorală de efort”, dar cu derogare de la SC 0033 se codifică I500 Insuficiența cardiacă congestivă, care în genere nu este susținut de fișa medicală prin careva dovezi (obiectiv, instrumental).

► La pacienta cu FMBS nr.1197, diagnosticul clinic: Insuficiența venoasă cronică a m/i stîng, a fost codificat eronat ca I679 Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare.

► La pacientul cu FMBS nr.1257 cu DPr Diabetul zaharat cu complicații vasculare periferice, contrar SC 0027 nu se codifică manifestarea diabetului: I792* Angiopatii periferice in bolile clasate la alte locuri, care urma de listat la DPr 2.

2. Corectitudinea codificării diagnosticilor secundare

3.

Aprecieri	Anul 2023	
	Numărul	Cota %
Total:	137	100%
Corect	54	39%
Incorect	9	7%
Redundant	70	51%
Lipsă	4	3%

În procesul codificării diagnosticilor secundare deseori nu se ține cont de prevederile SC 0002 privitor la însăși definiția diagnosticului secundar și SC 0027 Codificarea multiplă.

În total la aceste 50 cazuri auditate au fost codificate 133 DSec. Contrar prevederilor SC 0002 în 70 (52,6%) cazuri se codifică DSec care sau nu s-au manifestat în episodul actual de

spitalizare, pentru care nu s-a oferit nici tratament și nu au fost efectuate careva investigații specifice. Prin urmare aceste maladii nu trebuiau codificate, deoarece pentru ele nu a fost un consum suplimentar de resurse.

Prezentăm topul după frecvență a primelor 10 diagnostice secundare din 50 fișe supuse auditului.

Cod	Denumire diagnostic secundar	Nr.	Cota din 50 fișe	Cota din 132 DSec codificate
I10	Hipertensiunea esențială (primară)	23	46%	17%
J960	Insuficienta respiratorie acuta	7	14%	5%
I500	Insuficienta cardiaca congestiva	7	14%	5%
I208	Alte forme specificate de angina pectorala	6	12%	5%
Z370	Nașterea unica a unui născut-viu	5	10%	4%
I48	Fibrilație atrială, flutter	5	10%	4%
I509	Insuficienta cardiaca, fără altă specificare	4	8%	3%
G632*	Polinevrita diabetica	4	8%	3%
E118	DZ neinsulino-depen.cu complicații neprecizate	3	6%	2%
N850	Hiperplazia glandulara a endometrului	3	6%	2%

Constatări:

✓ În 54% cazuri (în 7 din 13), contrar prevederilor SC 0926 și SC 0033 (nota de includere de la I11 și nota de excludere de la I50) are loc codificarea DSec I50. Insuficiența cardiacă. SC 0926 prevede că Afecțiunile inimii de la I50-. pînă la I51.9 sunt clasificate la categoria I11 Cardiopatia hipertensivă, când se observă o relație cauzală (de ex.: „datorită hipertensiunii” sau „hipertensivă”). În asemenea cazuri, alocați numai un cod de la categoria I11. FMBS nr.625, 891, 773, 454, 891, 972, 678.

✓ Contrar SC 0002 se codifică DSec pentru care pacienții primesc medicație continuă, prin urmare nu întrunesc una din următoarele condiții: „începerea, modificarea ori ajustarea tratamentului terapeutic, proceduri de diagnostic”. Așa în 15 (65%) din 23 cazuri în mod redundant s-a codificat Hipertensiunea esențială (FMBS nr. 891, 180, 247, 305, 563, 625, 678, 773, 10, 857, 1342, 972, 1257, 1011, 925, 943)

✓ În unele cazuri în mod redundant sau incorect s-a codificat Diabetul zaharat. De menționat că în unele cazuri (FMBS nr.1135) antidiabeticele nu erau eliberate din spital, iar în cazurile cu FMBS nr. 1438, 563, 943, 857 se codificau formele cu complicații, în care de fapt nu erau documentate aceste complicații.

✓ În 7 (100%) cazuri din 7 în mod redundant a fost codificată J96.0 Insuficiența respiratorie acută. FMBS nr.: 4861, 972, 891, 773, 394, 368, 215. Deși, conform Protocolului acest d-c se stabilește în rezultatul analizei schimbului de gaze (medicina bazată pe dovezi), în nici un caz de codificare a IRA schimbul de gaze nu a fost analizat. Ex.: În FMBS nr.368, fără a aprecia SaO₂ se codifică J96.0 Insuficiența respiratorie acută. În alte cazuri acest d-c se codifică și la valori normale a SaO₂. Ex.: În FMBS nr.368 - SaO₂98%, FMBS nr.773 - SaO₂ 100% și 98%,

✓ În 3 (50%) cazuri din 6 cazuri în mod redundant a fost codificat I20.8 Alte forme specificate de angină pectorală. Deși, conform definiției, Angina pectorală de efort este o formă de manifestare a bolii cardiace ischemice, caracterizată prin crize de durere pectorală (în spatele sternului), care apar la efort sau la emoții, durează câteva minute și dispar la încetarea cauzelor sau la administrarea nitroglicerinei sub limbă, în aceste cazuri nu se descrie nici clinica și nu se indică tratament. FMBS nr. 925, 943, 1257.

Unele exemple:

► Pacienta cu FMBS nr.94 internată și tratată 7 z/p cu d-cul „Pancreatită cronică recidivantă, acutizare”. La examinarea primară se descriu scund acuzele și date obiective caracteristice pentru Pancreatită cronică. Efectuate doar examenle de laborator clinico-biochimice generale. Nu este efectuată nici o investigație instrumentală prevăzută de PCN 58 „Pancreatita cronică la adult”. Tratament doar pentru pancreatită cronică. Contrar SC 0027,

Sindromul de malabsorbție-nutriție (vezi C.2.3.2. Examenul clinic din PCN 58) se codifică ca maladie separată K58.9 Sindromul intestinului iritabil, fără diaree. Ca DSec se mai codifică K29.3 Gastrita cronică superficială, care nu este susținută de fișa medicală prin date subiective, obiective, instrumentale și de laborator. De asemenea, fără careva a documenta careva date, contrar SC 0010 și contrar SC 0033, fără a ține cont de Nota explicativă, ca DSec se mai codifică F45.3 Disfuncția neuro-vegetativă somatoformă, care de fapt ar contrazice d-cul de Pancreatită, deoarece conform Notei, acest d-c se stabilește atunci când simptomele nu indică o tulburare fizică a organului sau sistemului respectiv, dar în cazul de față simptomele indică tulburarea fizică.

► Pacientul cu FMBS nr.1342, înainte de internare în spital a dezvoltat o criză convulsivă, rezolvată de echipa AMU. În episodul de spitalizare alte convulsii nu s-au repetat, dar contrar SC 0002 și SC 0010 se codifică ca DSec R56.8 Convulsii, alte și neprecizate

► Pacientei cu FMBS nr.1164 pe motivul hemoragiei uterine se efectuează chiuretaj uterin. Contrar SC 0002 și SC 0010, rezultatele investigațiilor se codifică ca încă 2 DSec D251 Leiomiom intramural al uterului și N85.0 Hiperplazia glandulară a endometriului pentru care nu au fost alte investigații și tratament pe lângă DPr de Hemoragie cu chiuretajul uterin.

► Analogic și în cazul pacientei cu FMBS nr.1011 unde se mai codifică Obezitatea și HTA.

► La pacienta cu FMBS nr. 563, contrar SC 0010 în pct.25 al fișei se codifică G63.2* Polinevrita diabetică nesusținută de date subiective, obiective și instrumentale. Contrar SC 0001 se codifică G441 Cefalee vasculară, neclasată la alte locuri. Dat fiind că cefaleea este un sindrom al maladiilor de bază, conform standardului acesta nu urma să fie codificat.

La pacienta cu FMBS nr. 925, contrar SC 0236 și SC 0002 se codifică C67.9 Tumoră malignă vezică urinară, fără precizare.

4. Corectitudinea codificării intervenției chirurgicale principale

Aprecieri	Anul 2023	
	Numărul	Cota %
Total:	9	100%
Corect	9	100%
Incorect	0	0%

În toate cele 9 cazuri supuse auditului intervențiile chirurgicale, dat fiind specificului Prestatorului au făcut parte din profilul obstetrical-ginecologic, fiind codificate corect: în 5 cazuri a efectuat chiuretajul uterin, în 3 cazuri – sutura lăcerăției obstetricale și într-un caz Tratamentul abcesului glandei Bartholin.

5. Corectitudinea codificării procedurilor secundare

În 50 cazuri supuse auditului au fost constatate 52 PrSec (în mediu câte 1 procedură la fiecare pacient, față de media de 2,5 PrSec pe țară).

Aprecieri	Anul 2023	
	Numărul	Cota %
Total:	52	100%
Corect	29	56%
Incorect	1	2%
Redundant	22	42%
Lipsă	0	0%

Din datele prezentate se constată o cotă de 42% de PrSec care nu urmau să fie codificate.

Prezentăm topul după frecvență a primelor 10 proceduri secundare din totalul de 139 DSec în cele 50 fișe supuse auditului.

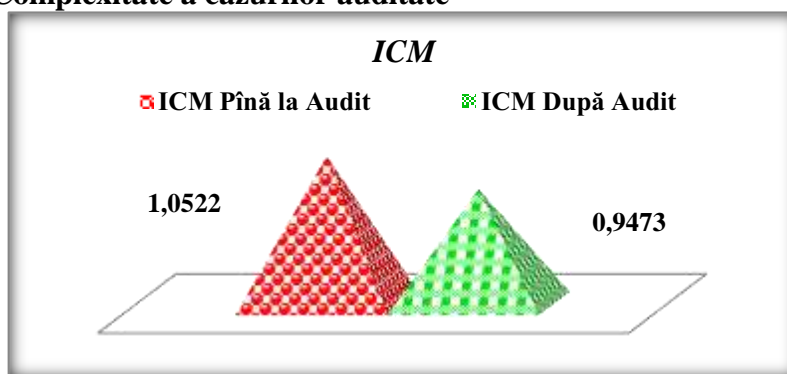
Cod	Denumire Procedură	Nr.	Cota din 50 fișe	Cota din 139 PrSec
-----	--------------------	-----	------------------	--------------------

9214500	Vaccinarea împotriva tuberculozei	6	12%	12%
9619709	Adm. i/m de agent farmacologic, nespecificat	6	12%	12%
9251520	Sedarea, ASA 20	6	12%	12%
9216800	Vaccinarea împotriva hepatitei B	6	12%	12%
9705200	Examen histopatologic de țesut	5	10%	10%
9046700	Nașterea spontană în prezentație craniană	5	10%	10%
9251320	Infiltrarea anestezicului local, ASA 20	3	6%	6%
1331200	Prelev. de sânge în scop d-c la nou-născuți	3	6%	6%
9046601	Stimularea chirurgicală a travaliului	3	6%	6%
9022000	Cateterizarea/ canularea unei alte vene	2	4%	4%

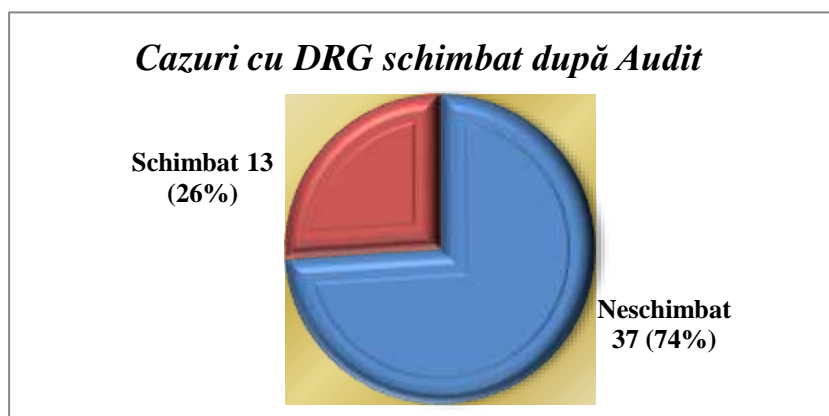
Din tabelul prezentat constatăm că 7 (70%) din top 10 PrSec listate corespund definiției de procedură (Vezi SC 0016, Definiție), restul fiind proceduri necodificate în mod normal (Vezi SC 0042).

În 2 cazuri incorect a fost apreciat și codificat primul caracter al scorului ASA în aprecierea stării somatice a pacientei.

6. Indicele de Complexitate a cazurilor auditate



7. Cazuri cu DRG schimbat după audit



Notă: Din cele 13 de cazuri cu DRG modificat, 12 cazuri s-au grupat în DRG cu valoare relativă mai mică și 1 caz cu valoare relativă mare.

8. Impactul financiar cauzat de erorile de codificare în sistemul DRG

În conformitate cu prevederilor pct.5.2 subpct.2) a) din Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/53 din 30.12.2022, pct.58 din Regulamentul 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, pentru fișele medicale supuse auditului codificării Prestatorului i s-a recomandat: aplicarea pct.39¹ din Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.397/125-A din 05.04.2013, prin aplicarea corecțiilor, conform Anexei la Raport, cu

finalizarea și gruparea cazului, în termen de 5 zile lucrătoare. Astfel, urmare a corecțiilor aplicate de Prestator, din SI DRG a fost extras Raportul cu regruparea cazurilor după audit.

Luând în considerație diferența dintre ICM-ul celor 50 cazuri raportate la program general (1,0522) și ICM-ul obținut în urma auditului codificării (0,9473) a acestor cazuri, precum și tariful la program general/chirurgie de zi de 6 147,00 lei în anul 2023, putem estima că Instituția a raportat ca prestate servicii pentru 50 cazuri în sumă de 323 393,67 lei, pe când real au fost prestate servicii în sumă de 291 152,66 lei sau cu **32 241,01 lei** mai puțin. Astfel, suma medie **pentru un caz** pînă la audit a constituit – 6467,87 lei, iar după audit – 5823,05 lei, sau cu **644,82 lei** mai puțin.

De menționat, că Prestatorul a realizat recomandările prescrise, prin aplicarea procedurii de „Definisare” și aplicarea corecțiilor. Astfel, diferența de cost a cazurilor pînă la și după efectuarea auditului nu se va reține.

Rezumatul constatărilor de audit

- ✓ Diagnosticul principal a fost incorect codificat în 9 (18%) cazuri.
- ✓ Corectitudinea codificării diagnosticelor secundare prezintă o problemă care necesită a fi rezolvată, deoarece în 51% de cazuri, ele sunt codificate fără vre-o justificare în fișele medicale, deci nu urmau a fi codificate (redundante).
- ✓ Intervenția chirurgicală principală a fost codificată corect în toate cazurile operate, supuse auditului.
- ✓ Nu urmau a fi codificate procedurile în 22 cazuri (42%), majoritatea absolută fiind din conținutul procedurilor care în mod normal nu ar trebui codificate, deoarece ele sunt considerate de rutină și se efectuează la majoritatea pacienților (SC 0042, pct 5, pct.7).
- ✓ Cauza supra-codificării ar putea fi atât lipsa de cunoștințe despre modul de utilizare a clasificărilor primare, cât și ignorarea principiilor stabilite de standardele codificării (Ord. MS/CNAM nr. 839/427A din 21.08.2014).

Recomandări

- Asigurarea respectării prevederilor Standardelor Codificării Australiene ICD-10-AM, aprobate prin Ordinul MS și CNAM nr.839/427-A din 21.08.2014.
- Utilizarea în codificarea bolilor sau procedurilor a pașilor recomandați în Ghidul codificării de bază (SC, Apendix A, pag 215):
- Petrecerea instruirii interne în vederea studierii și aplicării corecte a Standardelor codificării.
- De ținut cont că responsabilitatea pentru corectitudinea codificării diagnosticelor și procedurilor, în particular a diagnosticului principal, este a clinicianului (SC, capitolul Introducere).
- A ține cont de constatările și recomandările în urma auditului codificării, întru prevenirea nevalidării cazurilor.
- Fortificarea procesului de monitorizare și evaluare a corectitudinii codificării clinice, aplicarea măsurilor, responsabilizarea medicilor în procesul codificării clinice, efectuarea controlului codificării de către medicii - statisticieni.
- Elaborarea planului de măsuri de îmbunătățire a calității codificării clinice.

Reieșind din cele expuse, factorii de decizie din cadrul Instituției urmează să întreprindă măsurile de rigoare întru asigurarea respectării prevederilor actelor normative în vigoare, Standardelor de codificare a diagnosticelor și procedurilor, Programului unic, onorarea obligațiilor contractuale, asigurarea prestării serviciilor medicale la nivelul cerut al volumului și calității, întru neadmiterea pe viitor a cazurilor similare.

Raportul a fost întocmit în 2 exemplare pe 31 file.

Specialist coordonator DEM

Şefă adjunctă DEM _____

Medic coordonator în auditul codificării DEM _____

Medic coordonator DEM _____

Specialist coordonator DEM _____

Medic coordonatoare DEM _____

Medic coordonatoare DEM _____

De conţinutul Raportului de evaluare a luat cunoştinţă:

Director IMSP SR Ialoveni _____

Contabil şef IMSP SR Ialoveni _____

Un exemplar a fost primit de _____ *la data* _____

Rezultatele Auditului codificării în IMSP Spitalul Raional Ialoveni, 4 luni anul 2023
(Diagnostiche și Proceduri)

Notă: La decizia 1 „Corect” diagnosticul sau procedura nu se modifică;
La decizia 2 „Incorect” diagnosticul sau procedura se modifică după cum este propus;
La decizia 3 „Redundant” diagnosticul sau procedura se elimină;
La decizia 4 „Missing” diagnosticul sau procedura se codifică suplimentar.

FMBS	D-cul/ Proced	Cod DPr	Diagnostic principal	Apr	Cod corect
10	DPr	N118	Alte nefrite tubulo-interstițiale cronice	2	N411
10	DSec	D509	Anemia prin carenta de fier, fără precizare	1	
10	DSec	N118	Alte nefrite tubulo-interstițiale cronice	1	
10	DSec	N411	Prostatita cronică	3	
10	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
35	DPr	O800	Nașterea spontană prin prezentarea capului	1	
35	DSec	O714	Ruptura vaginală înalt izolată obstetrică	1	
35	DSec	Z370	Nașterea unică a unui născut-viu	1	
35	DSec	O990	Anemia complicând sarcina, Nașterea și lăuzia	3	
35	InChPr	9047900	Sutura laceratiei obstetricale a vaginului	1	
35	PrSec	9046601	Stimularea chirurgicală a travaliului	1	
35	PrSec	9046700	Nașterea spontană în prezentație craniană	1	
35	PrSec	9251320	Infiltrarea anestezicului local, ASA 20	1	
35	PrSec	9047900	Sutura laceratiei obstetricale a vaginului	3	
65	DPr	M541	Radiculopatie	1	
94	DPr	K861	Alte pancreatite cronice	1	
94	DSec	F413	Alte tulburări anxioase mixte	3	
94	DSec	F453	Disfuncția neuro-vegetativă somatoformă	3	
94	DSec	K293	Gastrita cronică superficială	3	
94	DSec	K589	Sindromul intestinului iritabil, fără diaree	3	
118	DPr	Z380	Copil unic, născut în spital	1	
118	PrSec	9214500	Vaccinarea împotriva tuberculozei	1	
118	PrSec	9216800	Vaccinarea împotriva hepatitei B	1	
118	PrSec	9619709	Administrare i/m de agent farm., nesp.	3	
159	DPr	M541	Radiculopatie	1	
159	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	1	
159	DSec	I110	Cardiopatia hipertensivă cu ins. cong. a inimii	3	
180	DPr	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	1	
180	DSec	G450	Sindrom vertebro-bazilar	1	
180	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
215	DPr	J180	Bronhopneumonie, fără precizare	1	
215	DSec	J960	Insuficiența respiratorie acută	3	
247	DPr	M541	Radiculopatie	1	
247	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
277	DPr	O800	Nașterea spontană prin prezentarea capului	1	
277	DSec	O420	Ruperea prematură a m/a, cu trav.i în 24 ore	1	

277	DSec	Z370	Nașterea unica a unui născut-viu	1	
277	PrSec	9046700	Nașterea spontană în prezentație craniană	1	
277	PrSec	3680000	Cateterismul vezical	3	
277	PrSec	9022000	Cateterizarea/ canularea unei alte vene	3	
305	DPr	E107	DZ i/d cu complicații multiple	1	
305	DSec	G632*	Polinevrita diabetică	1	
305	DSec	I208	Alte forme specificate de angina pectorală	1	
305	DSec	I48	Fibrilație atrială, flutter	1	
305	DSec	I500	Insuficiența cardiacă congestivă	1	
305	DSec	L984	Alte ulceratii cronice ale pielii, nec	1	
305	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
334	DPr	P081	Alți copii mari pentru vîrsta gestațională	1	
334	DSec	Z380	Copil unic, născut în spital	1	
334	PrSec	9214500	Vaccinarea împotriva tuberculozei	1	
334	PrSec	9216800	Vaccinarea împotriva hepatitei B	1	
334	PrSec	1331200	Prelevarea de sînge în scop d-c la n/n	3	
334	PrSec	9619709	Administrare i/m de agent farm., nesp.	3	
368	DPr	J180	Bronhopneumonie, fără precizare	1	
368	DSec	N119	Nefrita tubulo-interstitală cronică, f. precizare	1	
368	DSec	J960	Insuficiența respiratorie acută	3	
394	DPr	J180	Bronhopneumonie, fără precizare	1	
394	DSec	I208	Alte forme specificate de angina pectorală	1	
394	DSec	I500	Insuficiența cardiacă congestivă	1	
394	DSec	N119	Nefrita tubulo-interstitală cronică, f. precizare	1	
394	DSec	J90	Reversare pleurală, neclasată la alte locuri	3	
394	DSec	J960	Insuficiența respiratorie acută	3	
428	DPr	O034	Avort spontan incomplet, fără complicații	1	
428	DSec	O021	Retenție de fat mort în uter	3	
428	InChPr	3564003	Curetaj aspirativ al uterului	1	
428	PrSec	9251520	Sedarea, ASA 20	2	9251510
428	PrSec	9705200	Examen histopatologic de țesut	3	
454	DPr	G629	Polinevrita, fără precizări	1	
454	DSec	I208	Alte forme specificate de angina pectorală	1	
454	DSec	K730	Hepatita cronică persistentă, neclas.	1	
454	DSec	I500	Insuficiența cardiacă congestivă	3	
454	DSec	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	3	
454	DSec	K802	Calcul al vezicii biliare fără colecistită	3	
477	DPr	Z380	Copil unic, născut în spital	1	
477	PrSec	9214500	Vaccinarea împotriva tuberculozei	1	
477	PrSec	9216800	Vaccinarea împotriva hepatitei B	1	
477	PrSec	9619709	Administrare i/m de agent farm., nesp.	3	
502	DPr	Z380	Copil unic, născut în spital	1	
502	PrSec	9214500	Vaccinarea împotriva tuberculozei	1	
502	PrSec	9216800	Vaccinarea împotriva hepatitei B	1	
502	PrSec	9619709	Administrare i/m de agent farm., nesp.	3	
534	DPr	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	1	
534	DSec	G450	Sindrom vertebro-bazilar	1	
534	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	1	
563	DPr	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	1	
563	DSec	N118	Alte nefrite tubulo-interstițiale cronice	1	
563	DSec	E117	DZ ne- i/d cu complicații multiple	2	E119

563	DSec	G441	Cefalee vasculara, neclasata la alte locuri	3	
563	DSec	G632*	Polinevrita diabetica	3	
563	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
591	DPr	J189	Pneumonie, fără precizare	1	
591	DSec	F070	Tulburare organica a personalitatii	1	
591	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	1	
591	DSec	E147	DZ, fără precizare cu complicații multiple	2	E117
591	DSec	I509	Insuficienta cardiaca, fără altă specificare	2	I119
591	DSec			4	I64
625	DPr	J440	BPOC cu infecție acuta a cailor resp. infer.	1	
625	DSec	I48	Fibrilație atrială, flutter	1	
625	DSec	I509	Insuficienta cardiaca, fără altă specificare	2	I119
625	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
650	DPr	N850	Hiperplazia glandulara a endometrului	1	
650	InChPr	3564000	Dilatarea si curetajul uterin [D&C]	1	
650	PrSec	9251520	Sedarea, ASA 20	1	
650	PrSec	9705200	Examen histopatologic de țesut	3	
678	DPr	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	2	I674
678	DSec	Z532	Act medical neefectuat prin decizia persoanei	1	
678	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
678	DSec	I509	Insuficienta cardiaca, fără altă specificare	3	
715	DPr	G543	Afectiunile radiculare toracice, neclasate	1	
715	DSec	U071	COVID-19, virus identificat	1	
715	DSec	Z538	Act medical neefectuat pentru alte motive	1	
759	DPr	P599	Icter neonatal, fără precizare	1	
759	DSec	Z380	Copil unic, născut in spital	1	
759	PrSec	9214500	Vaccinarea împotriva tuberculozei	1	
759	PrSec	9216800	Vaccinarea împotriva hepatitei B	1	
759	PrSec	1331200	Prelevarea de sânge in scop d-c la n/n	3	
759	PrSec	9619709	Administrare i/m de agent farm., nesp.	3	
773	DPr	J441	BPOC cu episoade acute, fără precizare	2	J440
773	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
773	DSec	I500	Insuficienta cardiaca congestiva	3	
773	DSec	J960	Insuficienta respiratorie acuta	3	
804	DPr	C80	Tumori maligne cu sediu neprecizat	1	
828	DPr	Z380	Copil unic, născut in spital	1	
828	PrSec	9214500	Vaccinarea împotriva tuberculozei	1	
828	PrSec	9216800	Vaccinarea împotriva hepatitei B	1	
828	PrSec	1331200	Prelevarea de sânge in scop d-c la n/n	3	
828	PrSec	9619709	Administrare i/m de agent farm., nesp.	3	
857	DPr	K730	Hepatita cronica persistenta, neclas.	1	
857	DSec	E118	DZ ne- i/d cu complicații neprecizate	2	E119
857	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
857	DSec	K861	Alte pancreatite cronice	3	
891	DPr	J440	BPOC cu infectie acuta a cailor resp. infer.	1	
891	DSec	I110	Cardiopatia hipertensiva cu ins. cong. a inimii	1	
891	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
891	DSec	I500	Insuficienta cardiaca congestiva	3	
891	DSec	J960	Insuficienta respiratorie acuta	3	
925	DPr	I500	Insuficienta cardiaca congestiva	2	I110
925	DSec	I48	Fibrilație atrială, flutter	1	

925	DSec	C679	Tumora maligna vezica urinara, f. prec.	3	
925	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
925	DSec	I208	Alte forme specificate de angina pectorala	3	
925	DSec	N188	Alte insuficiente renale cronice	3	
943	DPr	I500	Insuficienta cardiaca congestiva	2	I208
943	DSec	E118	DZ ne- i/d cu complicații neprecizate	2	E119
943	DSec	D649	Anemie, fără precizare	3	
943	DSec	G632*	Polinevrita diabetica	3	
943	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
943	DSec	I208	Alte forme specificate de angina pectorala	3	
943	DSec	I48	Fibrilație atrială, flutter	3	
972	DPr	J180	Bronhopneumonie, fără precizare	2	J189
972	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
972	DSec	I500	Insuficienta cardiaca congestiva	3	
972	DSec	J960	Insuficienta respiratorie acuta	3	
1011	DPr	N950	Singerari post-menopauza	1	
1011	DSec	E669	Obezitatea, fără precizare	3	
1011	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
1011	DSec	N850	Hiperplazia glandulara a endometrului	3	
1011	InChPr	3564000	Dilatarea si curetajul uterin [D&C]	1	
1011	PrSec	9251520	Sedarea, ASA 20	1	
1011	PrSec	9705200	Examen histopatologic de țesut	3	
1047	DPr	O800	Nașterea spontana prin prezentarea capului	1	
1047	DSec	O420	Ruperea prematura a m/a, cu trav.i in 24 ore	1	
1047	DSec	O691	Travaliul compl. de circulara de cordon,	1	
1047	DSec	Z370	Nașterea unica a unui născut-viu	1	
1047	DSec	O365	Ingrijiri acordate mamei pt cresterea insuf. fat	3	
1047	DSec			4	O713
1047	InChPr	1657100	Sutura laceratiei curente obstetricale a colului	1	
1047	PrSec	9046700	Nașterea spontana in prezentație craniana	1	
1078	DPr	O85	Infectia puerperala	1	
1078	DSec	O861	Alte infectii ale cailor genitale dupa nastere	3	
1078	DSec	O990	Anemia complicînd sarcina, Nașterea si lăuzia	3	
1078	PrSec	5573100	Ultrasonografia pelviana la femeie	3	
1078	PrSec	9022000	Cateterizarea/ canularea unei alte vene	3	
1078	PrSec	9619902	Administrare i/v de , agent antiinfectios	3	
1078	PrSec	9619908	Administrare i/v de , agent antiinfectios	3	
1109	DPr	O800	Nașterea spontana prin prezentarea capului	1	
1109	DSec	O40	Hidramnios	1	
1109	DSec	Z370	Nașterea unica a unui născut-viu	1	
1109	DSec	O365	Ingrijiri acordate mamei pt cresterea insuf. fat	3	
1109	DSec	O681	Travaliul si Nașterea compl. meconiu in l/a	3	
1109	DSec	O689	Travaliul si Nașterea .. suferinta fetala, f. pr.	3	
1109	PrSec	9046601	Stimularea chirurgicala a travaliului	1	
1109	PrSec	9046700	Nașterea spontana in prezentație craniana	1	
1135	DPr	J180	Bronhopneumonie, fără precizare	2	J189
1135	DSec	N118	Alte nefrite tubulo-interstițiale cronice	1	
1135	DSec	E118	DZ ne- i/d cu complicații neprecizate	3	
1164	DPr	N938	Alte singerari anormale preciz., uter si vagin	1	
1164	DSec	D251	Leiomiom intramural al uterului	3	
1164	DSec	N850	Hiperplazia glandulara a endometrului	3	

1164	InChPr	3564000	Dilatarea si curetajul uterin [D&C]	1	
1164	PrSec	9251520	Sedarea, ASA 20	1	
1164	PrSec	9705200	Examen histopatologic de țesut	3	
1197	DPr	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	2	I832
1197	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	1	
1197	DSec	D649	Anemie, fără precizare	3	
1197	DSec	G825	Tetraplegia, fără precizare	3	
1197	DSec	I832	Vene varicoase cu ulceratie si inflamatie	3	
1223	DPr	O800	Nașterea spontana prin prezentarea capului	1	
1223	DSec	O410	Oligohidramnios	1	
1223	DSec	O700	Ruptura perineala de I grad in cursul nasterii	1	
1223	DSec	O713	Ruptura colului uterin de origine obstetricala	1	
1223	DSec	O981	Sifilisul complicînd sarcina, Nașterea si lăuzia	1	
1223	DSec	Z370	Nașterea unica a unui născut-viu	1	
1223	DSec	O990	Anemia complicînd sarcina, Nașterea si lăuzia	3	
1223	InChPr	1657100	Sutura laceratiei curente obstetricale a colului	1	
1223	PrSec	9046601	Stimularea chirurgicala a travaliului	1	
1223	PrSec	9046700	Nașterea spontana in prezentație craniana	1	
1223	PrSec	9048100	Sutura rupturii de perineu gradul 1 sau 2	1	
1223	PrSec	9251320	Infiltrarea anestezicului local, ASA 20	1	
1257	DPr	E105	DZ i/d cu complicații vasculare periferice	1	
1257	DPr2			4	I792*
1257	DSec	I48	Fibrilație atrială, flutter	1	
1257	DSec	I500	Insuficienta cardiaca congestiva	2	I110
1257	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
1257	DSec	I208	Alte forme specificate de angina pectorala	3	
1288	DPr	N751	Abcesul glandei Bartholin	1	
1288	InChPr	3552000	Tratamentul abcesului glandei Bartholin	1	
1288	PrSec	9251320	Infiltrarea anestezicului local, ASA 20	1	
1288	PrSec	9251520	Sedarea, ASA 20	1	
1288	PrSec	3005500	Pansamentul plagilor	3	
1313	DPr	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	1	
1313	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	1	
1313	DSec	M542	Cervicalgie	1	
1313	DSec	F329	Episod depresiv, fără precizare	3	
1313	DSec	G450	Sindrom vertebro-bazilar	3	
1342	DPr	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	1	
1342	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	3	
1342	DSec	R568	Convulsii, alte si neprecizate	3	
1368	DPr	N938	Alte singerari anormale preciz., uter si vagin	1	
1368	DSec	D259	Leiomiom al uterului, fără precizare	3	
1368	DSec	N850	Hiperplazia glandulara a endometrului	3	
1368	InChPr	3564000	Dilatarea si curetajul uterin [D&C]	1	
1368	PrSec	9251520	Sedarea, ASA 20	1	
1368	PrSec	9705200	Examen histopatologic de țesut	3	
1399	DPr	M541	Radiculopatie	1	
1399	Dsec			2	Z924
1438	DPr	I679	Boala cerebro-vasculară, fără altă specificare	1	
1438	DSec	G632*	Polinevrita diabetica	1	
1438	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	1	
1438	DSec	I509	Insuficienta cardiaca, fără altă specificare	1	

1438	DSec	N390	Infectia cailor urinare, localizare neprecizata	1	
1438	DSec	E107	DZ i/d cu complicații multiple	2	E114
1438	DSec			4	S009
1438	DSec			4	W012
4861	DPr	J448	Alte BPOC precizate	2	J441
4861	DSec	I10	Hipertensiunea esențială (primară)	1	
4861	DSec	K730	Hepatita cronică persistentă, neclas.	1	
4861	DSec	J960	Insuficiența respiratorie acută	3	
4861	DSec	K861	Alte pancreatite cronice	3	