

Republica Moldova

**COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ**

**ORDIN** Nr.

din

**cu privire la aprobarea Regulamentului privind evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală**

În scopul executării Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 38–39, art. 280), pct. 3.2 subpct. 3) din Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 770/2022 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2022, nr. 363-373, art. 871) și în conformitate cu pct. 29 lit. c) din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr. 27-28, art. 232),

**ORDON:**

1. Se aprobă Regulamentul privind evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (se anexează).

2. Direcția evaluare și monitorizare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va desfășura acțiunile de evaluare și monitorizare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în conformitate cu Regulamentul prevăzut la pct. 1.

3. Ordinul directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 71-A/2018 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2018, nr. 121-125, art. 504) se abrogă.

4. Prezentului ordin intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

**DIRECTORUL GENERAL  
al COMPANIEI NAȚIONALE  
DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ**

**Ion DODON**

## REGULAMENT

### privind evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală

#### Capitolul I

##### Dispoziții generale

1. Regulamentul privind evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Regulament) stabilește competențele și responsabilitățile în procedura de monitorizare și evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - SAOAM), exercitată de un angajat sau un grup de angajați ai Direcției evaluare și monitorizare (în continuare – DEM) a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM).

2. Obiectivele evaluării și monitorizării sunt:

1) asigurarea corespunderii cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – AOAM) a volumului, calității, termenelor și costului asistenței medicale acordate persoanelor încadrate în SAOAM de către instituțiile medico-sanitare, contractate de CNAM;

2) asigurarea respectării clauzelor contractului privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – FAOAM);

3) asigurarea respectării prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – Program unic) și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;

4) asigurarea respectării 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 SAOAM;

5) asigurarea respectării devizelor de venituri și cheltuieli aprobate în modul stabilit de actele normative;

6) asigurarea utilizării mijloacelor financiare din FAOAM, respectându-se principiile de eficiență, eficacitate, economicitate și legalitate;

7) prevenirea practicilor de gestionare contrar prevederilor legale a mijloacelor FAOAM.

3. În sensul prezentului Regulament, se definesc următoarele noțiuni principale:

**caz/serviciu invalidat** – caz/serviciu medical care nu corespunde prevederilor contractuale și/sau actelor normative în vigoare și neacceptat spre plată ca urmare a evaluării efectuate;

**caz/serviciu rezolvat** – caz/serviciu medical spitalicesc, care cuprinde: spitalizarea pacientului conform criteriilor de spitalizare, cu respectarea etapizării prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Programului unic, cu asigurarea condițiilor hoteliere și alimentației conform normelor alimentare aprobate, stabilirea diagnosticului și aplicarea tratamentului conform standardelor medicale de diagnostic și tratament/protocoalelor clinice naționale/instituționale și finalizat cu externare (cu excepția decesului) după argumentarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a stabilizării, ameliorării stării, cu prescrierea recomandărilor concrete pentru etapa următoare;

**declarație de imparțialitate și confidențialitate** - document intern, semnat pînă la evaluare, prin care reprezentantul CNAM/membrii echipei de evaluare își asumă desfășurarea activității în mod imparțial, nediscriminatoriu și echitabil, păstrînd confidențialitatea informațiilor obținute în cadrul evaluării și obligativitatea de declarare a conflictului de interese;

**dispoziție la pretenție** – act intern al CNAM privind acțiunile ce urmează a fi întreprinse de către diviziunile CNAM, ca urmare a constatărilor/cerințelor indicate în Pretenție;

**echipa de evaluare/reprezentantul CNAM** - angajații DEM a CNAM împuterniciți prin ordin să exercite monitorizarea și evaluarea executării contractului de către Prestator. La necesitate pot fi antrenați specialiști din alte diviziuni ale CNAM (inclusiv din agențiile teritoriale), specialiști din cadrul altor instituții de stat și/sau experți independenți;

**evaluare** - totalitatea acțiunilor de evaluare privind executarea de către Prestator a clauzelor contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM și a contractului privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din FAOAM;

**evaluare inopinată** – evaluarea unui prestator care nu este inclus în Planul de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, în scopul realizării atribuțiilor CNAM stabilite în actele normative în vigoare;

**evaluare planificată** - evaluare efectuată de către reprezentantul CNAM/echipa de evaluare în baza unui Plan de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în SAOAM, elaborat de DEM și aprobat de către directorul general al CNAM;

**evaluare repetată** - evaluare prin care se apreciază calitatea și corectitudinea estimărilor efectuate anterior, prin contrapunerea rezultatelor evaluării efectuate anterior cu rezultatele reale constatate;

**mijloace dezafectate** – mijloacele FAOAM utilizate în alte scopuri decât cele stabilite conform actelor normative privind SAOAM și contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM/contractului privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din FAOAM;

**monitorizare** – totalitatea acțiunilor de analiză a datelor din sistemele informaționale gestionate de CNAM și a dărilor de seamă/rapoartelor instituțiilor medico-sanitare și farmaceutice încadrate în SAOAM, întru identificarea și prevenirea riscurilor posibile, realizată din oficiu, precum și de apreciere a nivelului/gradului de executare a cerințelor înaintate prin pretențiile semnate de directorul general al CNAM, înaintate Prestatorilor evaluați;

**penalitate** – despăgubire bănească pe care Prestatorul urmează să o plătească conform legii sau contractului în caz de neexecutare sau executare necorespunzătoare a obligațiilor contractuale;

**petiție** – cerere, reclamație, propunere, prin care se contestă un act administrativ sau nesoluționarea în termenul stabilit de lege a unei cereri;

**prejudiciu** – daună cauzată FAOAM prin prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă cu includerea serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din FAOAM în conformitate cu prevederile Programului unic sau care au fost acordate în alt volum, inclusiv mijloacele dezafectate;

**Prestator** - instituția medico-sanitară și farmaceutică contractată de CNAM;

**pretenție** – cerință legală, înaintată Prestatorului în cazul constatării neexecutării obligațiilor contractuale, pentru înlăturarea iregularităților constatate ca urmare a evaluării și restituirea prejudiciului cauzat FAOAM;

**raport de evaluare** – document întocmit de reprezentantul CNAM/membrii echipei de evaluare, care cuprinde constatări referitoare la aspectele evaluate.

4. Responsabilitatea privind autenticitatea și veridicitatea constatărilor și faptelor expuse în raportul de evaluare o poartă reprezentantul CNAM/echipa de evaluare (fiecare membru al echipei privind aspectele verificate).

5. Responsabil de generalizarea informației incluse în raportul de evaluare este reprezentantul CNAM/șeful echipei de evaluare.

6. Organizarea activității reprezentantului CNAM/echipei de evaluare se efectuează de către reprezentantul CNAM/șeful echipei de evaluare, coordonat de șeful/șeful adjunct al DEM.

## **Capitolul II**

### **Procedura de efectuare a monitorizării anterior evaluării**

7. Monitorizarea se efectuează din oficiu la elaborarea planului trimestrial de evaluare a Prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în SAOAM (în continuare – Plan de evaluare); la inițierea evaluării planificate/inopinate în instituțiile medico-sanitare și farmaceutice; la efectuarea unor estimări analitice ce vizează accesul, volumul, calitatea, costul serviciilor medicale, corectitudinea raportării, eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate, corectitudinea respectării Standardelor codificării australiene (ICD-10-AM) și aplicarea corespunzătoare a materialelor pentru codificarea medicală a maladiilor și intervențiilor în cadrul sistemului DRG.

8. Monitorizarea din oficiu include evaluarea datelor din sistemele informaționale gestionate de CNAM și a dărilor de seamă/rapoartelor, în scopul identificării Prestatorilor care nu au respectat prevederile actelor normative privind SAOAM și riscurilor posibile în conformitate cu criteriile de risc estimate, cu includerea ulterioară a acestora în Planul de evaluare. În funcție de tipul de asistență medicală care urmează a fi evaluat, monitorizarea va include analiza informației din sistemele informaționale gestionate de CNAM și a dărilor de seamă/rapoartelor, devizul de venituri și cheltuieli, dările de seamă privind executarea devizului de venituri și cheltuieli, alte rapoarte cu privire la volumul serviciilor medicale acordate în baza contractului încheiat cu CNAM.

## **Capitolul III**

### **Procedura de efectuare a evaluării**

9. Planul de evaluare pentru trimestrul următor de gestiune se întocmește și se prezintă spre aprobare directorului general al CNAM, pînă la data de 25 a ultimei luni din trimestrul curent de gestiune.

10. După aprobare, în termen de 2 zile lucrătoare, Planul de evaluare se publică pe pagina web a CNAM.

11. Evaluarea se efectuează în baza Ordinului/dispoziției directorului general al CNAM/directorului general adjunct, în care se indică:

- 1) denumirea Prestatorului care urmează a fi supus evaluării;
- 2) tipul, obiectul și scopul evaluării în conformitate cu prevederile contractuale;
- 3) reprezentantul CNAM/membrii echipei care urmează să efectueze evaluarea, cu specificarea numelui, prenumelui și funcției;
- 4) perioada supusă evaluării;
- 5) perioada efectuării evaluării și termenul prezentării raportului de evaluare.

12. În funcție de volumul contractului, evaluarea planificată pe perioada unui an de activitate a Prestatorului, se va efectua, de regulă, în termen de pînă la 15 zile lucrătoare. Termenul maxim de efectuare a evaluării planificate este de 20 zile lucrătoare, cu excepția cazului cînd perioada evaluată cuprinde mai mult de 12 luni de activitate a Prestatorului.

**13.** Reprezentantul CNAM/echipa de evaluare are dreptul să inițieze evaluarea conform procedurii stabilite de prezentul Regulament doar în cazul când sunt întrunite următoarele condiții:

- 1) informarea Prestatorului în cazul evaluării planificate până la inițierea evaluării;
- 2) prezentare/remiterea Prestatorului a ordinului/dispoziției cu privire la efectuarea evaluării;
- 3) întocmirea Declarației de imparțialitate și confidențialitate, semnată de către reprezentantul CNAM/membrul echipei de evaluare.

**14.** Reprezentantul CNAM/echipa de evaluare are următoarele drepturi:

- 1) să solicite de la Prestator onorarea obligațiilor contractuale cu referire la procesul de evaluare și monitorizarea realizat de CNAM;
- 2) să solicite și să primească note explicative de la persoanele cu funcții de răspundere din cadrul Prestatorului care sunt responsabile de abaterile și încălcările consemnate în raportul de evaluare, precum și de la alte persoane, pentru identificarea cauzelor care au generat nerespectarea prevederilor contractuale;
- 3) să facă copii de pe documentele originale care îi sunt prezentate. În cazul când copiile nu pot fi făcute la locul evaluării sau când acestea nu pot fi asigurate de Prestator, reprezentantul CNAM/membrii echipei de evaluare au dreptul să ridice documentele originale/purtătorii de informație contra unei recipise prin care se obligă să le restituie.

**15.** În procesul evaluării, reprezentantul CNAM/echipa de evaluare este obligat/ă:

- 1) să informeze Prestatorul despre drepturile și obligațiile acestuia;
- 2) să aprecieze obiectiv și echidistant toate aspectele ce țin de tematica evaluării;
- 3) să asigure integritatea bunurilor și documentației Prestatorului supus evaluării;
- 4) să nu divulge conținutul documentelor și informațiilor de care a luat cunoștința în procesul efectuării evaluării, cu excepția cazurilor stabilite de lege;
- 5) să anexeze, după caz, la raportul de evaluare documente sau copii ale acestora, prezentate de Prestatorul supus evaluării și explicațiile în scris ale angajaților acestuia;
- 6) să întocmească raportul de evaluare și să prezinte Prestatorului un exemplar al acestuia.

**16.** În procesul evaluării Prestatorul este în drept:

- 1) să ia cunoștință cu ordinul/dispoziția conducerii CNAM cu privire la efectuarea evaluării;
- 2) să conteste acțiunile reprezentantului CNAM/echipei de evaluare;
- 3) să prezinte dovezi și explicații în favoarea sa;
- 4) să solicite anexarea la raportul de evaluare a oricăror documente sau copii ale acestora, să dea explicații în scris, precum și să solicite includerea în raportul de evaluare a mențiunilor cu privire la unele fapte sau drepturi/obligații;
- 5) să solicite în scris, o singură dată, din motive întemeiate, amânarea datei de inițiere a evaluării planificate. În solicitare, Prestatorul prezintă motivele pentru care solicită amânarea și, după caz, documentele justificative în susținerea acestora.
- 6) să ia cunoștință cu conținutul raportului de evaluare.

**17.** Prestatorul supus evaluării este obligat:

- 1) să prezinte documentele și informațiile ce țin de obiectul evaluării, solicitate de echipa de evaluare, în limitele perioadei vizate de ordinul/dispoziția de evaluare;
- 2) să permită accesul echipei de evaluare în încăperile sale de serviciu pe parcursul programului său de activitate;
- 3) să asigure prezența conducătorului sau reprezentantului său, a conducătorului subdiviziunii responsabile de aspectele ce țin de tematica evaluării;
- 4) să pună la dispoziția echipei de evaluare încăperi de serviciu amenajate pentru exercitarea evaluării;
- 5) să asigure accesul la sistemele informaționale din gestiunea sa.

**18.** Activitatea de evaluare include următoarele etape:

1) **etapa de inițiere/pregătire a evaluării**, care include proceduri de colectare a informației privind tipurile de asistență medicală și suma contractată, colectarea și prelucrarea datelor din sistemele informaționale gestionate de CNAM și dările de seamă/rapoarte;

2) **activitatea de evaluare la sediul Prestatorului**, care include:

a) **ședința de deschidere** - întâlnirea cu reprezentanții Prestatorului pentru prezentarea ordinului/dispoziției cu privire la evaluare, prezentarea reprezentantului CNAM/echipei de evaluare, tematicii și modalităților de evaluare;

b) **procesul de evaluare**, ce presupune evaluarea corectitudinii și conformității tranzacțiilor înregistrate prin examinarea documentelor, concordanța acestora cu actele normative în vigoare, verificarea utilizării eficiente a mijloacelor FAOAM, corespunderea cu clauzele contractuale a volumului, termenelor și costului asistenței medicale acordate persoanelor încadrate în SAOAM, respectarea prevederilor protocoalelor clinice naționale/instituționale, standardelor medicale de diagnostic și tratament, corectitudinii aplicării standardelor codificării australiene ICD-10-AM, argumentării eliberării biletelor de trimitere și prescrierii/eliberării medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate;

c) **ședința de închidere**, care se organizează cu participarea obligatorie a factorilor de decizie ai Prestatorului și include generalizarea și prezentarea rezultatelor evaluării.

**19.** Raportul de evaluare se întocmește în termen de 5 zile lucrătoare din data finalizării evaluării și va conține, în mod obligatoriu:

1) denumirea completă a Prestatorului, adresa, rechizitele bancare, codul fiscal și datele de contact ale Prestatorului;

2) tipul evaluării;

3) obiectul efectuării evaluării;

4) date privind documentele, aspectele relevante scopului evaluării;

5) constatările și rezultatele evaluării;

6) referințe exprese la prevederile contractuale și a actelor normative, încălcate de Prestator;

7) date privind durata și perioada supusă evaluării;

8) numele, prenumele și funcția persoanelor care au efectuat evaluarea;

9) numele, prenumele și funcția persoanelor care au supervizat raportul de evaluare.

**20.** Raportul de evaluare se supervizează în termen de 3 zile lucrătoare de la data întocmirii.

**21.** La raportul de evaluare se anexează, după caz, copiile documentelor examinate care confirmă încălcarea actelor normative, explicațiile în scris ale persoanelor responsabile și/sau ale angajaților Prestatorului și alte documente.

**22.** Raportul de evaluare este întocmit în două exemplare, care se semnează de ambele părți. Prestatorul confirmă prin semnătură faptul că a luat cunoștință cu raportul de evaluare, inclusiv și în cazul dezacordului cu faptele expuse în raport. În cazul când prestatorul refuză să semneze raportul de evaluare, se face mențiunea despre refuz.

**23.** Un exemplar al raportului de evaluare cu anexarea, după caz, a documentelor ce confirmă neregulile depistate, se înmânează Prestatorului.

**24.** Dacă Prestatorul refuză să primească raportul, acesta se expediază prin scrisoare recomandată, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la data întocmirii.

**25.** Rapoartele de evaluare sunt publicate trimestrial pe pagina web a CNAM la rubrica *Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice*.

**26.** În cazul constatării serviciilor invalidate în contextul relațiilor contractuale curente, în termen de 5 zile lucrătoare, Prestatorul va opera modificări în dările de seamă și/sau datele raportate în sistemele informaționale ale CNAM, conform indicațiilor din raport.

**27.** Prestatorul are dreptul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, să prezinte opinie motivată în cazul dezacordului cu constatările efectuate de reprezentantul CNAM/echipa de evaluare, însoțită de probe suplimentare, argumentate documentar.

**28.** Dezacordul se examinează de către reprezentantul CNAM/echipa de evaluare, la necesitate cu implicarea diviziunilor CNAM, în termen de 5 zile lucrătoare de la data recepționării acestuia.

**29.** Ca urmare a întocmirii raportului, după caz, a examinării dezacordului, reprezentantul CNAM/echipa de evaluare elaborează proiectul pretenției și dispoziției la pretenție, care se prezintă directorului general adjunct al CNAM/directorului general spre coordonare/semnare.

**30.** Pretenția va stabili:

1) neregularitățile comise de Prestator, cu referințe exprese la prevederile legale încălcate;

2) cerințe legale privind înlăturarea încălcărilor depistate și acțiunile necesare de întreprins, conform clauzelor contractuale privind Responsabilitatea părților/Drepturile și obligațiile părților, în contextul relațiilor contractuale precedente/curente evaluate;

3) termenul în care urmează a fi înlăturate neregularitățile constatate.

**31.** Executarea obligațiilor financiare prevăzute în pretenție poate fi realizată în conformitate cu graficul stabilit de CNAM, ca urmare a solicitării în scris a Prestatorului.

**32.** Dispoziția la pretenție va stabili măsurile ce urmează a fi întreprinse de diviziunile CNAM, ca urmare a evaluării.

**33.** Prestatorul este în drept să conteste în instanța de judecată raportul de evaluare/pretenția, respectând procedura prealabilă.

**34.** Rezultatele evaluărilor efectuate la instituțiile medico-sanitare publice se remit agențiilor teritoriale ale CNAM și fondatorilor pentru informare și întreprinderea măsurilor ce se impun.

**35.** Recuperarea mijloacelor FAOAM și a penalităților se realizează în conformitate cu prevederile capitolului V „Responsabilitatea Părților contractante” din contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM și capitolului II „Drepturile și obligațiile Părților” din contractul privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din FAOAM.

## **Capitolul IV**

### **Monitorizarea rezultatelor evaluării**

**36.** Pretenția și dispoziția la pretenție se întocmesc în termen de până la 10 zile lucrătoare de la înmînarea raportului de evaluare Prestatorului. Un exemplar al pretenției se remite Prestatorului prin e-mail sau prin scrisoare recomandată.

**37.** Din motive întemeiate, pretenția și dispoziția la pretenție pot fi întocmite într-un alt termen decît cel stabilit la pct. 36.

**38.** Prestatorul supus evaluării este obligat să înlătore neregularitățile indicate în pretenție în termen de cel mult o lună de la data înmînării acesteia sau de la data recepționării prin scrisoare recomandată ori în alt termen, mai mic, stabilit expres în pretenție și să prezinte dovezi documentare privind realizarea cerințelor înaintate.

**39.** Aprecierea gradului de executare a revendicărilor din pretenție se stabilește de către reprezentantului CNAM/șeful echipei de evaluare.

## **Capitolul V**

### **Metodologii de evaluare în funcție de tipurile de asistență medicală**

#### **Secțiunea 1**

##### **Dispoziții generale**

**40.** Evaluarea Prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în SAOAM se efectuează pentru perioada curentă de gestiune, cît și pentru perioada precedentă.

41. După caz, serviciile sunt invalidate în corespundere cu clauzele contractuale din capitolul „Responsabilitatea Părților”.

### **Secțiunea a 2-a**

#### **Evaluarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești**

42. Evaluarea prestării serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești se efectuează în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și actelor normative ce reglementează activitatea serviciului de asistență medicală urgentă prespitalicească.

### **Secțiunea a 3-a**

#### **Evaluarea serviciilor în cadrul asistenței medicale primare**

43. Evaluarea prestării serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale primare (AMP) se efectuează în conformitate cu clauzele contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic, Hotărârii Guvernului nr.988/2018 pentru aprobarea Regulilor de organizare a asistenței medicale primare și altor acte normative ce reglementează AMP.

44. În cadrul evaluării serviciilor medicale se analizează:

- 1) asigurarea cu personal medical;
- 2) dotarea cu echipament medical;
- 3) utilizarea SI AMP;
- 4) accesul persoanelor înregistrate la medicul de familie la AMP, inclusiv la investigațiile paraclinice și servicii de fizioterapie și reabilitare prevăzute în Programul unic;
- 5) corectitudinea înregistrării persoanelor la medicul de familie, conformitatea cu actele normative din domeniu;
- 6) corectitudinea prescrierii medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate;
- 7) corectitudinea și modul de eliberare a biletelor de trimitere la servicii medicale de înaltă performanță și spitalizări programate;
- 8) asigurarea cu medicamente, reactive și consumabile pentru cazurile de urgență și manopere medicale prevăzute la nivelul AMP;
- 9) după caz, realizarea indicatorilor de performanță în cadrul AMP și corectitudinea raportării acestora.

### **Secțiunea a 4-a**

#### **Evaluarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator**

45. Evaluarea prestării serviciilor în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator (AMSA) se efectuează în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și actelor normative ce reglementează activitatea serviciului de AMSA.

46. În cadrul evaluării serviciilor medicale se analizează:

- 1) asigurarea cu personal medical;
- 2) dotarea cu echipament medical;
- 3) utilizarea SI AMP;
- 4) accesul persoanelor la AMSA, inclusiv la investigațiile paraclinice și servicii de fizioterapie și reabilitare prevăzute în Programul unic;
- 5) corectitudinea prescrierii medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate;
- 6) corectitudinea și modul de eliberare a biletelor de trimitere la servicii medicale de înaltă performanță și spitalizări programate;



- 7) asigurarea cu medicamente, reactive și consumabile pentru cazurile de urgență și manopere medicale prevăzute la nivelul AMSA;
- 8) după caz, realizarea indicatorilor de performanță în cadrul AMSA și corectitudinea raportării acestora.

### **Secțiunea a 5-a**

#### **Evaluarea serviciilor medicale în cadrul asistenței medicale spitalicești**

**47.** Prestatorii de servicii medicale spitalicești sunt evaluați în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și actelor normative ce reglementează activitatea serviciului de asistență medicală spitalicească.

**48.** În cadrul evaluării serviciilor medicale se analizează:

- 1) asigurarea cu personal medical;
- 2) dotarea cu echipament medical;
- 3) utilizarea SI AMS și SI DRG;
- 4) accesul persoanelor la asistența medicală spitalicească conform criteriilor de spitalizare, inclusiv la medicamente, consumabile, intervenții, investigații paraclinice, servicii de fizioterapie și reabilitare, servicii de înaltă performanță, alimentație conform normativelor și condiții hoteliere;
- 5) după caz, realizarea indicatorilor de performanță în cadrul asistenței medicale spitalicești și corectitudinea raportării acestora.

**49.** În procesul evaluării serviciilor medicale raportate CNAM, se aplică următoarele criterii generale de invalidare:

- 1) cazul tratat al persoanei neasigurate, dar prezentată ca asigurată;
- 2) cazul tratat prezentat spre achitare, care de facto nu a fost efectuat;
- 3) cazul tratat prezentat spre achitare, care a fost achitat integral sau parțial de pacient sau de altă persoană fizică sau juridică;
- 4) cazul de spitalizare neîntemeiată:
  - a) caz programat – fără bilet de trimitere eliberat în conformitate cu prevederile Normelor metodologice de aplicare a Programului unic; spitalizat contrar prevederilor criteriilor de spitalizare prevăzute în protocolul clinic național/instituțional (în continuare – PCN/I); conform prevederilor Programului unic și PCN/I necesar de rezolvat la nivel de AMP/AMSA; prezentat la program special spre achitare, însă spitalizat în afara listei de așteptare remise de CNAM;
  - b) caz urgent – pacientul a fost spitalizat contrar criteriilor de spitalizare din PCN/I și/sau conform diagnosticului stabilit la nivelul secției de internare/departamentului medicină de urgență/unitate primiri urgente (DMU/UPU), volumului de asistență medicală acordat, datelor justificative din punct de vedere medical și social;
  - 5) caz nerezolvat pentru cazurile programate și urgente:
    - a) monitorizarea insuficientă și tratamentul necorespunzător, cauzat de nerespectarea cerințelor PCN/I și standardelor medicale de diagnostic și tratament (în continuare - SMDT);
    - b) externare neîntemeiată: neconfirmarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a ameliorării stării sănătății, lipsa recomandărilor privind continuarea tratamentului în condiții de ambulator, inclusiv și cazurile de abandon și/sau de refuz ale tratamentului, necodificate în modul corespunzător;
    - c) cazul pacientului spitalizat, cu act medical neefectuat, necodificat în modul corespunzător;
    - 6) cazul de transfer în altă instituție – când transferul este efectuat cu aceeași patologie, care era posibil de rezolvat în instituția dată.

**50.** Cazurile tratate contractate pe principiul *buget global*, care cad sub incidența a cel puțin unuia din criteriile menționate la pct.49, vor fi invalidate în baza costului mediu de caz, reieșind din costurile cazurilor raportate de Prestator în perioada de gestiune.

## Secțiunea a 6-a

### Particularități în evaluarea Prestatorilor finanțați în bază de DRG și auditul codificării

**51.** Particularitățile de evaluare a Prestatorilor finanțați în bază de DRG vor include:

- 1) respectarea standardelor codificării australiene (ICD-10-AM);
- 2) aplicarea corespunzătoare a materialelor pentru codificarea medicală a maladiilor și intervențiilor în cadrul sistemului DRG, veridicitatea și plenitudinea datelor, precum și corespunderea înregistrărilor din fișa medicală a bolnavului din staționar (în continuare - FMBS) pe suport de hârtie cu cele din fișa electronică (conform Setului minim de date la nivel de pacient);
- 3) în procesul de evaluare a cazurilor raportate în DRG se vor aplica și criteriile generale de invalidare menționate la pct.49.

**52.** Selectarea cazurilor pentru evaluare se va efectua în conformitate cu următoarele criterii de risc:

- 1) cazuri cu impact semnificativ asupra indicelui de complexitate al Prestatorului (numărul DRG - lor frecvente; număr sporit de cazuri grupate într-un anumit DRG; cotă înaltă de cazuri grupate în A-DRG; cazuri cu valori relative mari; număr sporit de cazuri ponderate);
- 2) cazuri invalidate conform Regulilor din grupa C și setate cu valoarea „Cerere validare”, dar pentru care nu a fost obținut aviz pozitiv de revalidare;
- 3) cazuri care din oficiu sunt cunoscute că nu pot fi prestate în cadrul Prestatorului sau nu corespund clauzelor contractuale;
- 4) cazurile pe anumite tipuri de programe speciale în vederea evaluării corectitudinii raportării.

**53.** În toate situațiile menționate la pct.52 vor fi utilizate datele electronice la nivel de pacient, raportate de către Prestator, inclusiv rezultatele grupării și validării cazurilor.

**54.** Cazurile vor fi invalidate, dacă vor fi constatate următoarele circumstanțe, cu impact asupra grupării cazului:

- 1) necorespunderea înregistrărilor din FMBS pe suport de hârtie cu cele din fișa electronică (conform Setului minim de date la nivel de pacient);
- 2) nerespectarea convențiilor și standardelor de codificare a diagnosticelor și procedurilor medicale;
- 3) divergențe între diagnosticele și procedurile (principale și/sau secundare) în format electronic cu datele din FMBS;
- 4) completări și/sau corecții ale diagnosticelor și procedurilor (principale și/sau secundare), altor date aferente pacientului și epizodului de spitalizare în FMBS pe suport de hârtie, neautorizate de către medicul curant sau consultant.

**55.** Suma prejudiciului cauzat în cazurile invalidate conform pct.49 și 54 se calculează după următoarea formulă:

$$\sum_{\text{reținută}} = N_{\text{cazuri invalidate}} \times \text{ICM}_{\text{caz invalidat}} \times \text{Tarif}, \text{ unde:}$$

$\sum_{\text{reținută}}$  – valoarea sumară a cazurilor invalidate;

$N_{\text{cazuri invalidate}}$  – numărul cazurilor invalidate menționate în pretenție;

**ICM** caz invalidat – indicele de complexitate calculat pentru cazurile invalidate;

**Tarif** – tariful în baza căruia a fost contractat Prestatorul, valabil pentru perioada supusă evaluării.

**56.** Pentru cazurile invalidate în contextul relațiilor contractuale curente, Prestatorul în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, va seta în câmpul „Stare înregistrare” valoarea „Invalidată după evaluare CNAM” și cazul va fi retransmis CNAM pentru regularizare. Pentru cazurile invalidate în contextul relațiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora din contul transferurilor ulterioare.

**57.** Auditul codificării se efectuează în trei etape:

- 1) etapa preaudit, care presupune selectarea aleatorie sau în baza criteriilor de risc a unui eşantion de cazuri;
- 2) efectuarea auditului codificării nemijlocit la sediul Prestatorului, după caz, la sediul CNAM;
- 3) etapa post-audit cu întocmirea și prezentarea raportului de audit (parte integrantă a raportului de evaluare), care va conține rezultatele auditului cu calcularea diferenței de cost a cazurilor pînă la și după audit.

**58.** Pentru cazurile supuse auditului în contextul relațiilor contractuale curente, Prestatorul, în termen de 5 zile lucrătoare de la primirea raportului de evaluare va realiza prescripțiile recomandate. Prin SI DRG Prestatorul va solicita definisarea cazurilor, va opera modificările și va retransmite datele corectate.

**59.** În cazul în care Prestatorul nu s-a conformat sau s-a conformat parțial recomandărilor prescrise în raportul de evaluare, sau auditul a fost efectuat pentru cazurile realizate în contextul relațiilor contractuale precedente, prin pretenție CNAM reține diferența de cost a cazurilor pînă la și după efectuarea auditului codificării, conform raportului, sau conform corecțiilor efectuate, inclusiv penalitatea.

**60.** Ca urmare a regrupării cazurilor, efectuate în rezultatul auditului codificării, calcularea diferenței de cost a cazurilor pînă la și după auditul codificării se realizează după următoarea formulă:

$$\frac{\sum_{\text{reținută}} = N_{\text{cazuri auditate}} \times (\text{ICM}_{\text{pînă la audit}} - \text{ICM}_{\text{după audit}}) \times \text{Tarif}}{\sum_{\text{reținută}} - \text{valoarea diferenței sumare a costului cazurilor auditate pînă și după Auditul codificării}}$$

$N_{\text{cazuri auditate}}$  – numărul cazurilor supuse auditului codificării;

$\text{ICM}_{\text{pînă la/după audit}}$  – indicele de complexitate a cazurilor supuse Auditului, calculat pînă la și după audit;

**Tarif** – tariful în baza căruia a fost contractat Prestatorul, valabil pentru perioada supusă evaluării.

## **Secțiunea a 7-a**

### **Evaluarea serviciilor medicale de înaltă performanță**

**61.** Evaluarea prestării serviciilor de înaltă performanță se efectuează în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și actelor normative ce reglementează activitatea de acordare a serviciilor medicale de înaltă performanță.

**62.** În cadrul evaluării serviciilor medicale se analizează:

- 1) asigurarea cu personal medical;
- 2) dotarea cu echipament medical, corespunzător ofertei prezentate pentru contractare;
- 3) corectitudinea raportării serviciilor medicale prestate, inclusiv în corespundere cu capacitatea echipamentului medical din dotare;
- 4) suma și volumul serviciilor contractate/achitate contrapuse cu datele prezentate în darea de seamă despre volumul acordat de servicii de înaltă performanță, Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de servicii de înaltă performanță (F 1-19/r), înregistrările din SIRSM și numărul Trimiterilor-Extras (F 027/e).

## **Secțiunea a 8-a**

### **Evaluarea îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu/paliative**

**63.** Evaluarea prestării serviciilor medicale în cadrul îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu/paliative (ÎMD/P) se efectuează în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM, Programului unic, Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și actelor normative ce reglementează activitatea de acordare a ÎMD/P.

- 64.** În cadrul evaluării serviciilor medicale se analizează:
- 1) asigurarea cu personal medical, după caz, cu alți specialiști;
  - 2) dotarea cu echipamente/dispozitive medicale conform volumului contractual;
  - 3) utilizarea sistemelor informaționale ale CNAM (SI DRG);
  - 4) accesul persoanelor la serviciile contractate, programarea acestora, inclusiv în hospice;
  - 5) asigurarea cu medicamente și consumabile;
  - 6) datele din darea de seama despre volumul acordat de ÎMD/P contrapuse cu datele din Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu/paliative și fișa medicală de ambulator a pacientului (F 025/e), dosarul medical a pacientului în cadrul îngrijirilor paliative, FMBS (hospice).

## **Capitolul VI**

### **Evaluarea procesului de eliberare a medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate de către prestatorii farmaceutici**

**65.** Evaluarea corectitudinii eliberării medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate de către prestatorii farmaceutici se va efectua în conformitate cu prevederile contractului încheiat cu CNAM și actelor normative ce reglementează activitatea în domeniu.

**66.** Evaluarea se va efectua pentru perioada curentă de gestiune, cât și pentru perioada precedentă. După caz, sumele primite nejustificat, inclusiv penalitatea se transferă în corespundere cu clauzele contractuale.

**67.** Formularele rețetelor ce urmează a fi supuse evaluării se selectează aleatoriu din rețetele prezentate spre achitare CNAM, care se contrapun cu informația din baza de date privind medicamentele/dispozitivele medicale compensate.

**68.** În cadrul evaluării se analizează:

1) nivelul de asigurare a prestatorului cu medicamentele/dispozitivele medicale compensate din FAOAM;

2) aprovizionarea permanentă a farmaciilor și filialelor acestora incluse în sistemul de compensare cu medicamentele și dispozitivele medicale prevăzute în Lista medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din FAOAM, aprobată în modul stabilit și asigurarea disponibilității în stoc a denumirilor comerciale de medicamente din cadrul aceleiași denumiri comune internaționale și a tuturor modelelor de dispozitive medicale compensate din denumirile compensate, pornind de la cele mai mici prețuri disponibile;

3) verificarea corectitudinii prescripțiilor medicale și a datelor obligatorii completate de către farmacist;

4) corectitudinea introducerii datelor din formularul de rețetă în sistemul informațional și veridicitatea informației introduse în raportul despre medicamente și/sau dispozitive medicale compensate;

5) corectitudinea aplicării adaosului comercial pentru medicamente și/sau dispozitive medicale compensate;

6) corectitudinea reflectării în evidența contabilă a facturilor de achiziționare a medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale, precum și analiza mișcării medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate, pentru confirmarea autenticității eliberării medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale către pacient.

## **Capitolul VII**

### **Metodologia de evaluare privind utilizarea eficientă a mijloacelor provenite din FAOAM**

#### **Secțiunea 1**

#### **Analiza activității financiare**

69. Evaluarea se efectuează pentru anul curent de gestiune (semestru, 9 luni), cât și pentru perioada retrospectivă.

70. Evaluarea corectitudinii executării devizului de venituri și cheltuieli se efectuează în baza documentelor justificative și include următoarele aspecte:

1) executarea cheltuielilor pentru remunerarea muncii în strictă conformitate cu prevederile actelor normative privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în SAOAM și alte acte normative ce reglementează raporturile de muncă ale altor prestatori încadrați în SAOAM;

2) executarea conformă a cheltuielilor pentru medicamente și dispozitive medicale și acoperirea necesităților reale pentru fiecare subdiviziune, conform standardelor de diagnostic și tratament, precum și argumentarea documentală a cheltuielilor suportate din mijloacele FAOAM;

3) executarea cheltuielilor pentru alimentarea pacienților cu respectarea prevederilor actelor normative în vigoare, prețurilor la produsele alimentare contractate, precum și argumentarea documentală a cheltuielilor suportate din mijloacele FAOAM;

4) respectarea normativelor stocurilor de valori materiale aprobate prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

5) executarea cheltuielilor care nu pot fi raportate separat, cu respectarea proporționalității acestora pe articole de cheltuieli conform prevederilor 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 ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

6) valorificarea cheltuielilor planificate pentru investigațiile paraclinice prestate de alți prestatori la trimiterea medicului de familie/ specialistului de profil, specificate în anexa nr.4 la Programul unic;

7) corespunderea angajamentelor asumate în domeniul achizițiilor scopurilor prevăzute în contract și executarea acestora în limitele mijloacelor financiare planificate în acest scop în Devizul de venituri și cheltuieli;

8) gestionarea veniturilor și cheltuielilor pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat.

## **Secțiunea a 2-a**

### **Evaluarea cheltuielilor pentru retribuirea muncii**

71. În cadrul evaluării cheltuielilor pentru retribuirea muncii se examinează:

1) corectitudinea stabilirii grilelor salariilor de funcție pentru fiecare categorie de angajați conform prevederilor Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în SAOAM și alte acte normative ce reglementează raporturile de muncă ale altor prestatori încadrați în prestarea serviciilor medicale în SAOAM;

2) corectitudinea calculării părții fixe, variabile și altor norme și garanții salariale personalului de conducere;

3) corespunderea efectivului real al angajaților cu normativul stabilit pe tipuri de asistență medicală, întru neadmiterea plăților suplimentare în legătură cu majorarea neîntemeiată a normativului de personal;

4) corectitudinea calculării și acordării sporurilor, indicatorilor de performanță profesională și premiilor achitate din fondul de salarizare;

5) corectitudinea calculării și achitării salariului pentru munca prin cumul a angajaților;

6) corectitudinea calculării și achitării suplimentelor de plată pentru cumularea funcțiilor vacante, temporar vacante sau temporar absente;

7) conformitatea raportării cheltuielilor pentru retribuirea muncii, exclusiv pentru angajații activitatea cărora ține nemijlocit de realizarea contractului de acordare a asistenței medicale.

**72.** Echipa de evaluare/reprezentantul CNAM examinează ordinele emise în legătură cu modificarea vechimii în muncă, studiile, ordinele de sancționare, etc., contrapune datele din listele de calcul a salariului cu transferurile efectuate la conturile de card bancar ale angajaților.

**73.** În cadrul evaluării corectitudinii cheltuielilor alocate pentru retribuirea muncii se contrapun totalurile din listele de plată și reflectarea acestora în evidența contabilă, pentru a stabili:

1) calcularea corectă în listele de plată a totalurilor la plata salariului pentru fiecare angajat în parte și în total pe listele de plată;

2) înregistrarea corectă a sumelor calculate și achitate prin contrapunerea listelor salariului calculat cu listele sumelor transferate la conturile de card bancar ale angajaților;

3) excluderea cazurilor de calculare concomitentă a salariului și indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă pentru aceeași perioadă;

4) corespunderea sumelor salariului lunar calculat cu sumele reflectate în creditul contului contabil 531 „Datorii față de personal privind retribuirea muncii”.

**74.** În cadrul evaluării se analizează corectitudinea salarizării în cadrul prestării muncii prin cumul a angajaților, după caz, cu efectuarea evaluărilor inopinate, de contrapunere, pentru excluderea calculării duble a plăților salariale pentru unele și aceleași ore de activitate în funcția de bază și prin cumul.

### **Secțiunea a 3-a**

#### **Evaluarea cheltuielilor pentru alimentarea pacienților**

**75.** În cadrul evaluării utilizării eficiente a mijloacelor financiare pentru alimentarea pacienților se verifică plenitudinea înregistrării în evidența contabilă a produselor alimentare achiziționate, corectitudinea trecerii la cheltuieli, precum și formarea soldurilor produselor alimentare la sfârșitul perioadei de gestiune prin contrapunerea datelor evidenței contabile cu cele indicate în darea de seamă F. 1-16/d.

**76.** În cazul depășirii sau nevalorificării mijloacelor planificate la articolul alimentarea pacienților, se evaluează corespunderea cheltuielilor reale conform normelor și a sumelor planificate la articolul dat.

**77.** Recepționarea produselor alimentare se evaluează prin verificarea înscrierilor în documentele primare cu înscrierile în borderoul cumulativ lunar, precum și prin verificarea corectitudinii înscrierii rezultatelor în borderoul cumulativ, în baza documentelor primare (facturi fiscale, acte de achiziție, etc.) în expresie cantitativă și valorică.

**78.** Evaluarea corectitudinii trecerii la cheltuieli a produselor alimentare se efectuează prin verificarea înregistrărilor din meniurile-cerere (meniurile de repartiție) cu cele din borderoul cumulativ privind consumul de produse alimentare pentru fiecare persoană gestionară, confruntarea acestora cu datele din secția de internare și statistică medicală.

**79.** Se evaluează corecțiile efectuate în cazul modificării numărului pacienților prezenți pentru alimentare la dejun din ziua curentă față de numărul de pacienți din ziua precedentă (internați sau externați), cu contrapunerea datelor din registru de evidență a pacienților din secții.

**80.** Evaluarea corectitudinii evidenței produselor alimentare are drept scop:

1) confirmarea înscrierilor în borderourile cumulative de consum a produselor alimentare cu meniurile-cereri zilnice;

2) corespunderea datelor din documentele de primire a produselor în blocul alimentar cu documentele primare din contabilitate;

3) asigurarea corectitudinii trecerii la cheltuieli a produselor alimentare în baza bonurilor de consum.

**81.** În cadrul evaluării corectitudinii atribuirii cheltuielilor pentru alimentarea pacienților se ține cont de cota cheltuielilor atât pentru persoanele asigurate și neasigurate diagnosticate cu maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, cât și a cheltuielilor pentru persoanele care au beneficiat de servicii contra plată, conform calculului (raportul dintre cheltuielile totale pentru alimentare și numărul zile/pat total în instituția medicală înmulțit la numărul zile/pat persoane asigurate).

**82.** În cadrul evaluării se examinează corespunderea stocului de produse alimentare la depozit și blocul alimentar cu datele evidenței contabile și documentelor primare, pentru a stabili plenitudinea produselor alimentare, termenul de valabilitate, calitatea produselor achiziționate etc.

**83.** Procesul de alimentare a pacienților, precum și completarea formularelor de evidență a activității serviciului dietetic se evaluează prin prisma Regulamentului de organizare a alimentației pacienților în instituțiile medico-sanitare spitalicești, aprobat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

#### **Secțiunea a 4-a**

##### **Evaluarea cheltuielilor pentru medicamentele, dispozitivele medicale utilizate în procesul prestării serviciilor medicale în cadrul AOAM**

**84.** La evaluarea cheltuielilor pentru medicamentele, dispozitivele medicale utilizate în procesul prestării serviciilor medicale în cadrul AOAM se verifică corectitudinea ținerii evidenței contabile a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor (în continuare - medicamente), corectitudinea întocmirii documentației și operațiunilor efectuate, precum și gestionarea eficientă a mijloacelor financiare, prevăzute pentru achiziționarea medicamentelor.

**85.** În cadrul evaluării se analizează planificarea corectă a mijloacelor pentru achiziționarea medicamentelor, întru asigurarea continuă a Prestatorului cu medicamente și dispozitive medicale.

**86.** La evaluarea corectitudinii planificării mijloacelor financiare destinate pentru achiziționarea medicamentelor se ține cont de determinarea valorii consumului mediu pentru un bolnav la un curs de tratament, a medicamentelor incluse în Formularul Farmacoterapeutic elaborat în conformitate cu standardele medicale de diagnostic și tratament și prețurile la medicamente conform contractelor.

**87.** La evaluarea respectării procesului de desfășurare a achizițiilor de medicamente (descentralizat), precum și executarea contractelor de achiziție se contrapun selectiv contractele încheiate cu operatorii economici cu datele din facturile fiscale.

**88.** Evaluarea asigurării Prestatorului cu sortimentul necesar de medicamente se efectuează prin analiza unui eșantion de bonuri de comandă-livrare, prin contrapunerea sortimentului și cantității solicitate de către secții și eliberate de către farmacia Prestatorului și bonul de comandă-livrare personal al pacientului la externare, inclusiv sursele de proveniență a medicamentelor administrate. În cazul eliberării unor cantități mai mici decât cele solicitate și prezența în bonul de comandă-livrare a medicamentelor procurate din cont propriu, se analizează cauzele care au condiționat lipsa medicamentelor și se aplică prevederile contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM.

**89.** Echipa de evaluare analizează corectitudinea distribuirii, evidența și decontarea medicamentelor utilizând următoarele metode:

1) asigurarea de către farmacie, contabilitate și secțiile Prestatorului a evidenței cantitativ-valorice a medicamentelor și dispozitivelor medicale, conform prețurilor de achiziții;

2) respectarea principiului de bază al distribuirii medicamentelor în spital și anume, eliberarea medicamentelor pacientului concret pentru care se întocmește Bonul de comandă-livrare personal;

- 3) contrapunerea Raportului de gestiune, întocmit de farmacist, cu dările de seamă privind rulajul de medicamente în secții, laboratoare etc. și cu fișele de indicații;
  - 4) evaluarea corectitudinii datelor privind cheltuielile efective incluse în darea de seamă F. 1-16/d prin metoda sumării cheltuielilor de medicamente achiziționate din contul FAOAM reflectate în rapoartele de gestiune pe toate secțiile și pe toată perioada de gestiune;
  - 5) evaluarea corectitudinii datelor privind cheltuielile de casă incluse în darea de seamă F. 1-16/d prin metoda sumării transferurilor bănești din extrasele bancare pe perioada de gestiune;
  - 6) efectuarea inventarierii selective a medicamentelor și dispozitivelor medicale în farmacie și în secțiile Prestatorului supus evaluării.
- 90.** În cazul stabilirii lipsurilor/surplusurilor în rezultatul inventarierii, lipsurile se dispun spre recuperare din contul persoanelor vinovate, iar surplusurile se reflectă în evidența contabilă la conturile corespunzătoare.

### **Secțiunea a 5-a**

#### **Corectitudinea reflectării cheltuielilor la articolul „Alte cheltuieli”**

- 91.** Evaluarea reflectării cheltuielilor la articolul „Alte cheltuieli” are drept scop asigurarea verificării corectitudinii raportării cheltuielilor utilizate, exclusiv, pentru prestarea serviciilor în cadrul SAOAM, proporționalității atribuirii cheltuielilor pe subarticole de cheltuieli, reieșind din veniturile obținute sau serviciile prestate în cadrul SAOAM și celor prestate din alte surse.
- 92.** În procesul de evaluare se analizează respectarea prevederilor actelor normative privind alegerea de către Prestator a metodei de raportare a cheltuielilor suportate din mijloacele FAOAM și expunerea acestora în Politica de contabilitate.