

Aprobat
prin Hotărârea Parlamentului nr.
din 2018

R A P O R T PRIVIND EXECUTAREA FONDURILOR ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN ANUL 2017

1. Context general

Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM) în anul 2017 a fost elaborat în conformitate cu prevederile art.47 și art.73 din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181 din 25.07.2014 și Ordinului ministrului finanțelor cu privire la aprobarea formularelor Rapoartelor privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală nr.02 din 05.01.2018.

Pe parcursul anului 2017 Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) și-a desfășurat activitatea în baza prevederilor Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017, Planului de acțiuni al Guvernului pentru anii 2016-2018, Politicii Naționale de Sănătate, Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, Planului de activitate al CNAM privind implementarea Strategiei de dezvoltare instituțională a CNAM pentru anii 2016-2020 și altor acte normative în vigoare.

Organizarea și funcționarea sistemului de AOAM se bazează, în primul rând, pe Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Conform actelor normative în vigoare, CNAM este o organizație de stat autonomă, de nivel național, care organizează, desfășoară și dirijează procesul de AOAM, cu aplicarea procedeeleor și mecanismelor legale pentru formarea fondurilor financiare destinate acoperirii cheltuielilor de tratament și profilaxie a maladiilor și stărilor incluse în Programul unic al AOAM, verifică calitatea asistenței medicale acordate și implementarea cadrului normativ aferent asigurărilor medicale.

Caracteristica cadrului indicatorilor de bază ai sistemului AOAM pentru anul 2017, dinamica și tendințele în comparație cu anii precedenți sînt prezentate în tabelul ce urmează.

Tabelul 1

Indicatori-cheie ai sistemului AOAM (anii 2013 – 2017)

	2013	2014	2015	2016	2017
Cota persoanelor asigurate din totalul populației (%)	83,2	85,0	85,6	85,8	86,9
Numărul persoanelor fizice care se asigură în mod individual	59 183	48 925	48 307	40 113	53 684
Veniturile fondurilor AOAM (mil.lei)	4 161,0	4 637,7	5 062,9	5 764,2	6 256,6

Ponderea transferurilor din bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de către Guvern în veniturile fondurilor AOAM (%)	51,3	46,9	42,0	41,1	40,4
Cheltuielile fondurilor AOAM (mil.lei)	4 226,1	4 679,5	5 152,5	5 673,4	6 260,8
Ponderea cheltuielilor fondurilor AOAM în PIB (%)	4,2	4,2	4,3	4,2	4,2
Ponderea cheltuielilor fondurilor AOAM în bugetul public al ocrotirii sănătății (%)	81,5	79,4	79,8	87,2	86,1
Mărimea primei de AOAM în cotă procentuală (%)	7	8	9	9	9
Mărimea primei de AOAM în sumă fixă (lei)	3 318,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0
Fondul de remunerare a muncii din care se calculează prima de AOAM în cotă procentuală (mld lei)	26,8	29,0	30,7	35,0	40,0
Numărul instituțiilor medicale și farmaceutice contractate	590	673	690	692	698
Numărul de rețete compensate achitate	3 120 779	3 476 901	3 678 614	4 593 565	5 506 631
Cheltuielile pentru medicamente compensate (mil.lei)	163,5	205,9	279,7	425,0	523,9
Prețul mediu cu amănuntul pentru medicamente compensate per rețetă (lei)	75,6	83,1	106,4	113,7	119,1
Suma medie compensată pentru o rețetă	52,4	59,2	78,9	90,8	95,1

2. Sinteza privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală

Prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017 nr.285 din 16 decembrie 2016, veniturile fondurilor AOAM au fost aprobate în sumă de **6 141 657,4 mii lei** și cheltuielile în sumă de **6 234 451,3 mii lei**, cu un deficit de **92 793,9 mii lei**. Ulterior, în temeiul rectificărilor operate prin Legea nr.219 din 20 octombrie 2017, suma veniturilor și cheltuielilor a fost modificată și aprobată, în mărime de **6 228 657,4 mii lei** și de **6 321 451,3 mii lei** respectiv, cu deficit de **92 793,9 mii lei**.

Rectificarea menționată a Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017 a reieșit, pe de o parte, din nivelul sporit de executare în primele 8 luni ale anului de gestiune, a veniturilor din acumulările primelor de AOAM în cotă procentuală și în formă de sumă fixă și a estimărilor privind veniturile așteptate în perioada septembrie-decembrie 2017, efectuate în virtutea acoperirii cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM, iar pe de alta – din analiza acțiunilor ce urmează a fi realizate și finanțate pînă la finele anului 2017 din contul mijloacelor fondului măsurilor de profilaxie și fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale.

Executarea fondurilor AOAM în anul 2017 a constituit la venituri **6 256 635,3 mii lei** și la cheltuieli – **6 260 822,4 mii lei** și s-a încheiat cu un deficit în sumă de **4 187,1 mii lei**. Deficitul înregistrat la finele anului 2017 este cu 88 606,8 mii lei mai mic decît cel planificat, fapt care se datorează acumulărilor peste nivelul așteptat al veniturilor și executării sub nivelul planificat a cheltuielilor. Deficitul menționat a fost acoperit din contul soldului cumulativ existent la începutul anului. Astfel, comparativ cu începutul anului, soldul cumulativ al mijloacelor bănești în conturile fondurilor AOAM s-a diminuat și la situația din 31 decembrie 2017 a constituit **239 669,8 mii lei**.

Tabelul 2

**Raport privind executarea indicatorilor generali și surselor de finanțare ale fondurilor
AOAM pe anul 2017**

Formularul nr.1 CNAM
(mii lei)

Denumirea	C d Eco	Plan		Executat	Executat față de precizat	
		Aprobat pe an	Precizat pe an		devieri (+/-)	în %
A	I	2	3	4	5=4-3	6=4/3
I. Venituri, total	1	6 141 657,4	6 228 657,4	6 256 635,3	27 977,9	100,4%
<i>inclusiv transferuri de la bugetul de stat</i>		<i>2 593 027,4</i>	<i>2 593 027,4</i>	<i>2 593 027,4</i>	<i>0,0</i>	<i>100,0%</i>
II. Cheltuieli, total	2+3	6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	-60 628,9	99,0%
III. Sold bugetar	1-(2+3)	-92 793,9	-92 793,9	-4 187,1	88 606,8	4,5%
IV. Surse de finanțare, total	4+5+9	92 793,9	92 793,9	4 187,1	-88 606,8	
Sold de mijloace bănești la începutul perioadei	91	153 144,8	153 144,8	243 856,9	90 712,1	
Sold de mijloace bănești la sfârșitul perioadei	93	60 350,9	60 350,9	239 669,8	179 318,9	

În conformitate cu prevederile legislației în vigoare, soldul mijloacelor financiare la conturile bancare ale fondurilor AOAM pe parcursul anului bugetar a fost utilizat pentru acoperirea deficitului bugetar și decalajului temporar de casă.

Sinteza desfășurată privind executarea fondurilor AOAM este prezentată în anexa nr.1 la prezentul raport.

3. Veniturile fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală raportate pe tipuri de surse

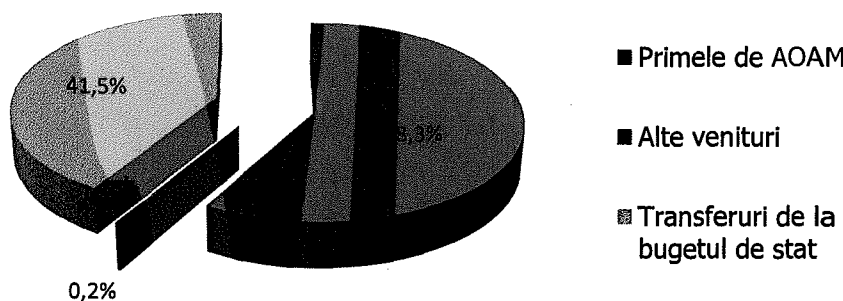
Veniturile fondurilor AOAM se constituie din primele de AOAM achitate de către plătitori, transferuri de la bugetul de stat și alte venituri (amenzi și sancțiuni pecuniare, dobânzi bancare etc.).

Prima de AOAM reprezintă o sumă fixă sau o contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, pe care asiguratul este obligat să o plătească în fondurile AOAM pentru preluarea riscului de îmbolnăvire. Mărimea primei de AOAM se stabilește anual prin legea fondurilor AOAM. Prima de AOAM în cotă procentuală a evoluat pe parcursul anilor 2013-2017, fiind în corelație cu evoluția economiei naționale, pe când prima de AOAM în sumă fixă rămânând la nivelul anului 2014.

În anul 2017 **veniturile fondurilor AOAM** au fost acumulate în sumă de **6 256 635,3 mii lei**, ceea ce constituie 100,4% față de prevederile anuale. În structura veniturilor mai mult de jumătate, și anume 3 663 607,9 mii lei sau 58,5%, o constituie partea de venituri proprii (primele de AOAM) și alte venituri, iar 2 593 027,4 mii lei sau 41,5% au însumat transferurile de la bugetul de stat.

Diagrama 1

**Structura veniturilor acumulate în fondurile AOAM
pe tipuri de venit, anul 2017**



Informația detaliată cu privire la veniturile încasate în fondurile AOAM pe tipuri de acumulări este prezentată în tabelul ce urmează.

Tabelul 3

Raport privind executarea veniturilor fondurilor AOAM pe anul 2017

Formularul nr.1.1 CNAM

(mii lei)

Denumirea	Cod Eco	Plan		Executat	Executat față de precizat	
		Aprobat pe an	Precizat pe an		devieri (+/-)	în %
A	I	2	3	4	5=4-3	6=4/3
Venituri, total	1	6 141 657,4	6 228 657,4	6 256 635,3	27 977,9	100,4%
Contribuții și prime de asigurare obligatorie	12	3 542 000,0	3 624 000,0	3 648 425,5	24 425,5	100,7%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală	122	3 542 000,0	3 624 000,0	3 648 425,5	24 425,5	100,7%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, achitate de fiecare categorie de plătitori	1221	3 448 712,0	3 520 712,0	3 541 776,6	21 064,6	100,6%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, achitate de persoane fizice cu reședința sau domiciliul în Republica Moldova	1222	93 288,0	103 288,0	106 648,9	3 360,9	103,3%
Alte venituri	14	6 630,0	11 630,0	15 182,4	3 552,4	130,5%
Transferuri primite în cadrul bugetului public național	19	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0%
Transferuri primite în cadrul bugetului consolidat central	192	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0%
Transferuri între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	1922	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0%

Transferuri curente primite cu destinație specială între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	19221	66 659,8	66 659,8	66 659,8	0,0	100,0%
Transferuri curente primite cu destinație generală între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	19223	2 526 367,6	2 526 367,6	2 526 367,6	0,0	100,0%

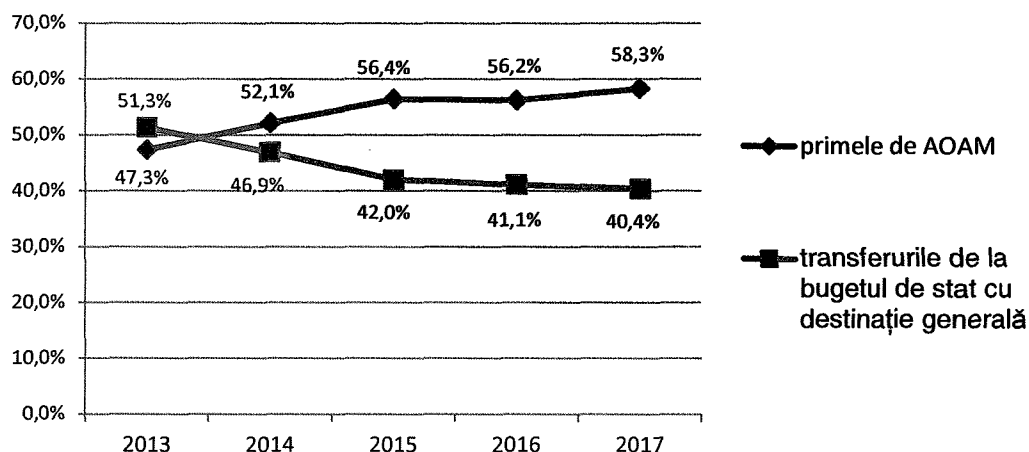
În comparație cu anul 2016, suma veniturilor acumulate în fondurile AOAM s-a majorat cu 492 477,0 mii lei sau cu 8,5%.

Pe parcursul ultimilor ani este tot mai evidentă tendința de majorare constantă a ponderii primelor de AOAM (în cotă procentuală și în formă de sumă fixă) în veniturile fondurilor AOAM și, concomitent, de diminuare a ponderii transferurilor curente primite cu destinație generală de la bugetul de stat (transferurile pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern și transferurile pentru compensarea primelor de AOAM pentru deținătorii de terenuri agricole situate după traseul Rîbnița-Tiraspol). Astfel, dacă în anul 2013 ponderea primelor de AOAM în veniturile fondurilor AOAM constituia 47,3% și a transferurilor curente cu destinație generală de la bugetul de stat - 51,3%, în anul 2017, veniturilor din primele AOAM le revine deja - 58,3% din venituri, pe când transferurilor respective de la bugetul de stat - doar 40,4%.

Ilustrarea grafică a tendinței menționate este prezentată în diagrama ce urmează.

Diagrama 2

Evoluția ponderii primelor de AOAM și a transferurilor cu destinație generală primite de la bugetul de stat în veniturile fondurilor AOAM (anii 2013 – 2017)



3.1 Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense

Mărimea primei de AOAM în cotă procentuală în raport cu salariul și cu alte recompense, în conformitate cu prevederile politicii bugetar-fiscale, a fost aprobată prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017 în cuantum de 9,0%.

Cota procentuală a primei în perioada anilor 2009-2013 a fost menținută la nivel de 7,0%, majorată gradual cu câte 1,0% în anii 2014 și 2015 și păstrată la nivel de 9% în perioada anilor 2016-2017. Necesitatea majorării treptate a cotei procentuale este argumentată prin nevoia acoperirii creșterii continue a prețurilor de consum și prin necesitatea sporirii volumului și calității serviciilor medicale acordate populației, inclusiv prin fortificarea

capacităților instituțiilor medico-sanitare publice, aplicarea tehnologiilor noi și a utilajului medical performant.

Categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în cotă procentuală sînt prevăzute în anexa nr.1 la Legea nr.1593-XV din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală.

În anul 2017 primele în cauză au fost acumulate în sumă de **3 541 776,6 mii lei**, ce este cu 21 064,6 mii lei mai mult sau la nivel de 100,6% față de prevederile anuale.

Conform datelor Serviciului Fiscal de Stat, suma primelor de AOAM în cotă procentuală calculată în anul de gestiune se cifrează la 3 427 274,1 mii lei, inclusiv majorările de întîrziere – 13 713,8 mii lei, iar restanța formată conform situației din 31 decembrie 2017 este de 45 889,7 mii lei, în descreștere cu 2 458,0 mii lei, față de cea existentă conform situației din 1 ianuarie 2017.

Acest tip de venit deține ponderea cea mai mare și constituie 56,6% din totalul acumulărilor fondurilor AOAM în anul de gestiune.

Comparativ cu anul 2016, încasările primelor de AOAM în cotă procentuală s-au majorat cu 388 781,2 mii lei sau cu 12,3%, fapt ce se datorează creșterii fondului de remunerare a muncii la nivel de țară.

3.2 . Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, achitate de persoane fizice cu reședința sau domiciliul în Republica Moldova

Conform art.17 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă se calculează prin aplicarea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici.

Pentru anul de referință, în conformitate cu Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017, prin derogare de la prevederile sus-menționate, prima de AOAM calculată în sumă fixă în valoare absolută a fost stabilită în mărime de 4 056 lei, fiind menținută la nivelul anului 2014.

Categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în sumă fixă sînt expuse în anexa nr.2 la Legea nr.1593-XV din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de AOAM. Printre acestea se regăsesc proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, fondatorii de întreprinderi individuale, titularii de patentă de întreprinzător, notarii publici, executorii judecătorești, avocații și alții.

În anul 2017, la plata primei în sumă fixă în termenul stabilit de legislație, și anume pînă la 31 martie 2017, s-au aplicat, ca și în anii precedenți, reduceri de 50% și 75%. Astfel, cu respectarea acestei condiții, persoanele care se asigură în mod individual au beneficiat de reducere în mărime de 50%, iar proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, indiferent de faptul dacă au dat sau nu aceste terenuri în arendă sau folosință pe bază de contract, au beneficiat de reducere în mărime de 75%.

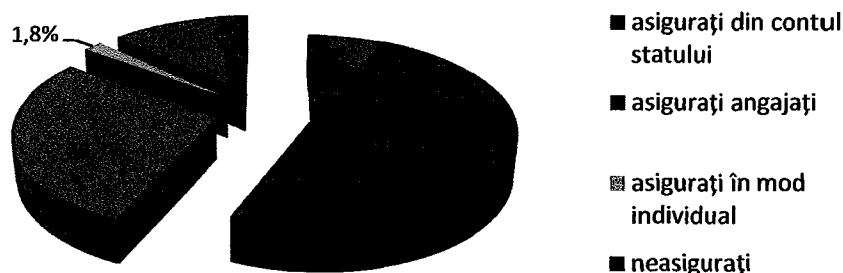
Practica aplicării înlesnirilor acordate la achitarea primei de asigurare în sumă fixă și-a demonstrat eficiența în timp, constituind un mijloc de susținere și integrare a categoriilor de

populație cu venituri mici în sistemul AOAM, aceste categorii de persoane fiind astfel protejate financiar în cazul survenirii riscului de îmbolnăvire.

La data de 31 decembrie 2017, numărul persoanelor asigurate în sistemul AOAM a constituit circa 2 609 mii persoane, gradul de asigurare atingând nivelul de 86,9%, cu 1,1 puncte procentuale mai mult față de anul 2016.

Diagrama 3

Structura populației Republicii Moldova sub aspectul gradului de asigurare în cadrul sistemul AOAM, anul 2017

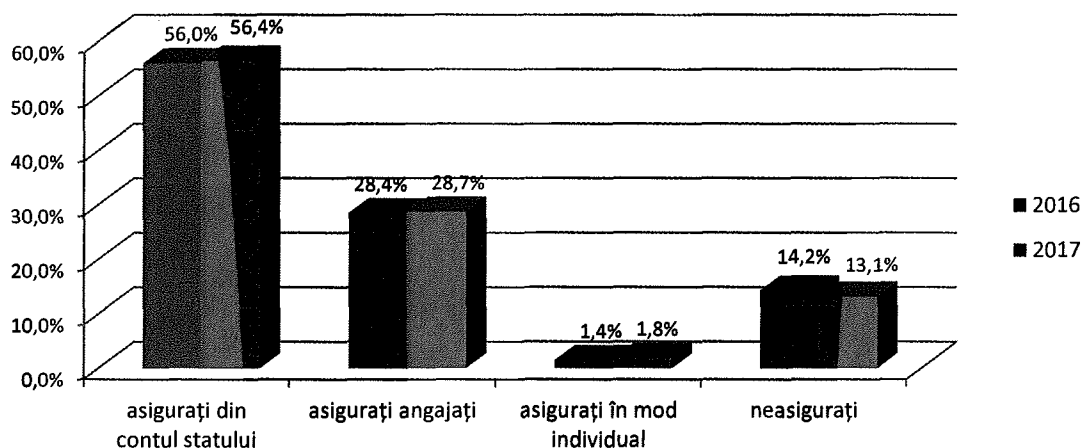


Comparativ cu anul precedent, a crescut numărul de persoane asigurate pentru fiecare categorie: asigurați de stat și asigurați în mod individual cu câte 0,4 puncte procentuale și asigurați angajați – cu 0,3 puncte procentuale, diminuându-se cu 1,1 puncte procentuale numărul persoanelor neasigurate.

Ilustrarea grafică a tendinței de creștere a gradului de asigurare a persoanelor în cadrul sistemului AOAM pe categorii este prezentată în diagrama ce urmează.

Diagrama 4

Evoluția categoriilor populației Republicii Moldova sub aspectul gradului de asigurare în cadrul sistemul AOAM (anii 2016-2017)



Din numărul total de circa 2 609 mii de persoane asigurate, peste 53 mii sînt persoane care s-au asigurat în mod individual, prin achitarea primei de AOAM în sumă fixă, ce este cu peste 13 mii de persoane mai mult față de anul precedent.

Cît privește dimensiunea reducerilor cu care au fost realizate polițele de AOAM, aici predomină categoria beneficiarilor a rabatului de 50% - 32 662 persoane. Proprietarii de terenuri cu destinație agricolă au beneficiat de reduceri în mărime de 75%, asigurîndu-se în mod individual 16 206 persoane. Persoanele care au achitat prima de asigurare în mărime integrală în anul 2017 constituie 4 436 persoane.

În anul 2017 acumulările din primele de AOAM în sumă fixă au constituit **106 648,9 mii lei**, ce este cu 3 360,9 mii lei sau cu 3,3% mai mult față de prevederile anuale și cu 19 465,2 mii lei sau 22,3% mai mult față de anul 2016.

Ponderea acumulărilor din primele de AOAM în sumă fixă în veniturile totale acumulate în fondurile AOAM a constituit 1,7%, fiind în creștere față de anul 2016 cu 0,2 puncte procentuale.

3.3 Alte venituri

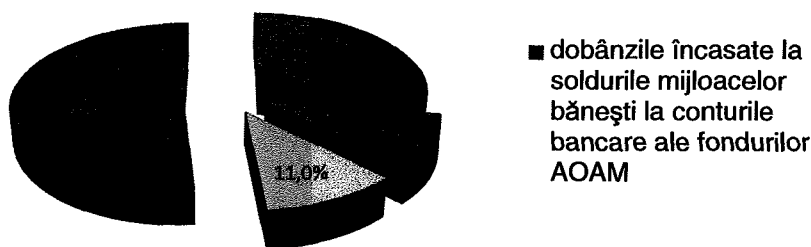
În total în anul 2017 la această categorie de venituri au fost acumulate mijloace în sumă de **15 182,4 mii lei**, cu 3 552,4 mii lei sau cu 30,5% mai mult față de prevederi.

Din structura acestei categorii de venituri fac parte:

- dobînzile încasate la soldurile mijloacelor bănești la conturile bancare ale fondurilor AOAM – 4 143,6 mii lei;
- amenzile și sancțiunile contravenționale încasate în fondurile AOAM (aplicate de CNAM) – 1 554,1 mii lei;
- amenzile conform Codului Fiscal și amenzile contravenționale aplicate de către organele Serviciului Fiscal de Stat încasate în bugetul fondurilor AOAM – 1 667,6 mii lei. Totodată, conform datelor Serviciului Fiscal de Stat, amenzile calculate de SFS se cifrează la – 4 212,5 mii lei, iar restanța față de fondurile AOAM conform situației din 31.12.2017 constituie – 3 352,8 mii lei;
- alte venituri încasate în fondurile AOAM, inclusiv încasate de la instituțiile medico-sanitare pentru încălcările financiare privind utilizarea mijloacelor bănești în alte scopuri decît prevederile Programului Unic, cu derogare de la actele normative, a prescrierilor neargumentate a medicamentelor compensate și eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere pentru spitalizări – 7 817,1 mii lei.

Diagrama 5

Structura capitolului „Alte venituri” pe categorii de venit, anul 2017



Depășirea prevederilor anuale la capitolul „Alte venituri” s-a produs la toate categoriile componente. Astfel, la amenzi și sancțiuni depășirea a constituit 61,1% (1 221,7 mii lei), la dobânzi – 57,6% (1 513,6 mii lei), la alte venituri – 11,7% (817,1 mii lei).

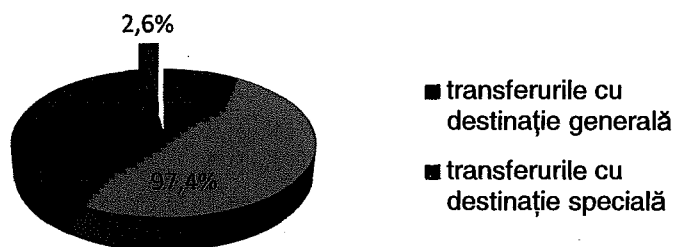
Comparativ cu anul 2016, la capitolul „Alte venituri” s-a înregistrat o creștere de 3 915,5 mii lei sau de 34,8%.

3.4 Transferuri primite în cadrul bugetului consolidat central

Transferurile primite în cadrul bugetului consolidat central, care reprezintă transferuri curente de la bugetul de stat în fondurile AOAM, au fost virate conform prevederilor anuale în mărime deplină și se cifrează la **2 593 027,4 mii lei**. Din ele: transferurile cu destinație generală au constituit **2 526 367,6 mii lei** sau 97,4% din transferurile totale și transferurile cu destinație specială - **66 659,8 mii lei** sau 2,6%.

Diagrama 6

Structura transferurilor primite de la bugetul de stat în anul 2017



Deși în anul 2017 suma transferurilor virate de la bugetul de stat în fondurile AOAM a fost în creștere cu 80 315,1 mii lei sau cu 3,2% față de anul precedent, ponderea lor în totalul veniturilor acumulate în fondurile AOAM a scăzut cu 2,1 puncte procentuale.

Transferurile cu destinație generală între bugetul de stat și fondurile AOAM, realizate în sumă de 2 526 367,6 mii lei, includ transferurile de la bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de Guvern și transferurile pentru compensarea veniturilor ratate, conform art.3 din Legea nr.39-XVI din 2 martie 2006.

Ponderea covârșitoare (99,97%) în categoria de transferuri cu destinație generală revine transferurilor pentru categoriile de persoane asigurate de Guvern, care au fost virate în sumă de **2 525 629,1 mii lei**, cu 156 444,1 mii lei sau cu 6,6% mai mult decât în anul 2016.

Guvernul asigură persoanele neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate, cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual (art.4 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală). Sînt asigurate de Guvern **16 categorii** de persoane, inclusiv copiii pînă la 18 ani, pensionari, persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii, șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă, persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social, etc., precum și donatorii de organe în viață, categorie introdusă în anul 2017 prin Legea nr.101 din 9 iunie 2017.

Acest tip de venit deține a doua poziție printre sursele de venit ale fondurilor AOAM, după primele de AOAM în formă de contribuție procentuală și reprezintă 40,4% din totalul veniturilor acumulate în anul de gestiune.

Veniturile din transferurile de la bugetul de stat pentru compensarea veniturilor ratate, conform art.3 din Legea nr.39-XVI din 2 martie 2006, destinate compensării de către Guvern a primelor AOAM pentru deținătorii de terenuri agricole situate după traseul Rîbnița-Tiraspol, transferate în fonduri pe parcursul anului 2017, se cifrează la **738,5 mii lei** și sînt la nivelul anului precedent.

La categoria *transferurilor cu destinație specială între bugetul de stat și fondurile AOAM*, au fost virate transferuri pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății și transferuri pentru realizarea proiectului „Modernizarea sectorului sănătății”, care în ansamblu se cifrează la 66 659,8 mii lei.

Transferurile de la bugetul de stat pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății, destinate procurării preparatelor antidiabetice injectabile (insuline umane) au fost efectuate în sumă de **62 033,7 mii lei**, în creștere cu 9 217,3 mii lei sau 17,5% față de anul precedent.

Transferurile de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului „Modernizarea sectorului sănătății” au fost virate în sumă de **4 626,1 mii lei**. Totodată, în comparație cu anul 2016 transferurile în cauză s-au diminuat cu 85 346,3 mii lei și constituie doar 5,1% din suma transferurilor respective, efectuate în anul precedent.

4. Utilizarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sub aspectul fondurilor și subprogramelor aprobate

Mijloacele financiare, indiferent de sursa de achitare, se acumulează la contul unic al CNAM, fiind ulterior repartizate conform normativelor legale în următoarele fonduri (conform anexei nr.1.2 la Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017):

- fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază);
- fondul de rezervă al AOAM;
- fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire);
- fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale;
- fondul de administrare a sistemului de AOAM.

Partea de **cheltuieli a fondurilor AOAM** s-a realizat în sumă de **6 260 822,4 mii lei**, cu 60 628,9 mii lei mai puțin sau cu un nivel de executare de 99,0% față de prevederile anuale. Aceasta este, totodată, cu 587 376,2 mii lei sau cu 10,4% mai mult comparativ cu anul 2016.

Tabelul 4

Raport privind executarea fondurilor AOAM pe cheltuieli pe anul 2017

Formularul nr.1.2 CNAM

(mii lei)

Denumirea	Plan		Executat	Executat față de precizat	
	Aprobat pe an	Precizat pe an		clavieri (+/-)	în %
A	1	2	3	4=3-2	5=3/2
Cheltuieli, total	6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	- 60 628,9	99,0%
<i>inclusiv:</i>					
1. Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)	6 054 911,5	6 170 311,5	6 162 918,7	- 7 392,8	99,9%
2. Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală	50 701,9	45 701,9	0,0	- 45 701,9	0,0%
3. Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)	25 000,0	6 000,0	6 000,0	0,0	100,0%
4. Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale	25 000,0	24 600,0	18 584,7	- 6 015,3	75,5%
5. Fondul de administrare a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală	78 837,9	74 837,9	73 319,0	- 1 518,9	98,0%

Fondurile AOAM sînt structurate pe programe și subprograme de cheltuieli, conform anexei nr.2 la Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2017.

Programul „Sănătatea publică și servicii medicale” include următoarele subprograme, gestionate de CNAM:

- Administrarea fondurilor AOAM;
- Asistența medicală primară, *inclusiv medicamente compensate*;
- Asistența medicală specializată de ambulatoriu;
- Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu;
- Asistența medicală urgentă prespitalicească;
- Asistența medicală spitalicească;
- Servicii medicale de înaltă performanță;
- Management al fondului de rezervă al AOAM;
- Programe naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății;
- Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății.

Sub aspectul subprogramelor de cheltuieli ale fondurilor AOAM, executarea în anul 2017 se prezintă în felul următor:

Tabelul 5

**Raport privind executarea programelor de cheltuieli ale fondurilor AOAM
pe anul 2017**

Formularul nr.2 CNAM

(mii lei)

Denumirea	Cod P2	Plan		Executat	Executat față de precizat	
		Aprobat pe an	Precizat pe an		devieri (+/-)	în %
A	I	2	3	4	5=4-3	6=4/3
Cheltuieli, total		6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	-60 628,9	99,0%
inclusiv:						
Programul „Sănătatea publică și servicii medicale”	8000	6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	-60 628,9	99,0%
Subprogramul “Adminstrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală”	8002	78 837,9	74 837,9	73 319,0	-1 518,9	98,0%
Subprogramul “Asistența medicală primară”, <i>inclusiv medicamente compensate</i>	8005	1 882 576,6 522 431,3	1 882 576,6 523 859,3	1 876 706,5 523 859,3	-5 870,1 0,0	99,7% 100,0%
Subprogramul “Asistența medicală specializată de ambulatoriu”	8006	427 190,5	424 796,5	423 569,2	-1 227,3	99,7%
Subprogramul “Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”	8008	9 220,6	9 220,6	9 203,3	-17,3	99,8%
Subprogramul “Asistența medicală urgentă prespitalicească”	8009	524 381,5	544 096,7	544 064,1	-32,6	100,0%
Subprogramul “Asistența medicală spitalicească”	8010	3 027 433,6	3 118 118,4	3 118 110,8	-7,6	100,0%
Subprogramul “Servicii medicale de înaltă performanță”	8011	184 108,7	191 502,7	191 264,8	-237,9	99,9%
Subprogramul “Management al fondului de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală”	8017	50 701,9	45 701,9	0,0	-45 701,9	0,0%
Subprogramul “Programe naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății”	8018	25 000,0	6 000,0	6 000,0	0,0	100,0%
Subprogramul “Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății”	8019	25 000,0	24 600,0	18 584,7	-6 015,3	75,5%

Pe fiecare subprogram au fost stabiliți indicatori de performanță (de rezultat, de produs și de eficiență), atingerea cărora a fost monitorizată de către CNAM.

Informația detaliată cu privire la executarea fondurilor AOAM la partea de cheltuieli și active nefinanciare este prezentată în anexa nr.2 la prezentul raport.

4.1 Cheltuieli din fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)

În conformitate cu pct.9 din Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.594 din 14 mai 2002, în fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) se repartizează nu mai puțin de 94% din veniturile fondurilor AOAM.

Mijloacele financiare, acumulate în fondul de bază, se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM, prestate la toate nivelurile de asistență medicală: primară, specializată de ambulatoriu, urgentă prespitalicească, spitalicească, servicii medicale de înaltă performanță, îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu și contractarea prestatorilor de asistență medicală este bazată pe necesitățile populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor fondurilor AOAM aprobate.

Persoanele încadrate în sistemul AOAM beneficiază de tot spectrul de servicii medicale incluse în Programul unic al AOAM. Totodată, asistența urgentă prespitalicească și cea primară sînt acordate și persoanelor neasigurate, iar în cazul maladiilor social-condiționate, precum tuberculoza, afecțiuni oncologice, psihiatrice, HIV/SIDA, maladii infecțioase, cei neasigurați beneficiază și de asistență medicală specializată de ambulatoriu și de cea spitalicească.

În anul 2017 pentru prestarea serviciilor medicale în cadrul sistemului AOAM au fost încheiate contracte cu 435 instituții medico-sanitare (IMS), inclusiv: 22 republicane, 10 departamentale, 34 municipale, 302 raionale și 67 private.

Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) este fondul care deține ponderea covârșitoare în totalul cheltuielilor fondurilor AOAM și în anul de gestiune acestuia i-au revenit 98,4% din cheltuieli.

Pentru achitarea serviciilor medicale curente, în anul 2017, din **fondul de bază al AOAM**, au fost direcționate mijloace în sumă de **6 162 918,7 mii lei**, aceasta constituind 99,9% față de prevederile anuale sau cu 7 392,8 mii lei mai puțin. Totodată, în comparație cu anul 2016, cheltuielile fondului de bază au crescut cu 592 676,9 mii lei sau cu 10,6%.

Informația detaliată cu privire la cheltuielile din fondul de bază pe subprograme de cheltuieli este prezentată în tabelul ce urmează.

Tabelul 6

**Evoluția cheltuielilor efectuate din fondul de bază sub aspectul subprogramelor
(anii 2016-2017)**

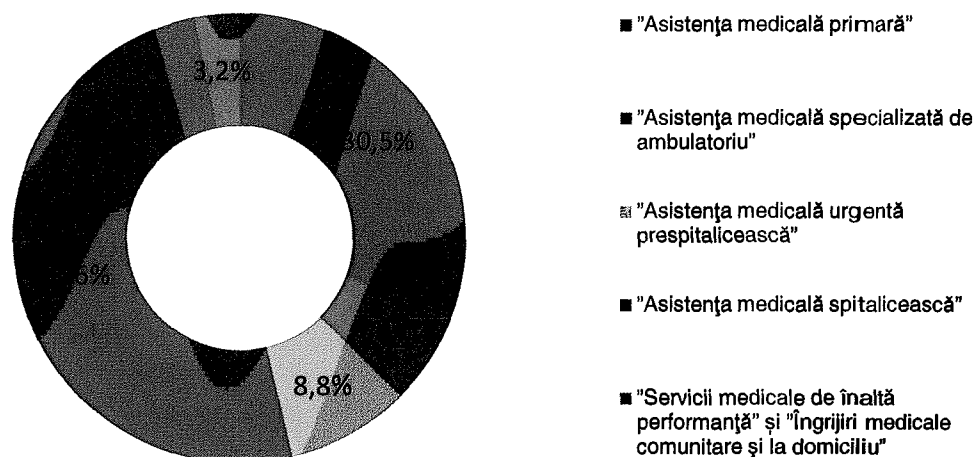
(mii lei)

Denumirea	Plan 2017		Executat în a.2017	Executat față de precizat		Executat în a.2016	Executat în 2017 față de 2016	
	Aprobat pe an	Precizat pe an		devieri (+/-)	raport în %		devieri (+/-)	raport în %
<i>A</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=3-2</i>	<i>5=3/2</i>	<i>6</i>	<i>7=3-6</i>	<i>8=3/6</i>
Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază), total	6 054 911,5	6 170 311,5	6 162 918,7	-7 392,8	99,9%	5 570 241,8	592 676,9	110,6%
inclusiv:								
Subprogramul "Asistența medicală primară", inclusiv medicamente compensate	1 882 576,6 522 431,3	1 882 576,6 523 859,3	1 876 706,5 523 859,3	-5 870,1 0,0	99,7% 100,0%	1 729 199,1 424 952,5	147 507,4 98 906,8	108,5% 123,3%
Subprogramul "Asistența medicală specializată de ambulatoriu"	427 190,5	424 796,5	423 569,2	-1 227,3	99,7%	389 217,2	34 352,0	108,8%
Subprogramul "Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu"	9 220,6	9 220,6	9 203,3	-17,3	99,8%	8 697,2	506,1	105,8%
Subprogramul "Asistența medicală urgentă prespitalicească"	524 381,5	544 096,7	544 064,1	-32,6	100,0%	456 613,8	87 450,3	119,2%
Subprogramul "Asistența medicală spitalicească"	3 027 433,6	3 118 118,4	3 118 110,8	-7,6	100,0%	2 827 659,5	290 451,3	110,3%
Subprogramul "Servicii medicale de înaltă performanță"	184 108,7	191 502,7	191 264,8	-237,9	99,9%	158 855,0	32 409,8	120,4%

Executarea fondului de bază sub nivelul planificat (cu 0,1% mai puțin față de prevederile anuale) se explică, pe de o parte prin nevalorificarea în deplină măsură de către IMS a mijloacelor destinate acoperirii cheltuielilor legate de încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale și nevalidarea unor servicii medicale prestate, cât și ca urmare a neîncheierii de către CNAM a contractelor de acordare a serviciilor medicale cu Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor din cadrul AMT Buiucani și Centrele Comunitare de Sănătate Mintală din CS Fălești și CS Ștefan-Vodă, dat fiind faptul că, acestea nu au fost deschise în 2017 așa cum s-a planificat inițial.

Ponderea subprogramelor finanțate din mijloacele fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) în totalul fondului de referință este prezentată în diagrama ce urmează.

Structura cheltuielilor pe subprograme finanțate din fondul de bază, anul 2017



Peste jumătate din mijloacele financiare destinate achitării serviciilor medicale curente, sau 50,6%, au fost alocate pentru realizarea subprogramului „Asistența medicală spitalicească” și 30,5% au revenit subprogramului „Asistența medicală primară”, inclusiv medicamente compensate. Celelalte mijloace, care constituie 18,9%, au fost utilizate pentru acoperirea cheltuielilor privind serviciile acordate în cadrul subprogramelor "Asistența medicală urgentă prespitalicească" (8,8%), "Asistența medicală specializată de ambulatoriu" (6,9%), "Servicii medicale de înaltă performanță" (3,1%) și "Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu" (0,1%).

În cheltuielile fondului de bază, efectuate în anul 2017, creșterea cea mai mare față de anul precedent au înregistrat-o cheltuielile pentru acordarea serviciilor medicale de înaltă performanță – 20,4% și de asistență medicală urgentă prespitalicească – 19,2%.

Cum a fost menționat, cea mai mare pondere (50,6%) în cheltuielile fondului de bază revine Subprogramului „Asistența medicală spitalicească”, pentru realizarea căruia în anul de gestiune au fost prevăzute mijloace în sumă de 3 118 118,4 mii lei, valorificate practic în totalitate (executat - 3 118 110,8 mii lei). Cheltuielile în cauză au depășit cu 290 451,3 mii lei sau cu 10,3% cheltuielile efectuate în anul precedent.

Pentru prestarea serviciilor de asistență medicală spitalicească în anul 2017 au fost încheiate contracte cu 79 de IMS, inclusiv: 15 republicane, 10 municipale, 35 raionale, 7 departamentale și 12 private.

Unul din principiile de bază ale contractării serviciilor medicale spitalicești este garantarea accesibilității persoanelor la serviciile medicale incluse în Programul unic al AOAM, inclusiv prin reducerea rîndurilor de așteptare.

În scopul eficientizării contractării și a metodelor de plată în asistența medicală spitalicească, începînd cu anul 2016 au fost delimitate cazurile tratate acute de cazurile tratate cronice. Astfel, cazurile tratate acute sînt cazurile de scurtă durată prestate în cadrul

programelor, iar cazurile tratate cronice - cazurile prestate pe profilele: geriatrie, reabilitare și îngrijiri medicale paliative în condiții de hospice.

Majorarea alocațiilor financiare și eficientizarea metodelor de plată în asistența medicală spitalicească a avut drept urmare creșterea numărului de cazuri tratate în cadrul programelor speciale. Astfel, dacă în anul 2015 numărul de cazuri tratate în cadrul programelor speciale se cifra la 5 081, în anul 2017 – a atins nivelul de 11 680, crescând de mai bine de două ori.

Informația comparativă detaliată cu privire la numărul de cazuri tratate în cadrul programelor speciale în perioada anilor 2015-2017 este prezentată în tabelul ce urmează.

Tabelul 7

**Evoluția numărului cazurilor tratate prestate în cadrul programelor speciale
(anii 2015 – 2017)**

Denumirea programului	a.2015	a.2016	a.2017
A	1	2	3
Program special „Tratament operator pentru cataractă”	1 797	3 177	3 707
Program special „Protezare șold și genunchi”	803	867	1 021
Program special „Cardiologie intervențională”	1 138	2 289	4 405
Program special „Protezări vasculare”	125	346	395
Program special „Chirurgie endovasculară”	202	301	550
Program special „Cardiochirurgie”	1 011	1 367	1 211
Program special „Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale”	5	178	249
Program special „Cardiologie intervențională pediatrică”	-	-	30
Program special „Studiu electrofiziologic și ablații”	-	-	112
TOTAL	5 081	8 525	11 680

În anul 2017 din fondurile AOAM au fost efectuate 5 646 de operații pe cord, în creștere cu 1990 de intervenții față de anul precedent. Din numărul total, 4 405 sînt operații minim-invazive la adulți în cazul infarctului miocardic în cadrul programului special „Cardiologie intervențională” (a.2016 – 2 289 operații), 1 211 - operații în cadrul programului „Cardiochirurgie” (a.2016 – 1 367 operații), și 30 - operații minim-invazive la copii cu malformații cardiace congenitale în cadrul programului „Cardiologie intervențională pediatrică”, efectuate în premieră în Republica Moldova.

Pentru intervențiile sus-menționate, în contractele de acordare a serviciilor medicale, au fost prevăzute mijloace în sumă de 142 183,3 mii lei, cu 28 761,7 mii lei mai mult comparativ cu 2016, și suplimentar plății pe „caz tratat”, au fost acoperite cheltuielile pentru consumabile costisitoare în sumă de 20 197,1 mii lei.

Totodată, din mijloacele fondurilor AOAM au fost tratate 112 cazuri în valoare de 592,0 mii lei în cadrul programului nou „Studiu electrofiziologic și ablații”, prin intermediul căruia a fost aplicată o metodă inovativă în diagnosticarea și tratarea dereglărilor de ritm cardiac, aplicată din anul 2017.

În anul 2017 a crescut numărul de operații în cadrul programului protezare de șold și genunchi, atîngînd nivelul de 1 021 de cazuri tratate (a.2016 – 867 cazuri), valoarea acestora constituind 15 618,0 mii lei. Suplimentar plății pe „caz tratat” au fost acoperite și cheltuielile pentru consumabile costisitoare în sumă de 27 067,3 mii lei.

În creștere față de anul precedent a fost și numărul operațiilor de cataractă, finanțate din fondurile AOAM, care se cifrează la 3 707 cazuri (a.2016 – 3 177 cazuri) în valoare de 36 362,0 mii lei.

De asemenea, din fondurile AOAM au fost acoperite cheltuielile pentru prestarea intervențiilor chirurgicale costisitoare în cadrul altor programe speciale, contractate de CNAM. Astfel, în anul 2017, în cadrul programelor „Protezări vasculare”, „Chirurgie endovasculară” și „Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale” au fost efectuate în total 1 194 de intervenții, numărul acestora fiind în creștere cu 369 de cazuri în comparație cu anul 2016, când au fost efectuate 825 de operații respective.

A crescut față de anul 2016 și finanțarea procurării consumabilelor costisitoare, utilizate în procesul operațiilor efectuate în cadrul programelor speciale, achitate separat din fondurile AOAM, care a atins cifra de 66 586,9 mii lei. Cheltuielile respective le-au depășit pe cele înregistrate în anul precedent (53 842,0 mii lei) cu 12 744,9 mii lei sau cu 19,1%.

Începând cu anul 2014, în conformitate cu prevederile Programului unic, din fondurile AOAM se acoperă cheltuielile legate de tratamentul prin transplant de organe, țesuturi și celule.

În anul 2017 din fondurile AOAM au fost finanțate 92 operații de transplant, inclusiv: 12 – transplant de ficat, 18 – transplant de rinichi și 62 – transplant de cornee. Comparativ cu anul 2016, numărul de transplanturi contractate este în creștere cu 14 (2016 – 9 transplanturi de ficat, 22 transplanturi de rinichi și 47 transplanturi de cornee). Costul unei atare operații constituie: transplant de ficat – 789 605 lei, transplant de rinichi – 180 360 lei, transplant de cornee – 27 894 lei.

Pentru aceste intervenții din fondurile AOAM au fost alocate 14 451,2 mii lei, cu 5 069,5 mii lei mai mult față de anul 2016.

În afară de aceasta, din fondurile AOAM au fost alocate 125 410,5 mii lei pentru acoperirea cheltuielilor de prestare a serviciilor de dializă, ce este cu 28 705,0 mii lei mai mult comparativ cu anul 2016 (96 705,5 mii lei). Prestarea serviciilor de dializă în cadrul IMS a fost monitorizată de CNAM pe tot parcursul anului, fiind înregistrată efectuarea a 74 176 de sedințe de hemodializă, în creștere cu 14 767 față de anul 2016.

Începând cu anul 2017, în scopul asigurării accesului populației la servicii de reproducere umană asistată medical, din fondurile AOAM sînt finanțate proceduri de fertilizare in vitro. În acest scop au fost încheiate contracte cu 3 IMS private pentru prestarea a 30 de proceduri de fertilizare in vitro în sumă de 951,9 mii lei.

Poziția a doua în cheltuielile fondului de bază revine cheltuielilor destinate *Subprogramului „Asistența medicală primară”* (30,5%), pentru a cărei realizare au fost alocate mijloace în sumă de 1 882 576,6 mii lei, valorificate în proporție de 99,7% (1 876 706,5 mii lei) sau cu 5 870,1 mii lei mai puțin față de prevederi. Totodată, cheltuielile menționate au depășit cu 147 507,4 mii lei sau cu 8,5% cheltuielile efectuate în anul precedent.

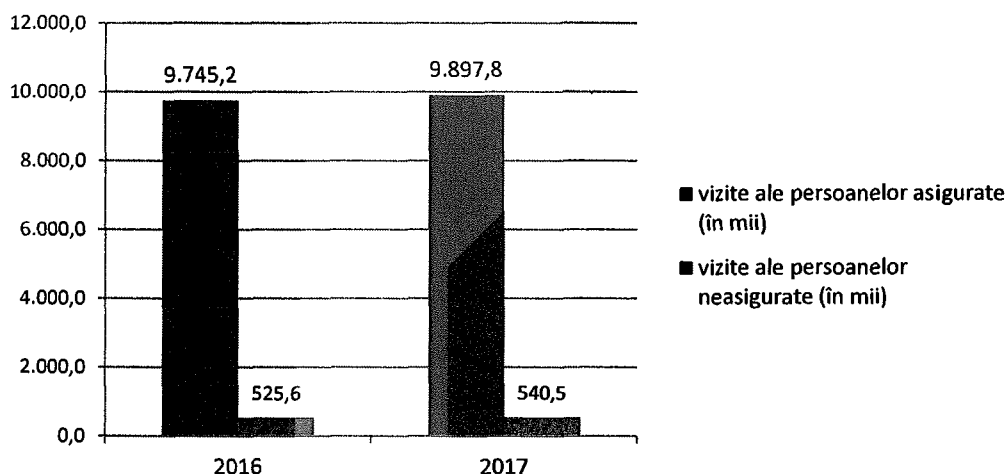
Pentru prestarea asistenței medicale primare au fost încheiate contractate cu 281 IMS, inclusiv: 2 republicane, 20 municipale, 238 raionale, 5 departamentale și 16 private.

În procesul monitorizării activității prestatorilor de asistență medicală primară s-a constatat că pe parcursul anului de gestiune la medicul de familie au fost efectuate 9 897,8 mii

vizite de către persoanele asigurate și 540,5 mii vizite – de către persoanele neasigurate. Astfel, numărul total de vizite efectuate în anul 2017 este de 10 438,3 mii și acesta depășește cu 167,5 mii numărul vizitelor înregistrat în anul precedent.

Diagrama 8

Evoluția numărului de vizite efectuate la medicul de familie (anii 2016 – 2017)



În cadrul asistenței medicale primare, de asemenea, au fost încheiate contracte de prestare a serviciilor cu 39 Centre Comunitare de Sănătate Mintală și 40 Centre Prietenoase Tinerilor, care sînt subdiviziuni ale Centrelor de Sănătate. Menirea centrelor respective este oferirea persoanelor cu probleme de sănătate mintală asistență medicală și reabilitare psihosocială, sprijin și mediere în relațiile cu familia și comunitatea, precum și să contribuie la reducerea incidenței HIV/SIDA, diminuarea nivelului sarcinilor nedorite și a avortului, reducerea utilizării drogurilor, abuzului de alcool, tulburărilor psiho-emoționale în rîndul tinerilor.

Pentru prestarea serviciilor de sănătate mintală comunitară au fost alocate mijloace în sumă de 22 370,4 mii lei și pentru serviciile acordate de Centrele Prietenoase Tinerilor - mijloace în sumă de 20 512,3 mii lei.

În rezultatul monitorizării efectuate de către CNAM s-a constatat că, pe parcursul anului 2017 au fost efectuate peste 261 mii vizite la centrele comunitare de sănătate mintală și peste 102 mii vizite – la centrele prietenoase tinerilor. Numărul de vizite efectuate în anul 2017 a fost în creștere față de cel înregistrat în anul precedent cu 6,4 mii și 21,5 mii vizite respectiv.

Din mijloacele financiare direcționate pentru realizarea subprogramului „Asistența medicală primară” 27,9% au revenit cheltuielilor destinate acoperirii costului medicamentelor parțial/integral compensate. Astfel, cheltuielile pentru medicamentele parțial/integral compensate s-au ridicat în anul 2017 la 523 859,3 mii lei, fiind în creștere cu 23,3% (98 906,8 mii lei) față de anul precedent.

Majorarea în anul 2017 a volumului alocațiilor din fondurile AOAM pentru medicamente compensate se explică prin creșterea numărului de beneficiari de medicamente compensate, precum și prin faptul că a fost asigurat accesul la tratament episodic cu medicamente compensate, acordat în sălile de proceduri, staționarele de zi ale IMS primare și/sau la domiciliu.

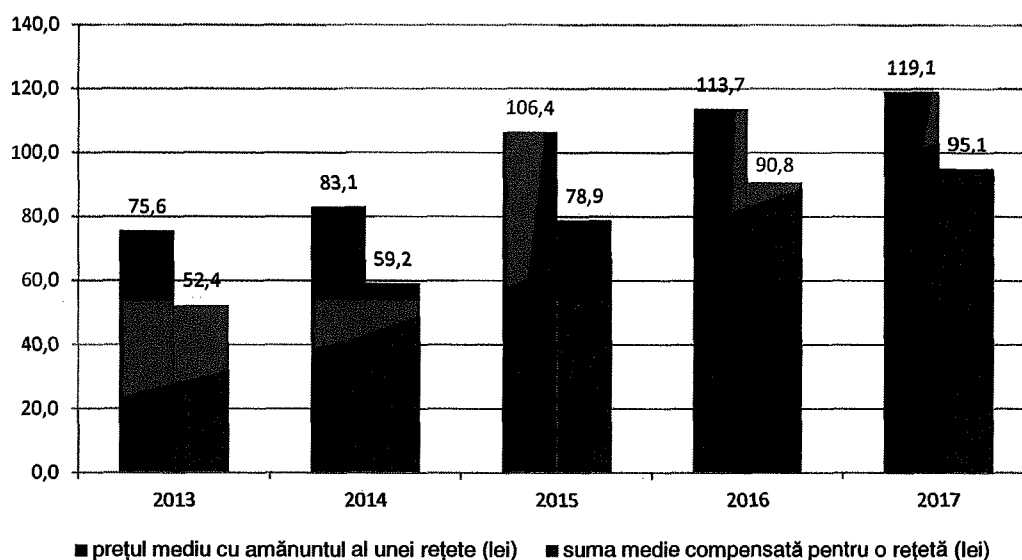
Eliberarea medicamentelor compensate în anul 2017 a fost efectuată de către 263 de prestatori de servicii farmaceutice (cu filialele acestora) cu care CNAM a încheiat contracte corespunzătoare.

Astfel, de către farmaciile contractate au fost eliberate medicamente compensate în baza a 5 506,6 mii de rețete, ce este cu 913,1 mii de rețete mai mult decât în anul 2016.

Concomitent, s-a înregistrat creșterea prețului mediu cu amănuntul pentru medicamente compensate per rețetă și a sumei medii de compensare pentru o rețetă în raport cu datele înregistrate în anul 2016. Prețul mediu cu amănuntul pentru medicamente compensate per rețetă a crescut până la 119,1 lei față de 113,7 lei în anul precedent, iar suma medie de compensare pentru o rețetă a constituit 95,1 lei, în timp ce în anul precedent se cifra la 90,8 lei.

Diagrama 9

Evoluția prețului mediu cu amănuntul al unei rețete și a sumei medii compensate pentru o rețetă (anii 2013 – 2017)

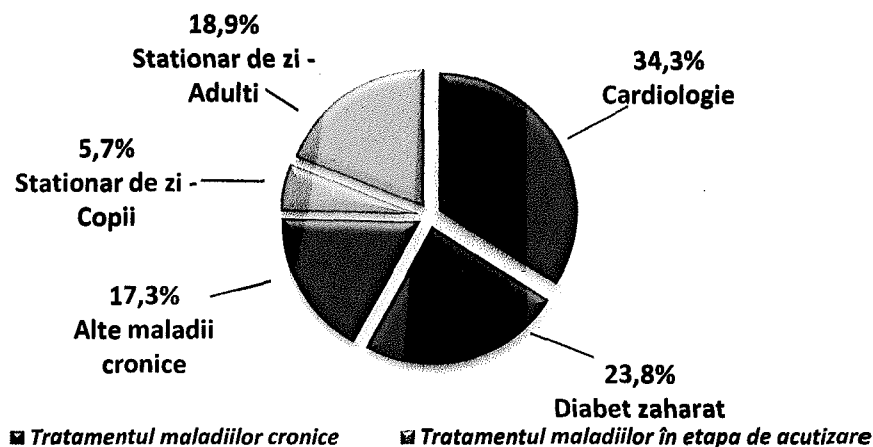


În anul 2017 de medicamente compensate acoperite din fondurile AOAM au beneficiat peste 844 mii de persoane, cu 136 mii mai mult față de anul precedent.

Lista medicamentelor compensate include preparate destinate tratamentului maladiilor cronice, iar începînd cu 01 octombrie 2016, în sistemul de compensare au fost incluse medicamente pentru tratamentul în condițiile staționarului de zi (maladiile cronice în etapa de acutizare).

Diagrama 10

Structura cheltuielilor pentru medicamente compensate din fondurile AOAM în anul 2017



În structura cheltuielilor pentru medicamente compensate acoperite din fondurile AOAM, ponderea cea mai mare a revenit preparatelor administrate în cazul tratamentului bolilor cronice - 75,4%. Ponderea cheltuielilor pentru preparatele cardiovasculare în volumul total al alocațiilor pentru medicamente compensate a constituit de 34,3%, preparatelor destinate tratamentului diabetului zaharat - 23,8%, celorlalte preparate revenindu-le în ansamblu - 17,3%.

Astfel, pe parcursul anului 2017 de medicamente compensate pentru tratamentul bolilor cardiovasculare au beneficiat peste 414 mii persoane, cu 32 mii de persoane mai mult decât în 2016 (a.2016 - 382 mii persoane) și de medicamente compensate destinate tratamentului diabetului zaharat au beneficiat 96 mii persoane (a.2016 - 93 mii persoane).

Totodată, 19 225 persoane au fost asigurate cu preparate antidiabetice injectabile (insuline umane) în sumă totală de 57 460,9 mii lei. Finanțarea preparatelor respective se efectuează din contul transferurilor de la bugetul de stat destinate realizării programelor naționale de ocrotire a sănătății.

Cum a fost menționat mai sus, medicamentelor utilizate pentru tratamentul pacienților în cadrul staționarului de zi le revine 24,6% din volumul anual al alocațiilor pentru medicamente, din care: 18,9% - medicamentelor destinate tratamentului persoanelor asigurate (adulți) și 5,7% - medicamentelor utilizate pentru tratamentul copiilor cu vârste între 0 și 18 ani.

Medicamentele respective au fost compensate în mediu cu 70% pentru persoanele asigurate (adulți) și în mărime de 100% (compensarea integrală) pentru copii cu vârste între 0 și 18 ani, destinația acestora, în mare parte, fiind tratamentul infecțiilor respiratorii virale acute, medicamente antitusive, antipiretice, antibiotice.

De menționat că în anul 2017 ponderea medicamentelor compensate integral (100%) din fondurile AOAM a constituit circa 58% din volumul total al cheltuielilor pentru medicamente compensate. Concretizăm că, conform mecanismului existent de compensare, în

cazul medicamentelor integral compensate, CNAM acoperă financiar orice preț al medicamentului ales de pacient în farmacie în baza substanței active prescrise.

În cadrul realizării *Subprogramului "Asistența medicală urgentă prespitalicească"*, care cu 8,8% ocupă poziția a treia ca pondere în cheltuielile fondului de bază, au fost valorificate mijloace în sumă de 544 064,1 mii lei sau la nivel de 100,0%. Cheltuielile în cauză au depășit cu 87 450,3 mii lei sau cu 19,2% cheltuielile respective efectuate în anul precedent.

Serviciile de asistență medicală urgentă prespitalicească sînt acordate populației indiferent de prezentarea poliței de AOAM, pe întreg teritoriul deservit în regim non-stop, organizînd la necesitate deplasarea echipei și în afara teritoriului deservit.

În concordanță cu prioritățile stabilite și politicile Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS) în acest domeniu, unicul prestator de asistență medicală urgentă prespitalicească este Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească, care dispune de capacități suficiente pentru prestarea serviciilor respective pentru toată populația republicii.

Pe parcursul anului 2017 de către serviciul de asistență medicală urgentă au fost deservite circa 877,6 mii de solicitări.

Subprogramul "Asistența medicală specializată de ambulatoriu", care deține 6,9% din cheltuielile fondului de bază, a fost realizat la nivel de 99,7%, fiind valorificate 423 569,2 mii lei sau cu 1 227,3 mii lei mai puțin în raport cu prevederile anuale. Totodată, cheltuielile pentru asistența medicală specializată de ambulatoriu s-au majorat față de anul precedent cu 34 352,0 mii lei sau cu 8,8%.

Pentru prestarea asistenței medicale specializate de ambulatoriu, în anul 2017 au fost încheiate contracte cu 121 IMS, inclusiv: 17 republicane, 21 municipale, 64 raionale, 5 departamentale și 14 private.

Pe parcursul anului de gestiune persoanelor asigurate le-au fost prestate servicii medicale în cadrul a circa 6 649 mii vizite consultative, acordate de medicii specialiști de profil, inclusiv circa 684,9 mii vizite – în asistența medicală stomatologică.

În afară de aceasta, în cadrul asistenței medicale specializate de ambulatoriu au fost alocate mijloace în sumă de 13 228,6 mii lei pentru acoperirea cheltuielilor de alimentație și transport public de la/la domiciliu persoanelor bolnave de tuberculoză. Suma respectivă este cu 1 505,1 mii lei mai mare față de cea alocată în același scop în anul 2016.

Începînd cu luna iunie 2016, ca urmare a modificării Programului unic al AOAM, serviciile de intervenție timpurie copiilor (de la naștere pînă la 3 ani) cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit au fost incluse în Programul unic al AOAM.

În anul 2017, în scopul prestării serviciilor medicale în cauză, au fost încheiate contracte cu 2 IMS, fiind alocată suma de 775,0 mii lei. Pe parcursul anului de gestiune au fost prestate 4,6 mii vizite de intervenție timpurie.

Subprogramului "Servicii medicale de înaltă performanță" în anul 2017 i-au revenit 3,1% din cheltuielile fondului de bază. Mijloacele bănești valorificate pentru realizarea acestuia se cifrează la 191 264,8 mii lei, iar nivelul de executare este de 99,9% față de prevederile anuale. Concomitent, cheltuielile menționate le depășesc cu 32 409,8 mii lei sau cu 20,4% pe cele efectuate în anul precedent.

Pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță au fost încheiate contracte cu 46 IMS, inclusiv: 8 republicane, 5 municipale, 2 departamentale și 31 private.

Întru realizarea Programului de inițiere a tratamentului antiviral a hepatitelor cronice virale și cirozelor hepatice B, C, D, în scopul asigurării accesului persoanelor asigurate la serviciile medicale de înaltă performanță, au fost contractate 5 instituții medicale, corespunzător zonelor: Nord (1), Centru (3) și Sud (1). Întru realizarea Programului de referință din fondurile AOAM a fost alocată suma de 18 200,9 mii lei pentru prestarea a 22,1 mii de servicii, toate fiind achitate integral din fondurile AOAM.

Numărul investigațiilor de înaltă performanță prestate pe parcursul anului 2017 a fost de 599,1 mii, în creștere cu 83,2 mii față de anul precedent.

În cadrul realizării *Subprogramului "Servicii de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu"*, care deține o pondere de 0,1% în cheltuielile fondului de bază, au fost valorificate mijloace în sumă de 9 203,3 mii lei, ceea ce constituie 99,8% sau cu 17,3 mii lei mai puțin în raport cu prevederile anuale. Totodată, în comparație cu anul precedent cheltuielile în cauză s-au majorat cu 506,1 mii lei sau cu 5,8%.

Serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu sînt acordate de prestatorii autorizați, cu care CNAM a încheiat contracte de prestare a serviciilor medicale, în cazul maladiilor cronice în stadiu avansat (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural etc.) și/sau după intervenții chirurgicale mari, conform recomandărilor medicului de familie și medicului specialist de profil din secțiile spitalicești și de ambulatoriu. Acoperirea financiară a acestor servicii a permis sporirea accesului persoanelor în etate, singuratic și cu dezabilități la acest tip de asistență medico-socială, recomandată de OMS.

În anul 2017, în scopul acordării serviciilor de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu persoanelor care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la IMS, în cadrul sistemului AOAM au fost încheiate contracte cu 143 IMS, inclusiv: 131 publice și 12 private.

Pe parcursul anului de gestiune de către prestatorii de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu au fost efectuate 53,9 mii vizite, inclusiv 15,7 mii vizite prestate la domiciliu de către echipa mobilă.

Către finele anului 2017 creanțele au constituit 857,5 mii lei, iar datoriile CNAM pentru serviciile medicale și farmaceutice contractate au constituit 18 627,0 mii lei, din care 18 427,1 mii lei reprezintă obligația față de instituțiile farmaceutice privind eliberarea medicamentelor compensate în perioada 21-31 decembrie 2017 și 199,9 mii lei – obligația față de IMS care au prezentat cu întârziere facturile pentru serviciile acordate în decembrie 2017. Datoriile respective au fost achitate de către CNAM în luna ianuarie 2018.

În scopul asigurării respectării de către IMS și farmaceutice încadrate în sistemul AOAM a prevederilor contractelor încheiate cu CNAM, activitatea acestora a fost evaluată de către diviziunea de evaluare și monitorizare a CNAM, obiectivele principale fiind:

- evaluarea corespunderii cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate;
- evaluarea gestionării eficiente și după destinație a mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM;

- asigurarea accesibilității persoanelor la serviciile medicale prevăzute în Programul unic al AOAM;
- examinarea petițiilor, solicitărilor parvenite din partea persoanelor asigurate și soluționarea, în limita competenței, a problemelor enunțate.

În scopul monitorizării volumului și calității serviciilor medicale prestate precum și gestionării mijloacelor provenite din fondurile AOAM, în anul 2017 au fost efectuate 353 de evaluări la prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, care includ evaluări tematice, evaluări privind revalidarea cazurilor în sistemul Grupe de Diagnostic (DRG), evaluări inopinate, urmare a examinării petițiilor parvenite în adresa CNAM și la solicitarea altor organe.

În anul 2017, în cadrul evaluărilor planificate a fost evaluată perioada anului 2016, excepție fiind doar serviciile de asistență medicală primară, în care au fost evaluați indicatorii de performanță, calitatea serviciilor medicale prin prisma accesului tuturor persoanelor eligibile la medicamente compensate, inclusiv a procesului de organizare a tratamentului episodic, conform schemelor de tratament, asigurarea cu medicamente și consumabile, pentru anul 2016 și parțial pentru anul 2017. Evaluările au fost supuse 267 de IMS, ce constituie 61,4% din totalul instituțiilor cu care au fost încheiate contracte.

În rezultatul evaluărilor efectuate au fost constatate servicii raportate nejustificat și servicii medicale prestate sub nivelul cerut al volumului și calității în valoare totală de 12 755,6 mii lei. Serviciile respective au fost invalidate, iar valoarea lor reținută din finanțare. Comparativ cu anul 2016, valoarea serviciilor invalidate s-a majorat cu 3 797,2 mii lei.

Tabelul 8

**Evoluția valorii serviciilor medicale invalidate pe tipuri de servicii
(anii 2016–2017)**

(mii lei)

Tipurile de servicii medicale evaluate	Suma serviciilor invalidate în a.2016	Suma serviciilor invalidate în a.2017
Asistența medicală primară	1 157,0	4 391,0
Asistența medicală specializată de ambulatoriu	22,8	1 858,8
Asistența medicală spitalicească	6 928,3	5 753,9
Servicii medicale de înaltă performanță	809,7	751,9
Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	40,6	0,0
TOTAL	8 958,4	12 755,6

Ca și în anul precedent, în anul 2017 cauzele invalidării serviciilor medicale în asistența medicală primară sînt: prescrierea neargumentată a medicamentelor compensate; îndreptări neargumentate la servicii de înaltă performanță; raportarea eronată a indicatorilor de performanță; acces limitat la servicii paraclinice și medicamente compensate, iar în asistența medicală spitalicească: cazuri nerezolvate; spitalizări neargumentate; achitarea parțială sau integrală a serviciilor medicale de către pacienții asigurați.

În afară de aceasta, odată cu implementarea mecanismului de plată în bază de DRG (Case-Mix) în instituțiile medicale spitalicești activitățile de evaluare ale CNAM sînt orientate și asupra respectării de către IMS a regulilor de codificare întru prevenirea cazurilor de supra-

codificare care generează cheltuieli nejustificate pentru CNAM și poate implica riscuri financiare suplimentare.

Astfel, în perioada anului 2017 au fost efectuate evaluări ale procesului de codificare clinică prin auditul codificării la 19 IMS spitalicești cu care CNAM a încheiat contracte, inclusiv: 1 republicană, 1 departamentală, 4 municipale și 13 raionale.

În total au fost auditate 950 fișe medicale ale bolnavilor de staționar. În rezultat s-a constatat că, diagnosticul principal a fost codificat corect în 768 sau 80,8% de cazuri și incorect - în 182 sau 19,2% de cazuri. Impactul financiar sumar cauzat de codificarea clinică a maladiilor și procedurilor medicale cu nerespectarea Standardelor și Regulilor de codificare pe 19 IMS auditate a constituit 1 048,7 mii lei.

Concomitent, în cadrul evaluărilor asupra legalității și eficienței utilizării de către IMS a mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM s-au stabilit încălcări financiare privind utilizarea mijloacelor fondurilor AOAM în alte scopuri decât îndeplinirea prevederilor Programului unic al AOAM și a contractului bilateral încheiat cu CNAM, precum și utilizarea mijloacelor în cauză cu derogare de la actele normative în vigoare, în sumă totală de 7 218,5 mii lei, la care au fost calculate penalități în sumă de 1 738,7 mii lei. De asemenea, a fost constatată dezafectarea mijloacelor fondurilor AOAM în sumă de 40,4 mii lei, ca urmare a prescrierii neargumentate și neregulamentare a medicamentelor compensate.

Prin dispozițiile emise de către echipele de evaluare ale CNAM, au fost înaintate cerințe legale IMS, prin care acestea au fost obligate să restituie la contul CNAM mijloacele dezafectate, din contul altor venituri decât cele provenite din fondurile AOAM.

Pe parcursul anului 2017 la contul CNAM au fost restituite mijloace dezafectate în sumă de 6 001,8 mii lei și transferate penalități în sumă de 864,7 mii lei.

➤ **Realizarea indicatorilor de performanță pe subprogramele din cadrul fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)**

Subprogramul „Asistența medicală urgentă prespitalicească” se realizează de către serviciul de asistență medicală urgentă conform contractelor încheiate cu CNAM. Scopul subprogramului: sporirea calității serviciilor prestate în asistența medicală urgentă prespitalicească pentru toate categoriile de populație care au nevoie de ea. Obiectivul: diminuarea divergențelor între diagnosticul serviciului de asistență medicală urgentă prespitalicească (AMU) și diagnosticul clinic stabilit.

Rata coincidenței diagnosticului serviciului AMU prespitalicească și diagnosticul clinic stabilit în anul 2017 a fost la nivelul celui aprobat. Concomitent, numărul de solicitări a fost micșorat față de planificat în legătură cu reducerea numărului de apelări. Pentru asigurarea unui acces cât mai larg a populației la AMU, CNAM achită serviciile de asistență medicală urgentă prespitalicească acordate populației indiferent de statutul persoanei în cadrul sistemului AOAM (asigurată sau neasigurată).

Subprogramul „Asistența medicală primară” include prestarea serviciilor medicale de către IMS în baza principiului medicinei de familie conform contractelor încheiate cu CNAM. Scopul subprogramului: acces la servicii medicale primare de calitate pentru toți cetățenii. Obiectivul: asigurarea accesului la serviciile medicale de calitate în asistența medicală primară pentru toți cetățenii.

În anul 2017 ponderea sumei contractate pe baza indicatorilor de performanță din suma totală contractată a constituit 15% sau la nivelul planificat. A fost înregistrată majorarea numărului vizitelor efectuate în scop profilactic și îmbunătățirea calității serviciilor. Concomitent, numărul total de vizite la medicul de familie a fost micșorat cu 3,2% în legătură cu micșorarea solicitărilor în cauză. Deficitul de cadre se reflectă asupra accesibilității serviciilor medicale.

Subprogramul „Asistența medicală specializată de ambulatoriu” se realizează de către IMS care prestează asistență medicală specializată de ambulatoriu conform contractelor încheiate cu CNAM. Scopul subprogramului: acces la servicii medicale specializate de ambulatoriu calitative pentru persoanele asigurate. Obiectivele: asigurarea accesului la cel puțin 20 de servicii specializate de ambulatoriu prestate de către IMS amplasate în raioanele RM și creșterea numărului de vizite în condiții de ambulatoriu pe o persoană asigurată.

În anul 2017 obiectivul al doilea a fost realizat, iar obiectivul privind asigurarea accesului la cel puțin 20 de servicii specializate de ambulatoriu prestate de către IMS amplasate în raioanele RM nu a fost realizat din cauza lipsei numărului necesar de medici-specialiști în teritoriu (cardiologi, gastroenterologi, geriatri, pediatri). Numărul de vizite în condiții de ambulatoriu a fost majorat față de planificat cu circa 79 mii. Concomitent, numai 12 IMS raionale oferă nu mai puțin de 20 de specialități de ambulatoriu față de 16 IMS planificate, cota IMS respective a constituit 33,3% (planificat 46%).

Subprogramul „Asistența medicală spitalicească” include prestarea serviciilor medicale populației în cadrul IMS spitalicești conform contractelor încheiate cu CNAM. Scopul subprogramului: acces la serviciile medicale spitalicești calitative pentru persoanele asigurate. Obiectivele: atingerea nivelului de 450 mii de spitalizări acute (cazuri tratate) pe an până în anul 2020; diminuarea duratei medii de spitalizare a cazurilor tratate acute până în anul 2020 cu 9% față de anul 2015.

Gradul de implementare a obiectivelor este satisfăcător. În anul 2017 s-a diminuat durata medie de spitalizare a cazurilor tratate acute, care se cifrează la 6,95 zile față de 7,5 planificate, iar numărul cazurilor tratate acute a atins 452 mii de spitalizări. Prin urmare, numărul total de zile de spitalizare prestate (acute) validate, inclusiv chirurgia de zi a constituit 3 377,6 mii sau cu circa 185 mii mai mic comparativ cu numărul de zile planificat. Respectiv, a fost micșorat costul mediu pentru un caz tratat acut validat. Concomitent, a fost majorat numărul de cazuri tratate cronice. Luând în considerație tendința de diminuare a numărului cazurilor tratate acute și a duratei medii de spitalizare a cazurilor tratate acute până în anul 2020, obiectivele vor fi atinse.

Subprogramul „Servicii medicale de înaltă performanță” include asistența medicală înalt specializată prestată de către IMS conform contractelor încheiate cu CNAM. Scopul subprogramului: acces la asistență medicală cu nivel înalt de specializare pentru persoanele asigurate. Obiectivul: revederea listei de servicii de înaltă performanță până în anul 2020, cu păstrarea doar a celor înalt specializate.

În anul 2017 obiectivul privind numărul de poziții în lista serviciilor de înaltă performanță a fost realizat la nivelul celui planificat, iar diminuarea cu 1% (599 mii față de 605 mii) a numărului de servicii de înaltă performanță față de planificat este rezultatul solicitării de către populație a unui număr mai mare de servicii mai costisitoare în condițiile existenței bugetului limitat.

Subprogramul „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu” include servicii prestate de către IMS, inclusiv asociațiile și organizațiile licențiate și autorizate pentru prestare de

îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu, conform contractelor încheiate cu CNAM. Scopul subprogramului: acces la îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu oferit de IMS pentru persoanele asigurate care au nevoie de ele. Obiectivul: creșterea numărului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu prestate persoanele asigurate care au nevoie de ele.

În anul 2017 numărul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu (ÎMD) prestate persoanelor asigurate a fost mai mic decât cel aprobat din cauza majorării tarifelor per vizită în condițiile limitării cheltuielilor respective. Astfel, numărul de vizite privind îngrijirile medicale la domiciliu a constituit 64,4 mii față de 84,7 mii planificat.

Pentru anul 2018 în scopul atingerii obiectivului privind creșterea numărului de servicii au fost contractate suplimentar 11 IMS prestatoare de ÎMD.

4.2 Cheltuieli din fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)

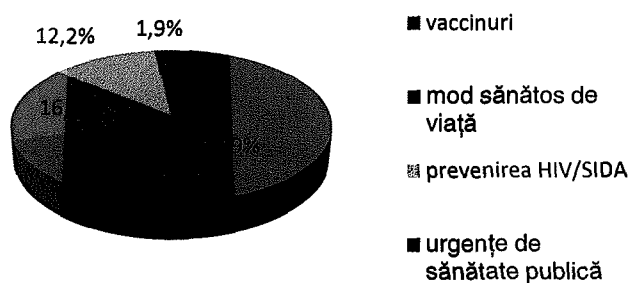
Mijloacele financiare, acumulate în fondul măsurilor de profilaxie, utilizate pentru realizarea Subprogramului „Programe naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății” sînt destinate acoperirii cheltuielilor legate preponderent de:

- realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire, inclusiv prin imunizări și alte metode de profilaxie primară și secundară;
- efectuarea examinărilor profilactice (screening) în scopul depistării precoce a îmbolnăvirilor;
- finanțarea manifestărilor și activităților cu menirea de a promova un mod de viață sănătos;
- achiziționarea, în baza hotărîrii de Guvern, a dispozitivelor medicale, echipamentului, medicamentelor și consumabilelor pentru realizarea măsurilor de reducere a riscului de îmbolnăvire și de tratament în caz de risc de sănătate publică;
- alte activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțare în bază de proiecte, conform regulamentului aprobat de MSMPS și CNAM.

În anul 2017 din fondul măsurilor de profilaxie au fost efectuate cheltuieli în sumă de **6 000,0 mii lei**, ceea ce corespunde prevederilor anuale. În comparație cu anul 2016, cheltuielile din acest fond s-au majorat cu 3 489,9 mii lei, astfel depășind de mai bine de două ori mijloacele bănești valorificate în anul precedent (2 510,1 mii lei).

Diagrama 11

Structura cheltuielilor din fondul măsurilor de profilaxie efectuate în anul 2017



Din suma cheltuielilor executate, ponderea majoră – de 69,9%, revine compartimentului *Realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire, inclusiv prin imunizări și alte metode de profilaxie primară și secundară*, în cadrul căruia au fost achiziționate vaccinuri în sumă totală de 4 189,8 mii lei, inclusiv:

- vaccinul contra hepatitei virale A în sumă de 2 347,2 mii lei;
- vaccinul antirabic în sumă de 1 727,9 mii lei;
- imunoglobulina antirabică în sumă de 114,7 mii lei.

La compartimentul *Finanțarea manifestărilor și activităților cu menirea de a promova un mod de viață sănătos*, mijloacele în sumă de 960,9 mii lei, ceea ce corespunde ponderii de 16,0% în cheltuielile fondului de referință, au fost utilizate pentru achitarea serviciilor de tipărire a materialelor informaționale în materie de menținere și promovare a modului sănătos de viață.

La compartimentul *Achiziționarea, în baza hotărârii de Guvern, a dispozitivelor medicale, echipamentului, medicamentelor și consumabilelor pentru realizarea măsurilor de reducere a riscului de îmbolnăvire și de tratament în caz de urgențe de sănătate publică*, în baza Hotărârii Guvernului nr.889 din 23.10.2014 au fost achiziționate paturi pediatrie în sumă de 115,5 mii lei, ce reprezintă 1,9% din cheltuielile fondului de profilaxie.

În cadrul realizării acțiunilor la compartimentul *Alte activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțare în bază de proiecte, conform regulamentului aprobat de MSMPs și CNAM* au fost valorificate mijloace în sumă de 733,8 mii lei, ceea ce corespunde ponderii de 12,2% din cheltuielile fondului, fiind finanțate două proiecte:

- proiectul „Prevenirea HIV și a infecțiilor cu transmitere sexuală în mediul consumatorilor de droguri injectabile din mun.Bălți în baza Strategiei Reducerea Riscurilor” în sumă de 548,9 mii lei;
- proiectul „Servicii de reducere a riscurilor în materie de accesibilitate și transparență”, în sumă de 184,9 mii lei.

Acțiunea proiectelor menționate nu a fost încheiată în anul 2017, finanțarea urmînd să continue și în anul următor.

➤ **Realizarea indicatorilor de performanță**

Scopul Subprogramului „Programe naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății”: sănătatea publică fortificată și creșterea calității vieții pacienților ce necesită asistență medicală specifică. Obiectivul: îmbunătățirea și eficientizarea accesului populației la serviciile medicale specifice.

Realizarea indicatorilor planificați pentru atingerea obiectivului se caracterizează prin următoarele. Numărul de persoane din grupurile de risc care au beneficiat de vaccinări din contul fondurilor AOAM s-a diminuat pînă la 21,4 mii persoane față de aprobat 120,0 mii persoane. Respectiv, a fost redusă și ponderea lor în numărul total al persoanelor din grupurile de risc. Această se datorează faptului că s-a planificat achiziționarea din mijloacele fondului măsurilor de profilaxie a vaccinului antigripal, însă acest vaccin a fost donat Republicii Moldova în calitate de donație umanitară. Concomitent, numărul materialelor informative în materie de menținere și promovare a modului sănătos de viață a constituit 452 mii și s-a majorat cu 331 mii față de numărul planificat. Materialele date au fost repartizate la nivel

național, din acest motiv nu au fost organizate seminare respective de instruire a cadrelor medicale și nemedicale, copiilor din instituțiile din învățământ școlar.

În comparație cu anul 2016, se atestă o dinamică pozitivă a executării fondului măsurilor de profilaxie. Astfel, prin aprobarea Regulamentului cu privire la modalitatea de finanțare din fondul măsurilor de profilaxie în bază de proiecte a activităților de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, aprobat prin Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr. 286/154-A din 11.04.2017, s-a lărgit spectrul de implementare a acțiunilor (obiectivelor) din domeniul sănătății publice.

4.3 Cheltuieli din fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală

Mijloacele financiare acumulate în fondul de rezervă al AOAM, destinate realizării Subprogramului „Management al fondului de rezervă al AOAM”, se utilizează în următoarele scopuri:

- acoperirea cheltuielilor suplimentare, legate de îmbolnăviri și afecțiuni urgente, a căror rată anuală depășește media luată în baza calculării Programului unic pentru anul respectiv;
- compensarea diferenței dintre cheltuielile efective legate de achitarea serviciilor medicale curente și contribuțiile acumulate (veniturile așteptate) în fondul de bază.

În anul 2017 în fondul de rezervă al AOAM au fost prevăzute mijloacele financiare în sumă de 45 701,9 mii lei, însă, grație faptului că pe parcursul anului de gestiune situații care să necesite finanțare din fondului de rezervă al AOAM nu au avut loc, mijloacele respective nu au fost utilizate.

➤ Realizarea indicatorilor de performanță

Scopul Subprogramului „Management al fondului de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală”: sănătatea populației îmbunătățită prin acoperirea cheltuielilor suplimentare, legate de îmbolnăviri și afecțiuni urgente sau compensarea diferenței dintre cheltuielile efective legate de achitarea serviciilor medicale curente și contribuțiile acumulate în fondul de bază. Obiectivul: atingerea nivelului de 100% de compensare a diferenței dintre cheltuielile efective legate de achitarea serviciilor medicale curente și contribuțiile acumulate în fondul de bază al AOAM. Pentru atingerea obiectivului au fost planificați următorii indicatori: acoperirea cheltuielilor suplimentare legate de prestarea serviciilor medicale curente din resursele fondului de rezervă și efectuarea cheltuielilor în sumă de 50 702,0 mii lei.

În anul 2017 toate cazurile de îmbolnăviri și afecțiuni urgente au fost acoperite din mijloacele prevăzute în fondul de bază, fără folosirea resurselor fondului de rezervă. Mijloacele fondului de rezervă se utilizează strict conform destinațiilor stipulate în Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.594 din 14 mai 2002, la apariția situațiilor corespunzătoare. Totodată, în anul 2017 nu au avut loc îmbolnăviri și afecțiuni urgente, a căror rată anuală depășește media și planul acumulării veniturilor fondurilor AOAM a fost îndeplinit.

4.4 Cheltuieli din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale

Mijloacele financiare acumulate în fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale (în continuare – *fondul de dezvoltare*) sînt destinate realizării Subprogramului „Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății”, scopul fiind sporirea calității serviciilor medicale, eficienței și randamentului instituțiilor și se utilizează preponderent pentru:

- procurarea utilajului medical performant și a mijloacelor de transport;
- implementarea noilor tehnologii de încălzire, de prelucrare a deșeurilor medicale și de alimentare cu apă;
- modernizarea și optimizarea clădirilor și infrastructurii;
- implementarea sistemelor și tehnologiilor informaționale.

Alocarea mijloacelor financiare din fondul de dezvoltare se realizează în urma organizării concursurilor de selectare a proiectelor investiționale înaintate de IMS publice încadrate în sistemul AOAM, iar criteriile de selectare sînt aprobate de către Comisia specializată de selectare și evaluare a proiectelor investiționale finanțate din fondul AOAM, în strictă conformitate cu obiectivele și prioritățile de finanțare stabilite de Consiliul coordonator, instituit prin Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr.729/495 din 22.09.2016 ”Cu privire la instituirea Consiliului coordonator și aprobarea Regulamentului cu privire la criteriile și modalitatea de selectare și derulare a proiectelor investiționale din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale”.

Astfel, prioritățile de finanțare din fondul de dezvoltare pentru anul 2017 au fost următoarele:

- ✓ reformarea sistemului de dispecerat prin regionalizarea dispecerizării și integrarea acestora cu cele din cadrul unităților de pompieri;
- ✓ dotarea unor ambulanțe, pentru ca acestea să devină unități mobile de terapie intensivă;
- ✓ fortificarea asistenței medicale primare;
- ✓ fortificarea asistenței medicale spitalicești.

Totodată, prioritate în cadrul concursurilor au avut și acele instituții ale căror proiecte reprezintă o continuitate a proiectelor realizate cu susținerea CNAM anterior.

În baza criteriilor de selectare stabilite, în anul 2017 de către CNAM au fost încheiate contracte de finanțare a 24 proiecte investiționale ale IMS publice, dintre care: 10 proiecte care presupun lucrări de reparație a IMS, 7 proiecte privind dotarea cu dispozitive medicale, 1 proiect axat pe dezvoltarea sistemului de dispecerat unificat, în scopul implementării programului interdepartamental pentru asigurarea interacțiunii dintre Serviciul Național Unic pentru Apelurile de Urgență 112 și serviciile specializate de AMU, 1 proiect ce ține de asigurarea cu energie electrică autonomă în timpul situațiilor excepționale și 5 proiecte care presupun finisarea lucrărilor de construcție inițiate în baza proiectelor finanțate de CNAM în anii precedenți.

În anul de gestiune din fondul de dezvoltare au fost efectuate cheltuieli în sumă de **18 584,7 mii lei**, cu 6 015,3 mii lei mai puțin sau la nivel de 75,5% față de prevederile anuale, cea mai mare parte a cheltuielilor, fiind direcționată pentru dotarea IMS publice cu utilaj și

dispozitive medicale. În comparație cu anul 2016, cheltuielile s-au majorat cu 5 784,4 mii lei sau cu 45,2%.

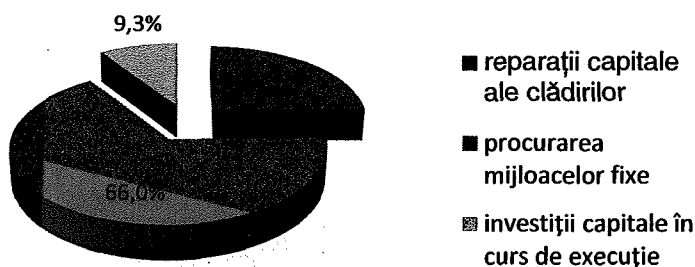
Conform scopurilor de utilizare mijloacele fondului de dezvoltare au fost direcționate în felul următor:

- pentru modernizarea clădirilor și infrastructurii (lucrări de reparație ale edificiilor) – 4 589,2 mii lei;
- pentru achiziționarea mijloacelor fixe (dotarea cu echipamente pentru dezvoltarea sistemului de dispecerat unificat al serviciului de AMU, cu dispozitive medicale și altele) – 12 271,1 mii lei;
- pentru lucrări de construcție (finisarea lucrărilor inițiate în baza proiectelor finanțate de CNAM în anii precedenți) – 1 724,4 mii lei.

Ponderea cheltuielilor din fondul de dezvoltare pe domenii de utilizare este prezentată în diagrama de mai jos.

Diagrama 12

Structura cheltuielilor din fondul de dezvoltare, anul 2017



Valorificarea parțială, în mărime de 75,5% în raport cu suma anuală prevăzută, a mijloacelor fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale este cauzată, în cea mai mare parte, de tergiversarea procedurilor de achiziție publică a dispozitivelor medicale, fapt ce a dus la prelungirea termenelor de implementare a unor proiecte, care urmează a fi finanțate pe parcursul anului 2018.

➤ Realizarea indicatorilor de performanță

Scopul Subprogramului „Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor în domeniul ocrotirii sănătății”: baza tehnico-materială a IMS fortificată. Obiectivele: creșterea ponderii IMS publice prestatoare de servicii medicale care beneficiază de mijloace din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale din numărul de IMS publice cu cel puțin 5 puncte procentuale anual până în anul 2020 și creșterea numărului de IMS publice dotate cu dispozitive, cu cel puțin 5 puncte procentuale anual până în anul 2020.

În anul 2017 ponderea IMS publice care au beneficiat de mijloace din fondul de dezvoltare din numărul total al IMS publice a constituit 6% față de 3% planificat; 10 instituții au fost reconstruite (reparate) față de 4 conform planului; numărul instituțiilor dotate cu dispozitive a constituit 7, conform planului – 5. Îndeplinirea acestor indicatori demonstrează implementarea obiectivelor subprogramului. Concomitent, cheltuielile din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale au fost executate la nivel de 75% și, respectiv, ponderea IMS publice care au beneficiat de mijloace din fondul de

dezvoltare pentru dotarea cu dispozitive din totalul IMS câștigătoare a constituit 32% față de 55% aprobat, din cauza tergiversării procedurilor de achiziții publice.

4.5 Cheltuieli din fondul de administrare a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală

Conform legislației în vigoare, mijloacele financiare acumulate în fondul de administrare al sistemului AOAM, destinate realizării Subprogramului „Administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală”, se utilizează pentru:

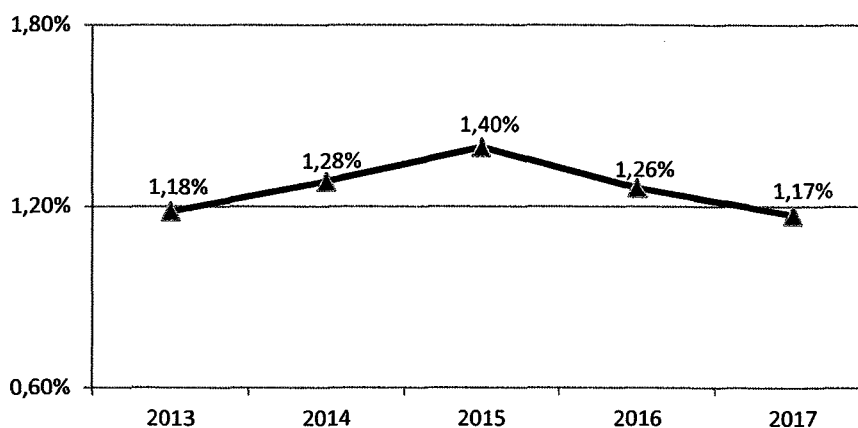
- asigurarea tiparului rețetelor pentru medicamente compensate și polițelor;
- întreținerea și dezvoltarea sistemului informațional și infrastructurii organizatorice;
- realizarea campaniilor de informare a populației despre sistemul de AOAM;
- verificarea calității serviciilor medicale și a expertizelor respective;
- salarizarea personalului angajat al CNAM și agențiilor teritoriale;
- cheltuieli operaționale;
- cheltuieli de gospodărie și birotică;
- procurarea mijloacelor fixe, a utilajului necesar cu efectuarea defalcărilor de amortizare;
- acoperirea cheltuielilor de deplasare;
- instruirea și perfecționarea cadrelor;
- alte activități ce țin de administrarea CNAM.

Pentru cheltuielile fondului de administrare al sistemului AOAM, conform normativului stabilit prin legislație este prevăzută repartizarea de până la 2,0% din veniturile încasate în contul unic al CNAM. Totodată, pe parcursul mai multor ani, inclusiv a ultimilor cinci ani, ponderea acestor cheltuieli nu a depășit nivelul de 1,4% (anul 2015) din veniturile acumulate.

Ilustrarea grafică a evoluției ponderii cheltuielilor din fondul de administrare pe parcursul ultimilor cinci ani este prezentată în diagrama ce urmează.

Diagrama 13

Evoluția ponderii cheltuielilor din fondul de administrare al sistemului AOAM în totalul veniturilor încasate (anii 2013 – 2017)



Din datele diagramei se poate vedea că, în anul 2017 ponderea cheltuielilor din fondul de administrare al sistemului AOAM a constituit 1,17% din suma veniturilor încasate în fondurile AOAM, reducându-se cu 0,09 puncte procentuale față de nivelul înregistrat în anul 2016 (1,26%) și cu 0,23 puncte procentuale – față de nivelul înregistrat în anul 2015 (1,40%).

În anul 2017, cheltuielile fondului de administrare al sistemului AOAM au fost realizate în sumă de **73 319,0 mii lei** sau la nivel de 98,0%, ceea ce este cu 1 518,9 mii lei mai puțin față de prevederile anuale. Comparativ cu anul precedent, cheltuielile din fondul de administrare au crescut cu 564,7 mii lei sau cu 0,8%.

Descrierea detaliată a executării fondului de administrare pe articolele de cheltuieli se prezintă în tabelul ce urmează.

Tabelul 9

**Structura cheltuielilor din fondul de administrare a sistemului de AOAM
(anii 2016-2017)**

(mii lei)

Denumirea	Plan 2017		Executat în a.2017	Executat față de precizat		Executat în a.2016	Executat în 2017 față de 2016	
	Aprobat pe an	Precizat pe an		devieri (+/-)	raport în %		devieri (+/-)	raport în %
A	1	2	3	4=3-2	5=3/2	6	7=3-6	8=3/6
Cheltuieli și active nefinanciare, total	78 837,9	74 837,9	73 319,0	-1 518,9	98,0%	72 754,3	564,7	100,8%
<i>cheltuieli</i>	<i>72 073,6</i>	<i>70 724,0</i>	<i>69 473,2</i>	<i>-1 250,8</i>	<i>98,2%</i>	<i>66 328,3</i>	<i>3 144,9</i>	<i>104,7%</i>
inclusiv:								
cheltuieli de personal	58 871,7	58 871,7	58 796,7	-75,0	99,9%	58 800,6	-3,9	100,0%
bunuri și servicii	12 841,9	11 352,3	10 179,6	-1 172,7	89,7%	7 155,3	3 024,3	142,3%
prestații sociale	360,0	500,0	496,9	-3,1	99,4%	372,4	124,5	133,4%
<i>active nefinanciare</i>	<i>6 764,3</i>	<i>4 113,9</i>	<i>3 845,8</i>	<i>-268,1</i>	<i>93,5%</i>	<i>6 426,0</i>	<i>-2 580,2</i>	<i>59,8%</i>
inclusiv:								
mijloace fixe	5 330,4	2 960,0	2 704,9	-255,1	91,4%	5 081,3	-2 376,4	53,2%
stocuri de materiale circulante	1 433,9	1 153,9	1 140,9	-13,0	98,9%	1 344,7	-203,8	84,8%

Ponderea majoră în totalul cheltuielilor fondului de administrare al sistemului de AOAM revine cheltuielilor de personal - 80,2%, succedate de cheltuielile pentru procurarea bunurilor și serviciilor – 13,9%, după care urmează cheltuielile pentru procurarea mijloacelor fixe – 3,7%, cheltuielile pentru stocuri de mijloace circulante – 1,5% și prestațiile sociale – 0,7%.

Cheltuielile pentru procurarea bunurilor și serviciilor, care se cifrează la 10 179,6 mii lei, includ: cheltuielile pentru realizarea campaniilor de informare a populației cu privire la sistemul AOAM, pentru servicii editoriale (tipărirea formularelor de rețete compensate și a polițelor), cheltuieli de regie, cheltuieli de mentenanță și dezvoltare a sistemului informațional, etc.

Pentru procurarea activelor nefinanciare, care au constituit 5,2% din fondul de administrare al fondurilor AOAM, au fost cheltuite 3 845,8 mii lei, inclusiv pentru mijloacele fixe – 2 704,9 mii lei și pentru materialele circulante – 1 140,9 mii lei.

La finele anului 2017, statul de funcții al CNAM prevedea 295 unități, inclusiv personal tehnic, din care 278,5 unități constituiau funcțiile ocupate. Cheltuielile pentru

remunerarea muncii angajaților au constituit 46 527,0 mii lei, iar salariul mediu lunar al unui angajat (salariul calculat) – 12 825,8 lei.

Pe tot parcursul activității CNAM, inclusiv în ultimii cinci ani se observă o tendință constantă de majorare a sumei veniturilor fondurilor AOAM gestionate de CNAM (anul 2013 – 4 161 007,6 mii lei, anul 2017 - **6 256 635,3 mii lei**), a numărului IMS și instituțiilor farmaceutice contractate (anul 2013 – 590, anul 2017 - **698**), a numărului rețetelor compensate achitate (anul 2013 – 3 120 779, anul 2017 - **5 506 631**), a cotei persoanelor asigurate (anul 2013 – 83,2%, anul 2017 - **86,9%**).

Odată cu creșterea continuă a valorii indicatorilor de bază ai sistemului de AOAM, sporește și volumul de lucru pe care îl execută angajații CNAM, cum ar fi, spre exemplu: încheierea contractelor de prestare a serviciilor cu IMS și farmaceutice, achitarea serviciilor medicale și farmaceutice acordate, coordonarea devizelor de venituri și cheltuieli ale IMS încadrate în sistemului AOAM, recepționarea și analiza rapoartelor prezentate de către IMS și farmaceutice cu care au fost încheiate contracte, evaluarea calității și volumului asistenței medicale prestate de către IMS contractate, precum și a corectitudinii gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM de către acestea, evaluarea și monitorizarea corectitudinii prescrierii și eliberării rețetelor compensate, apărarea intereselor persoanelor asigurate, acumularea primelor de AOAM în sumă fixă, monitorizarea realizării proiectelor investiționale ale IMS publice finanțate din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale, etc.

Pentru a face față provocărilor existente și în scopul sporirii continue a eficienței gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM, au fost întreprinse eforturi sporite în domeniul perfectării cadrului normativ, optimizării mecanismului de încheiere a contractelor de prestare a serviciilor în cadrul sistemului AOAM și de achitare a serviciilor medicale în funcție de calitatea lor, perfecționării raportării de către agenții economici a achitării primelor de AOAM și de către instituțiile medicale a serviciilor medicale acordate, ținându-se cont de complexitatea acestora și de îndeplinirea indicatorilor de performanță.

În același scop, în anul de gestiune a avut loc restructurarea CNAM, cu optimizarea numărului de personal. În cadrul acesteia accentul a fost pus pe calitatea personalului și pe utilizarea unor tehnologii informaționale performante, domenii ce necesită dezvoltare continuă și susținere financiară sporită și care se află permanent în atenția managementului CNAM.

➤ Realizarea indicatorilor de performanță

Scopul Subprogramului „Administrare a fondurilor de asigurare obligatorie de asistență medicală”: fondurile AOAM sînt gestionate într-un mod eficient pentru a garanta accesul populației asigurate la serviciile de sănătate prevăzute de Programul unic al AOAM. Obiectivele: creșterea nivelului de satisfacție al beneficiarilor sistemului AOAM de serviciile CNAM cu 1% în anul 2020 față de 2017 și creșterea gradului de acoperire cu AOAM cu 2% în anul 2020 față de 2017.

Îndeplinirea indicatorilor de performanță se caracterizează prin următoarele. Gradul de acoperire cu AOAM a constituit 86,9% față de 85% planificat. Ponderea bugetului executat de către CNAM față de cel aprobat a fost înregistrat la nivelul aprobat, sau 99,0%. Cu diferiți prestatori de servicii medicale au fost încheiate 435 contracte, sau cum a fost planificat. Cheltuielile din fondurile AOAM pe cap de locuitor înregistrat la medicul de familie au fost micșorate comparativ cu suma planificată cu 18,1 lei. A fost micșorat de circa 2 ori și costul campaniei de informare, fără prejudicierea activității în cauză. Aprecierea nivelului de satisfacție al beneficiarilor sistemului AOAM de serviciile CNAM va fi realizată în anul 2018,

ca urmare a finanțării studiului din partea OMS. Respectiv, putem considera că obiectivele subprogramului au fost atinse.

5. Cheltuielile instituțiilor medicale contractate sub aspectul priorităților

Pe parcursul anului de gestiune în cadrul sistemului AOAM servicii medicale au fost acordate de 435 IMS cu care CNAM a încheiat contracte corespunzătoare, inclusiv: 368 IMS publice și 67 IMS private.

Conform contractelor încheiate, în devizele de venituri și cheltuieli ale IMS mijloacele financiare provenite din fondurile AOAM sînt repartizate pe patru articole de cheltuieli de bază: "Retribuirea muncii", "Alimentarea pacienților", "Medicamente și consumabile" și "Alte cheltuieli". Executarea este raportată periodic CNAM, MSMPS și fondatorilor.

Tabelul 10. Structura cheltuielilor IMS în anul 2017

(mii lei)

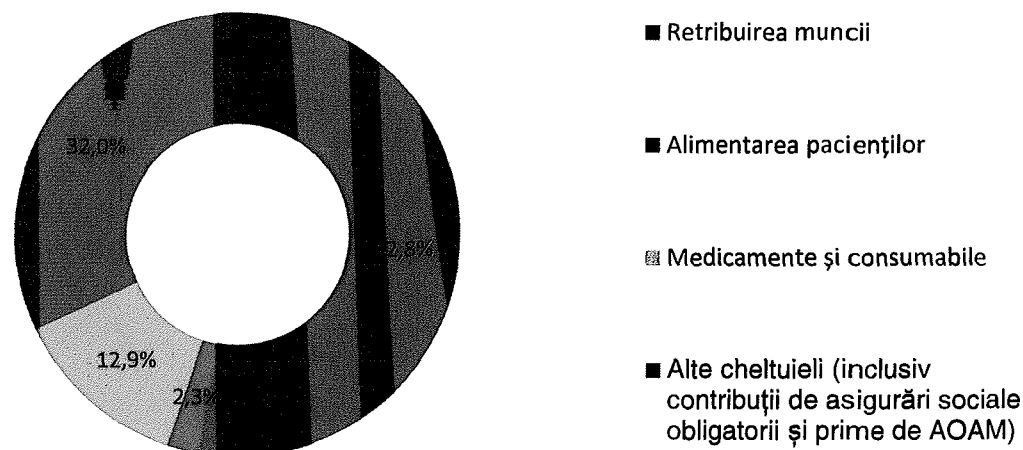
Instituții medico-sanitare		Cheltuieli, total	inclusiv:			
			retribuirea muncii	alimentarea pacienților	medicamente și consumabile	alte cheltuieli
Cheltuieli și active nefinanciare ale IMS, din care:	plan precizat	5 998 591,4	2 994 474,4	139 646,8	831 749,9	2 032 720,3
	executat	5 569 111,8*	2 945 279,6	126 219,9	716 416,6	1 781 195,7
republicane	plan precizat	2 358 595,7	1 065 550,8	60 171,7	436 912,8	795 960,4
	executat	2 150 880,3	1 056 406,2	54 366,6	376 732,7	663 374,8
municipale și raionale	plan precizat	3 232 465,1	1 807 156,2	73 200,6	284 825,9	1 067 282,4
	executat	3 031 363,5	1 771 221,2	65 732,4	240 120,4	954 289,5
departamentale	plan precizat	68 765,6	32 818,1	3 051,8	9 136,0	23 759,7
	executat	66 616,5	33 204,0	2 741,5	9 102,7	21 568,3
private	plan precizat	338 765,0	88 949,3	3 222,7	100 875,2	145 717,8
	executat	320 251,5	84 448,2	3 379,4	90 460,8	141 963,1

Notă: * Cheltuielile totale anuale ale IMS sînt realizate în baza sumei finanțate de CNAM, soldurile bănești ale IMS de la începutul perioadei de gestiune și a dobînzilor aferente soldurilor mijloacelor bănești ale IMS la conturile bancare.

Ca și în anii precedenți, circa jumătate din cheltuielile IMS au fost îndreptate pentru „Retribuirea muncii”, iar o treime pentru „Alte cheltuieli”.

Diagrama 14

**Ponderea cheltuielilor pe articole de bază în totalul cheltuielilor IMS
în anul 2017**



În anul 2017, cheltuielile totale ale IMS au fost realizate în sumă de 5 569 111,8 mii lei, ceea ce constituie 92,8% din planul precizat. Comparativ cu anul precedent, cheltuielile au crescut cu 8,3%.

În cadrul cheltuielilor totale ale IMS creștere față de anul 2016 a fost înregistrată la articolele „Retribuirea muncii” cu 12,1%, „Alimentarea pacienților” cu 1,9% și „Alte cheltuieli” cu 8,1%, iar la articolul „Medicamente și consumabile” cheltuielile s-au micșorat cu 3,5%.

Salariul mediu lunar pentru o unitate de medic în anul 2017 a constituit 6 731 lei, înregistrându-se o creștere de 11,4% în comparație cu anul precedent (6 043 lei).

Indicatorii privind salariul mediu lunar pe categorii de personal în IMS sînt reflectați în tabelul ce urmează.

Tabelul 11

Salariul mediu lunar pe categorii de personal (anii 2016-2017)

Denumirea unității de personal	Salariul mediu lunar pentru o unitate			Salariul mediu lunar pentru o persoană fizică		
	2016	2017	devieri 2017/2016 (în %)	2016	2017	devieri 2017/2016 (în %)
personal de conducere	12 113	13 545	11,8%	11 335	12 632	11,4%
medici	6 043	6 731	11,4%	6 752	7 540	11,7%
personal medical mediu	4 329	4 866	12,4%	4 745	5 259	10,8%
personal medical inferior	2 276	2 643	16,1%	2 398	2 838	18,3%
alt personal	3 422	3 902	14,0%	3 768	4 199	11,4%

La situația din 31.12.2017, IMS au înregistrat creanțe în sumă de 21 340,4 mii lei, din care: pentru „Retribuirea muncii” – 2 962,3 mii lei, „Alimentarea pacienților” – 142,3 mii lei,

„Medicamente și consumabile” – 6 656,8 mii lei și „Alte cheltuieli” – 11 579,0 mii lei și datorii în sumă totală de 447 092,7 mii lei, structura cărora este prezentată în tabela ce urmează.

Tabelul 12. Structura datoriilor IMS (anii 2016-2017)

Articole de cheltuieli	2016		2017		devieri 2017/2016 (în %)
	mii lei	% în total	mii lei	% în total	
Retribuirea muncii	122 636,3	27,4%	154 433,4	34,5%	25,9%
Alimentarea pacienților	9 585,2	2,2%	10 083,0	2,3%	5,2%
Medicamente și consumabile	166 213,2	37,1%	141 140,2	31,6%	-15,1%
Alte cheltuieli	149 203,8	33,3%	141 436,1	31,6%	-5,2%
TOTAL	447 638,5	100,0%	447 092,7	100,0%	-0,1%

Analiza datelor în cauză și explicațiile IMS confirmă, că datoriile pentru salarizare și contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii, înregistrate la 31.12.2017 reprezintă, de regulă, cheltuielile calculate pentru luna decembrie și achitate în luna ianuarie a anului următor.

Valoarea stocurilor de bunuri materiale: produse alimentare, medicamente și consumabile, produse petroliere și cărbune, de care au dispus IMS la data de 31.12.2017, constituie 249 201,4 mii lei, din care 237 548,6 mii lei sau 95,3% au constituit stocurile de medicamente și consumabile. În comparație cu situația înregistrată la 31.12.2016, stocurile de bunuri materiale ale IMS sînt în descreștere cu 12 091,2 mii lei (- 4,6%).

Tabelul 13

Structura stocurilor de bunuri materiale ale IMS

Tipuri de asistență medicală	(mii lei)									
	produse alimentare		medicamente și consumabile		produse petroliere		cărbune		TOTAL	
	01.01.17	01.01.18	01.01.17	01.01.18	01.01.17	01.01.18	01.01.17	01.01.18	01.01.17	01.01.18
asistență medicală urgentă prespitalicească	0,0	0,0	8 217,9	3 379,0	572,9	598,8	415,6	211,9	9 206,4	4 189,7
asistență medicală primară	0,0	0,0	30 057,8	28 778,4	325,2	211,0	5 226,2	5 250,4	35 609,2	34 239,8
asistență medicală specializată de ambulatoriu	4,6	6,9	12 540,2	10 459,1	25,6	24,9	10,7	27,9	12 581,1	10 518,8
asistență medicală spitalicească	4 319,9	4 807,3	189 185,2	182 296,8	283,6	239,6	159,6	265,9	193 948,3	187 609,6
servicii medicale de înaltă performanță	0,0	0,0	9 599,7	12 316,9	3,2	3,0	0,0	0,0	9 602,9	12 319,9
îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	0,0	0,0	338,1	318,4	6,6	5,2	0,0	0,0	344,7	323,6
TOTAL	4 324,5	4 814,2	249 938,9	237 548,6	1 217,1	1 082,5	5 812,1	5 756,1	261 292,6	249 201,4

În vederea consolidării continue a bazei tehnico-materiale, IMS au suportat în anul 2017 cheltuieli capitale în sumă de 98 872,7 mii lei, înregistrîndu-se o creștere de 4,2% (94 844,2 mii lei) față de anul precedent. Cu toate acestea, ponderea cheltuielilor capitale în

totalul cheltuielilor se diminuează (2014 – 3,6%, 2015 - 1,9%, 2016 - 1,8%, 2017 – 1,7%), ceea ce denotă faptul că, cheltuielile capitale suportate de IMS sînt de fapt în scădere.

Pe parcursul ultimilor ani (2013-2017) soldurile mijloacelor bănești rămase în conturile IMS publice au fost într-o relativă creștere (excepție a.2014), atingînd către finele anului 2017 valoarea de 429 869,5 mii lei.

Tabelul 14

Dinamica raportului soldurilor mijloacelor bănești față de sumele contractuale ale IMS publice (anii 2013 – 2017)

	(mii lei)				
	2013	2014	2015	2016	2017
Suma contractuală	3 715 917,7	4 334 045,3	4 316 396,6	4 853 423,2	5 274 998,3
Soldul mijloacelor bănești	301 268,2	201 626,6	328 852,3	330 883,5	429 869,5
Raportul față de suma contractuală (%)	8,1%	4,7%	7,6%	6,8%	8,1%

În conformitate cu actele normative în vigoare, soldurile mijloacelor bănești rămase în conturile IMS publice la finele anului sînt incluse în business-planul aprobat pentru anul următor, cu divizare pe articole de cheltuieli, împreună cu alte achitări din fondurile AOAM, în scopul utilizării acestora pentru prestarea serviciilor în cadrul AOAM. Aceste solduri sînt sume trecătoare și reprezintă mijloacele financiare necesare IMS pentru asigurarea unei activități continue și viabile.

În concluzie se menționează că, în exercițiul bugetar 2017 mijloacele financiare acumulate în fondurile AOAM au fost direcționate în mod prioritar pentru achitarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic al AOAM, neafectînd onorarea obiectivelor strategice prevăzute prin actele normative.

În Raport sînt, de asemenea, reflectate și dificultățile procesului de executare a fondurilor AOAM, care au fost menționate în compartimentele corespunzătoare. Soluționarea acestora va fi o prioritate pentru exercițiul bugetar următor, de rînd cu provocările impuse de creșterea continuă a necesităților sistemului AOAM.

6. Anexe

La Raport se anexează:

Anexa 1 – Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (Formularul nr.4 CNAM);

Anexa 2 – Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la partea de cheltuieli și active nefinanciare (Formularul nr.4.1 CNAM).

Director general al CNAM



Dmitrii PARFENTIEV

Anexa nr.1
la Raportul privind executarea fondurilor asigurării
obligatorii de asistență medicală în
anul 2017

Formularul nr.4 CNAM

Aprobat
prin Ordinul ministrului finanțelor
nr. 2 din 5 ianuarie 2018

RAPORT
privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală
la situația din 31 decembrie 2017

mii lei

Denumirea	Eco	Plan		Executat anul curent	Executat față de precizat pe an		Executat anul precedent	Executat anul curent față de anul precedent	
		Aprobat pe an	Precizat pe an		devieri (+/-)	în %		devieri (+/-)	în %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. VENITURI	1	6 141 657,4	6 228 657,4	6 256 635,3	27 977,9	100,4%	5 764 158,3	492 477,0	108,5%
CONTRIBUȚII ȘI PRIME DE ASIGURĂRI OBLIGATORII	12	3 542 000,0	3 624 000,0	3 648 425,5	24 425,5	100,7%	3 240 179,1	408 246,4	112,6%
PRIME DE ASIGURARE OBLIGATORIE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ	122	3 542 000,0	3 624 000,0	3 648 425,5	24 425,5	100,7%	3 240 179,1	408 246,4	112,6%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, achitate de angajatori și angajați	1221	3 448 712,0	3 520 712,0	3 541 776,6	21 064,6	100,6%	3 152 995,4	388 781,2	112,3%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, achitate de persoane fizice cu reședința sau domiciliul în Republica Moldova	1222	93 288,0	103 288,0	106 648,9	3 360,9	103,3%	87 183,7	19 465,2	122,3%

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALTE VENITURI	14	6 630,0	11 630,0	15 182,4	3 552,4	130,5 %	11 266,9	3 915,5	134,8%
VENITURI DIN PROPRIETATE	141	1 630,0	2 630,0	4 143,6	1 513,6	157,6 %	4 880,5	-736,9	84,9%
Dobânzi încasate	1411	1 630,0	2 630,0	4 143,6	1 513,6	157,6 %	4 880,5	-736,9	84,9%
AMENZI ȘI SANCTIUNI	143	2 000,0	2 000,0	3 221,7	1 221,7	161,1 %	2 231,2	990,5	144,4%
Amenzi și sancțiuni contravenționale	1431	1 100,0	1 100,0	1 554,1	454,1	141,3 %	1 337,6	216,5	116,2%
Amenzi aplicate de organele de control	1433	900,0	900,0	1 667,6	767,6	185,3 %	893,6	774,0	186,6%
ALTE VENITURI ȘI VENITURI NEIDENTIFICATE	145	3 000,0	7 000,0	7 817,1	817,1	111,7 %	4 155,2	3 661,9	188,1%
Alte venituri	1451	3 000,0	7 000,0	7 817,1	817,1	111,7 %	4 155,2	3 661,9	188,1%
TRANSFERURI PRIMITE ÎN CADRUL BUGETULUI PUBLIC NAȚIONAL*	19	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0 %	2 512 712,3	80 315,1	103,2%
TRANSFERURI PRIMITE ÎN CADRUL BUGETULUI CONSOLIDAT CENTRAL	192	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0 %	2 512 712,3	80 315,1	103,2%
Transferuri curente primite între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	1922	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0 %	2 512 712,3	80 315,1	103,2%
Transferuri de la bugetul de stat pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății		62 033,7	62 033,7	62 033,7	0,0	100,0 %	52 816,4	9 217,3	117,5%
Transferuri de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului "Modernizarea sectorului sănătății"		4 626,1	4 626,1	4 626,1	0,0	100,0 %	89 972,4	-85 346,3	5,1%
Transferuri de la bugetul de stat pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern		2 525 629,1	2 525 629,1	2 525 629,1	0,0	100,0 %	2 369 185,0	156 444,1	106,6%
Transferuri de la bugetul de stat pentru compensarea veniturilor ratate, conform art.3 din		738,5	738,5	738,5	0,0	100,0 %	738,5	0,0	100,0%

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
<i>Legea nr.39-XVI din 2 martie 2006</i>									
II. CHELTUIELI ȘI ACTIVE NEFINANCIARE	2+3	6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	-60 628,9	99,0 %	5 673 446,2	587 376,2	110,4%
III. CHELTUIELI	2	6 202 687,0	6 292 737,4	6 238 391,9	-54 345,5	99,1 %	5 654 219,9	584 172,0	110,3%
CHELTUIELI DE PERSONAL	21	58 871,7	58 871,7	58 796,7	-75,0	99,9 %	58 813,0	-16,3	100,0%
REMUNERAREA MUNCII	211	46 624,6	46 602,0	46 527,0	-75,0	99,8 %	46 547,3	-20,3	100,0%
Remunerarea muncii angajaților conform statelor	2111	46 624,6	46 602,0	46 527,0	-75,0	99,8 %	46 547,3	-20,3	100,0%
CONTRIBUȚII ȘI PRIME DE ASIGURĂRI OBLIGATORII	212	12 247,1	12 269,7	12 269,7	0,0	100,0 %	12 265,7	4,0	100,0%
Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii	2121	10 327,7	10 340,9	10 340,9	0,0	100,0 %	10 337,4	3,5	100,0%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală	2122	1 919,4	1 928,8	1 928,8	0,0	100,0 %	1 928,3	0,5	100,0%
BUNURI SI SERVICII	22	6 143 455,3	6 233 365,7	6 179 098,3	-54 267,4	99,1 %	5 595 046,9	584 051,4	110,4%
SERVICII	222	6 143 455,3	6 233 365,7	6 179 098,3	-54 267,4	99,1 %	5 595 046,9	584 051,4	110,4%
Servicii energetice și comunale	2221	1 654,8	1 657,4	1 485,8	-171,6	89,6 %	1 070,4	415,4	138,8%
Servicii informaționale și de telecomunicații	2222	4 628,8	3 028,6	3 024,9	-3,7	99,9 %	908,0	2 116,9	>200%
Servicii de locațiune	2223	695,5	695,5	695,0	-0,5	99,9 %	1 106,0	-411,0	62,8%
Servicii de transport	2224	27,1	34,6	34,6	0,0	100,0 %	0,0	34,6	
Servicii de reparații curente	2225	580,6	626,5	626,5	0,0	100,0 %	0,0	626,5	

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
Formarea profesională	2226	120,0	120,0	11,4	-108,6	9,5%	115,1	-103,7	9,9%
Deplasări de serviciu	2227	278,2	278,2	204,9	-73,3	73,7%	92,8	112,1	220,8%
Servicii medicale	2228	6 130 613,4	6 222 013,4	6 168 918,7	-53 094,7	99,1%	5 587 891,6	581 027,1	110,4%
Alte servicii	2229	4 856,9	4 911,5	4 096,5	-815,0	83,4%	3 863,0	233,5	106,0%
PRESTAȚII SOCIALE	27	360,0	500,0	496,9	-3,1	99,4%	360,0	136,9	138,0%
PRESTAȚII SOCIALE ALE ANGAJATORILOR	273	360,0	500,0	496,9	-3,1	99,4%	360,0	136,9	138,0%
Indemnizații la încetarea acțiunii contractului de muncă	2732	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Indemnizații pentru incapacitatea temporară de muncă achitate din mijloacele financiare ale angajatorului	2735	360,0	500,0	496,9	-3,1	99,4%	360,0	136,9	138,0%
ALTE CHELTUIELI	28	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ALTE CHELTUIELI CURENTE	281	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Cotizații	2811	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Despăgubiri civile	2813	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Alte cheltuieli în baza de contracte cu persoane fizice	2816	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Alte cheltuieli curente	2819	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
IV. ACTIVE NEFINANCIARE	3	31 764,3	28 713,9	22 430,5	-6 283,4	78,1%	19 226,3	3 204,2	116,7%
MIJLOACE FIXE	31	30 330,4	27 560,0	21 289,6	-6 270,4	77,2%	17 881,6	3 408,0	119,1%

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CLĂDIRI	311	7 580,0	5 064,9	4 639,6	-425,3	91,6 %	9 304,2	-4 664,6	49,9%
Majorarea valorii clădirilor	3111	7 580,0	5 064,9	4 639,6	-425,3	91,6 %	9 304,2	-4 664,6	49,9%
MAȘINI ȘI UTILAJE	314	12 100,0	18 900,0	13 230,5	-5 669,5	70,0 %	3 038,1	10 192,4	>200%
Majorarea valorii mașinilor și utilajelor	3141	12 100,0	18 900,0	13 230,5	-5 669,5	70,0 %	3 038,1	10 192,4	>200%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MIJLOACE DE TRANSPORT	315	3 767,6	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Majorarea valorii mijloacelor de transport	3151	3 767,6	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Unelte și scule, inventar de producere și gospodăresc	316	1 882,8	1 695,1	1 695,1	0,0	100,0 %	469,9	1 225,2	>200%
Majorarea valorii uneltelor și sculelor, inventarului de producere și gospodăresc	3161	1 882,8	1 695,1	1 695,1	0,0	100,0 %	469,9	1 225,2	>200%
ACTIVE NEMATERIALE	317	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Majorarea valorii activelor nemateriale	3171	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
INVESTIȚII CAPITALE ÎN ACTIVE ÎN CURS DE EXECUȚIE	319	5 000,0	1 900,0	1 724,4	-175,6	90,8 %	5 069,4	-3 345,0	34,0%
Investiții capitale în active în curs de execuție	3192	5 000,0	1 900,0	1 724,4	-175,6	90,8 %	5 069,4	-3 345,0	34,0%
STOCURI DE MATERIALE CIRCULANTE	33	1 433,9	1 153,9	1 140,9	-13,0	98,9 %	1 344,7	-203,8	84,8%
COMBUSTIBIL, CARBURANȚI ȘI LUBRIFIANȚI	331	770,0	508,5	508,5	0,0	100,0 %	644,9	-136,4	78,8%
Majorarea valorii combustibilului, carburanților și lubrifiantilor	3311	770,0	508,5	508,5	0,0	100,0 %	644,9	-136,4	78,8%

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PIESE DE SCHIMB	332	136,5	44,5	44,5	0,0	100,0 %	48,2	-3,7	92,3%
Majorarea valorii pieselor de schimb	3321	136,5	44,5	44,5	0,0	100,0 %	48,2	-3,7	92,3%
Produse alimentare	333	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Majorarea valorii produselor alimentare	3331	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
MATERIALE PENTRU SCOPURI DIDACTICE, ȘTIINȚIFICE ȘI ALTE SCOPURI	335	49,8	28,4	28,4	0,0	100,0 %	45,3	-16,9	62,7%
Majorarea valorii materialelor pentru scopuri didactice, științifice și alte scopuri	3351	49,8	28,4	28,4	0,0	100,0 %	45,3	-16,9	62,7%
MATERIALE DE UZ GOSPODĂRESC ȘI RECHIZITE DE BIROU	336	445,4	559,5	559,5	0,0	100,0 %	584,8	-25,3	95,7%
Majorarea valorii materialelor de uz gospodăresc și rechizitelor de birou	3361	445,4	559,5	559,5	0,0	100,0 %	584,8	-25,3	95,7%
ALTE MATERIALE	339	32,2	13,0	0,0	-13,0	0,0%	21,5	-21,5	0,0%
Majorarea valorii altor materiale	3391	32,2	13,0	0,0	-13,0	0,0%	21,5	-21,5	0,0%
MĂRFURI	35	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
MĂRFURI	351	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Majorarea valorii mărfurilor	3511	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
V. SOLD BUGETAR	1- (2+3)	-92 793,9	-92 793,9	-4 187,1	88 606,8		90 712,1	-94 899,2	
VI. SURSE DE FINANȚARE, total	4+5+ 9	92 793,9	92 793,9	4 187,1	-88 606,8				

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
VII. ACTIVE FINANCIARE	4	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
CREANȚE INTERNE	41	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Alte creante interne ale bugetului	418	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Alte creanțe interne ale bugetului	4181	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
CREDITE INTERNE ÎNTRE BUGETE	44	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
CREDITE ÎN CADRUL BUGETULUI CONSOLIDAT CENTRAL	442	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Credite între bugetul de stat și si fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	4422	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
VIII. DATORII	5	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ÎMPRUMUTURI INTERNE	54	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ÎMPRUMUTURI ÎN CADRUL BUGETULUI CONSOLIDAT CENTRAL	542	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Împrumuturi între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	5422	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ÎMPRUMUTURI INTERNE DE LA INSTITUȚIILE NEFINANCIARE ȘI FINANCIARE	55	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ÎMPRUMUTURI INTERNE DE LA INSTITUȚIILE FINANCIARE	552	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Împrumuturi de la instituțiile financiare	5521	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
IX.MODIFICAREA SOLDULUI DE MIJLOACE BĂNEȘTI	9	-92 793,9	-92 793,9	-4 187,1	88 606,8		90 712,1	-94899,2	
SOLD DE MIJLOACE BĂNEȘTI LA ÎNCEPUTUL PERIOADEI	91	153 144,8	153 144,8	243 856,9	90 712,1		153 144,8	90 712,1	
SOLD DE MIJLOACE BĂNEȘTI LA SFÎRȘITUL PERIOADEI	93	60 350,9	60 350,9	239 669,8	179 318,9		243 856,9	-4 187,1	
<i>Sub aspectul fondurilor și subprogramelor</i>									
II. CHELTUIELI ȘI ACTIVE NEFINANCIARE		6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	-60 628,9	99,0 %	5 673 446,2	587 376,2	110,4%
1. Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)		6 054 911,5	6 170 311,5	6 162 918,7	-7 392,8	99,9 %	5 570 241,8	592 676,9	110,6%
Subprogramul „Asistența medicală primară”	8005	1 882 576,6	1 882 576,6	1 876 706,5	-5 870,1	99,7 %	1 729 199,1	147 507,4	108,5%
<i>inclusiv medicamente compensate, total</i>		522 431,3	523 859,3	523 859,3	0,0	100,0 %	424 952,5	98 906,8	123,3%
Subprogramul “Asistența medicală specializată de ambulatoriu”	8006	427 190,5	424 796,5	423 569,2	-1 227,3	99,7 %	389 217,2	34 352,0	108,8%
Subprogramul “Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”	8008	9 220,6	9 220,6	9 203,3	-17,3	99,8 %	8 697,2	506,1	105,8%
Subprogramul “Asistența medicală urgentă prespitalicească”	8009	524 381,5	544 096,7	544 064,1	-32,6	100,0 %	456 613,8	87 450,3	119,2%
Subprogramul “Asistența medicală spitalicească”	8010	3 027 433,6	3 118 118,4	3 118 110,8	-7,6	100,0 %	2 827 659,5	290 451,3	110,3%
Subprogramul “Servicii medicale de înaltă performanță”	8011	184 108,7	191 502,7	191 264,8	-237,9	99,9 %	158 855,0	32 409,8	120,4%

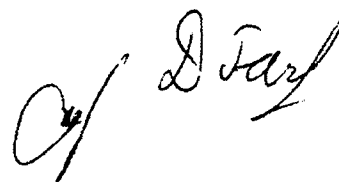
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
2. Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală		50 701,9	45 701,9	0,0	-45 701,9	0,0%	15 139,7	-15 139,7	0,0%
Subprogramul "Management al fondului de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală"	8017	50 701,9	45 701,9	0,0	-45 701,9	0,0%	15 139,7	-15 139,7	0,0%
3. Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)		25 000,0	6 000,0	6 000,0	0,0	100,0%	2 510,1	3 489,9	>200%
Subprogramul "Programe naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății"	8018	25 000,0	6 000,0	6 000,0	0,0	100,0%	2 510,1	3 489,9	>200%
4. Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale		25 000,0	24 600,0	18 584,7	-6 015,3	75,5%	12 800,3	5 784,4	145,2%
Subprogramul "Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății"	8019	25 000,0	24 600,0	18 584,7	-6 015,3	75,5%	12 800,3	5 784,4	145,2%
5. Fondul de administrare al sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală		78 837,9	74 837,9	73 319,0	-1 518,9	98,0%	72 754,3	564,7	100,8%
Subprogramul "Administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală"	8002	78 837,9	74 837,9	73 319,0	-1 518,9	98,0%	72 754,3	564,7	100,8%

Notă:

* Pentru fiecare poziție de transferuri primite între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se va indica și tipul transferului

**Director general al Companiei Naționale de Asigurări în
Medicină**

Șef Direcție economie și finanțe



Dmitrii PARFENTIEV

Sergiu Negritu

Anexa nr.2
la Raportul privind executarea fondurilor
asigurării obligatorii de asistență medicală în
anul 2017

Formularul nr.4.1 CNAM

Aprobat
prin Ordinul ministrului finanțelor
nr. 2 din 5 ianuarie 2018

RAPORT
privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la partea de
cheltuieli și active nefinanciare la situația din 31 decembrie 2017

mii lei

Denumirea	ECO	Plan		Executat	Cheltuieli efective	Total		Inclusiv creanțe cu termen expirat	Inclusiv datorii cu termen de achitare expirat
		Aprobat pe an	Precizat pe an			Creanțe	Datorii		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
II. CHELTUIELI ȘI ACTIVE NEFINANCIARE	2+3	6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	6 270 365,5	7 959,4	18 687,9	0,0	0,0
III. CHELTUIELI	2	6 202 687,0	6 292 737,4	6 238 391,9	6 252 570,5	1 304,0	18 685,3	0,0	0,0
CHELTUIELI DE PERSONAL	21	58 871,7	58 871,7	58 796,7	58 797,1	3,6	0,5	0,0	0,0
REMUNERAREA MUNCII	211	46 624,6	46 602,0	46 527,0	46 527,0	3,6	0,0	0,0	0,0
Remunerarea muncii angajaților conform	2111	46 624,6	46 602,0	46 527,0	46 527,0	3,6	0,0	0,0	0,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
statelor									
CONTRIBUȚII ȘI PRIME DE ASIGURĂRI OBLIGATORII	212	12 247,1	12 269,7	12 269,7	12 270,1	0,0	0,5	0,0	0,0
Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii	2121	10 327,7	10 340,9	10 340,9	10 336,2	0,0	0,4	0,0	0,0
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală	2122	1 919,4	1 928,8	1 928,8	1 933,9	0,0	0,1	0,0	0,0
BUNURI SI SERVICII	22	6 143 455,3	6 233 365,7	6 179 098,3	6 193 276,5	1 300,4	18 684,8	0,0	0,0
SERVICII	222	6 143 455,3	6 233 365,7	6 179 098,3	6 193 276,5	1 300,4	18 684,8	0,0	0,0
Servicii energetice și comunale	2221	1 654,8	1 657,4	1 485,8	1 464,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicii informaționale și de telecomunicații	2222	4 628,8	3 028,6	3 024,9	797,1	21,8	48,1	0,0	0,0
Servicii de locațiune	2223	695,5	695,5	695,0	691,8	0,0	6,1	0,0	0,0
Servicii de transport	2224	27,1	34,6	34,6	17,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicii de reparații curente	2225	580,6	626,5	626,5	358,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Formarea profesională	2226	120,0	120,0	11,4	23,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Deplasări de serviciu	2227	278,2	278,2	204,9	186,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicii medicale	2228	6 130 613,4	6 222 013,4	6 168 918,7	6 186 519,2	1 198,1	18 627,0	0,0	0,0
Alte servicii	2229	4 856,9	4 911,5	4 096,5	3 217,6	80,5	3,6	0,0	0,0
PRESTAȚII SOCIALE	27	360,0	500,0	496,9	496,9	0,0	0,0	0,0	0,0
PRESTAȚII SOCIALE ALE ANGAJATORILOR	273	360,0	500,0	496,9	496,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Indemnizații la încetarea acțiunii contractului de muncă	2732	0,0	0,0	0,0	69,3	0,0	0,0	0,0	0,0

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
Indemnizații pentru incapacitatea temporară de muncă achitate din mijloacele financiare ale angajatorului	2735	360,0	500,0	496,9	427,6	0,0	0,0	0,0	0,0
ALTE CHELTUIELI	28	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ALTE CHELTUIELI CURENTE	281	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotizații	2811	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Despăgubiri civile	2813	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alte cheltuieli in baza de contracte cu persoane fizice	2816	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alte cheltuieli curente	2819	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IV. ACTIVE NEFINANCIARE	3	31 764,3	28 713,9	22 430,5	17 795,0	6 655,4	2,6	0,0	0,0
MIJLOACE FIXE	31	30 330,4	27 560,0	21 289,6	14 972,0	6 655,4	0,0	0,0	0,0
CLĂDIRI	311	7 580,0	5 064,9	4 639,6	5 373,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii clădirilor	3111	7 580,0	5 064,9	4 639,6	5 373,3	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
MAȘINI ȘI UTILAJE	314	12 100,0	18 900,0	13 230,5	6 218,5	6 655,4	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii mașinilor și utilajelor	3141	12 100,0	18 900,0	13 230,5	6 218,5	6 655,4	0,0	0,0	0,0
MIJLOACE DE TRANSPORT	315	3 767,6	0,0	0,0	472,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii mijloacelor de transport	3151	3 767,6	0,0	0,0	472,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Unelte și scule, inventar de producere și gospodăresc	316	1 882,8	1 695,1	1 695,1	123,5	0,0	0,0	0,0	0,0

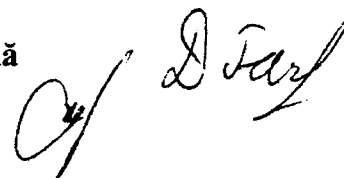
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Majorarea valorii uneltelor și sculelor, inventarului de producere și gospodăresc	3161	1 882,8	1 695,1	1 695,1	123,5	0,0	0,0	0,0	0,0
ACTIVE NEMATERIALE	317	0,0	0,0	0,0	1 060,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii activelor nemateriale	3171	0,0	0,0	0,0	1 060,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INVESTIȚII CAPITALE ÎN ACTIVE ÎN CURS DE EXECUȚIE	319	5 000,0	1 900,0	1 724,4	1 724,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Investiții capitale în active în curs de execuție	3192	5 000,0	1 900,0	1 724,4	1 724,4	0,0	0,0	0,0	0,0
STOCURI DE MATERIALE CIRCULANTE	33	1 433,9	1 153,9	1 140,9	2 823,0	0,0	2,6	0,0	0,0
COMBUSTIBIL, CARBURANȚI ȘI LUBRIFIANȚI	331	770,0	508,5	508,5	284,9	0,0	2,5	0,0	0,0
Majorarea valorii combustibilului, carburanților și lubrifiantilor	3311	770,0	508,5	508,5	284,9	0,0	2,5	0,0	0,0
PIESE DE SCHIMB	332	136,5	44,5	44,5	70,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii pieselor de schimb	3321	136,5	44,5	44,5	70,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Produse alimentare	333	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii produselor alimentare	3331	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MATERIALE PENTRU SCOPURI DIDACTICE, ȘTIINȚIFICE ȘI ALTE SCOPURI	335	49,8	28,4	28,4	45,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii materialelor pentru scopuri didactice, științifice și alte scopuri	3351	49,8	28,4	28,4	45,4	0,0	0,0	0,0	0,0
MATERIALE DE UZ GOSPODĂRESC ȘI RECHIZITE DE BIROU	336	445,4	559,5	559,5	2 351,9	0,0	0,0	0,0	0,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Majorarea valorii materialelor de uz gospodăresc și rechizitelor de birou	3361	445,4	559,5	559,5	2 351,9	0,0	0,0	0,0	0,0
ALTE MATERIALE	339	32,2	13,0	0,0	70,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Majorarea valorii altor materiale	3391	32,2	13,0	0,0	70,1	0,0	0,1	0,0	0,0
MĂRFURI	35	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MĂRFURI	351	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii mărfurilor	3511	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1. Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)		6 054 911,5	6 170 311,5	6 162 918,7	6 180 992,0	857,5	18 627,0	0,0	0,0
Subprogramul “Asistența medicală primară”	8005	1 882 576,6	1 882 576,6	1 876 706,5	1 894 765,9	573,6	18 583,2	0,0	0,0
<i>inclusiv medicamente compensate, din care</i>		<i>522 431,3</i>	<i>523 859,3</i>	<i>523 859,3</i>	<i>542 286,4</i>	<i>0,0</i>	<i>18 427,1</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Subprogramul “Asistența medicală specializată de ambulatoriu”	8006	427 190,5	424 796,5	423 569,2	423 514,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”	8008	9 220,6	9 220,6	9 203,3	9 203,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Asistența medicală urgentă prespitalicească”	8009	524 381,5	544 096,7	544 064,1	544 064,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Asistența medicală spitalicească”	8010	3 027 433,6	3 118 118,4	3 118 110,8	3 118 190,4	273,0	43,8	0,0	0,0
Subprogramul “Servicii medicale de înaltă performanță”	8011	184 108,7	191 502,7	191 264,8	191 253,9	10,9	0,0	0,0	0,0
2. Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală		50 701,9	45 701,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Subprogramul "Management al fondului de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală"	8017	50 701,9	45 701,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3. Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)		25 000,0	6 000,0	6 000,0	5 527,2	340,6	0,0	0,0	0,0
Subprogramul "Programe naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății"	8018	25 000,0	6 000,0	6 000,0	5 527,2	340,6	0,0	0,0	0,0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale		25 000,0	24 600,0	18 584,7	11 929,3	6 655,4	0,0	0,0	0,0
Subprogramul "Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății"	8019	25 000,0	24 600,0	18 584,7	11 929,3	6 655,4	0,0	0,0	0,0
5. Fondul de administrare al sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală		78 837,9	74 837,9	73 319,0	71 917,0	105,9	60,9	0,0	0,0
Subprogramul "Administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală"	8002	78 837,9	74 837,9	73 319,0	71 917,0	105,9	60,9	0,0	0,0

Director general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină

Șeful Direcției economie și finanțe



Dmitrii PARFENTIEV

Sergiu Negritu

ОТЧЕТ ОБ ИСПОЛНЕНИИ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2017 ГОДУ

1. Общие положения

Отчет об исполнении фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) в 2017 году был разработан в соответствии с положениями ст.47 и ст.73 Закона о публичных финансах и бюджетно-налоговой ответственности № 181 от 25.07.2014 г. и Приказа министра финансов об утверждении формуляров отчетов об исполнении фондов обязательного медицинского страхования № 02 от 05.01.2018 г.

В течение 2017 года Национальная медицинская страховая компания (НМСК) осуществляла свою деятельность в соответствии с Законом о фондах обязательного медицинского страхования на 2017 год, Планом действий Правительства Республики Молдова на 2016-2018 годы, Национальной политикой в области здоровья, Стратегией развития системы здравоохранения на 2008-2017 гг., Планом деятельности НМСК по внедрению Стратегии институционального развития НМСК на 2016-2020 годы и другими действующими законодательными и нормативными актами.

Организация и функционирование системы ОМС основывается, в первую очередь, на Законе об обязательном медицинском страховании № 1585-XIII от 27.02.1998 г. и Законе о размере, порядке и сроках уплаты взносов ОМС № 1593-XV от 26.12.2002 г.

Согласно действующим законодательным и нормативным актам, НМСК является государственной независимой организацией национального уровня, которая организует, осуществляет и управляет процессом ОМС, с применением допустимых процедур и механизмов для образования денежных фондов, предназначением которых является покрытие расходов на лечение и профилактику заболеваний и состояний, включенных в Единую программу ОМС, проверка качества оказываемой медицинской помощи и внедрение нормативной базы в области медицинского страхования.

Характеристика основных показателей системы ОМС за 2017 год, динамика и тенденции в сравнении с предыдущими годами представлены в следующей таблице.

Таблица 1. Ключевые показатели системы ОМС (2013 – 2017 годы)

	2013	2014	2015	2016	2017
Доля застрахованных лиц в общей численности населения (%)	83,2	85,0	85,6	85,8	86,9
Количество физических лиц, застрахованных в индивидуальном порядке	59 183	48 925	48 307	40 113	53 684

Доходы фондов ОМС (млн. леев)	4 161,0	4 637,7	5 062,9	5 764,2	6 256,6
Доля трансфертов из государственного бюджета для атегорий лиц, страхованис которых осуществляется Правительством в доходах фондов НМСК (%)	51,3	46,9	42,0	41,1	40,4
Расходы фондов ОМС (млн. леев)	4 226,1	4 679,5	5 152,5	5 673,4	6 260,8
Расходы фондов ОМС в процентном отношении к ВВП (%)	4,2	4,2	4,3	4,2	4,2
Расходы фондов ОМС в публичном бюджете здравоохранения в процентном отношении (%)	81,5	79,4	79,8	87,2	86,1
Размер страховых взносов, исчисленных в процентном отношении (%)	7	8	9	9	9
Размер страховых взносов в фиксированной сумме (леев)	3 318,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0
Фонд оплаты труда, из которого рассчитываются страховые взносы в процентном отношении (млрд. леев)	26,8	29,0	30,7	35,0	40,0
Количество медицинских и фармацевтических учреждений, с которыми заключены контракты	590	673	690	692	698
Количество оплаченных рецептов на компенсируемые медикаменты	3 120 779	3 476 901	3 678 614	4 593 565	5 506 631
Расходы на компенсируемые медикаменты (млн. леев)	163,5	205,9	279,7	425,0	523,9
Средняя розничная цена компенсируемых медикаментов в расчете на один рецепт (леев)	75,6	83,1	106,4	113,7	119,1
Средняя компенсируемая сумма в расчете на один рецепт (леев)	52,4	59,2	78,9	90,8	95,1

2. Свод исполнения фондов обязательного медицинского страхования

Законом о фондах ОМС на 2017 год № 285 от 16.12.2016 доходы фондов ОМС были утверждены в сумме **6 141 657,4 тыс. леев** и расходы в сумме **6 234 451,3 тыс. леев**, с дефицитом в размере **92 793,9 тыс. леев**. В последующем, на основании изменений внесенных Законом № 219 от 20.10.2017, сумма доходов и расходов была изменена и утверждена в размере **6 228 657,4 тыс. леев** и **6 321 451,3 тыс. леев** соответственно, с дефицитом в **92 793,9 mii lei**.

Необходимость соответствующего изменения Закона о фондах ОМС на 2017 год, исходила, с одной стороны, из высокого уровня исполнения, в течении первых 8 месяцев 2017 года, доходов от накоплений взносов ОМС, исчисленных в процентном отношении и в фиксированной сумме, и оценки ожидаемых поступлений доходов за период сентябрь-декабрь 2017 г., произведенной исходя из необходимости покрытия расходов на реализацию Единой программы ОМС, а с другой – из анализа действий, которые должны быть реализованы и профинансированы до конца 2017 года из средств фонда профилактических мероприятий и фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг.

Исполнение фондов ОМС в 2017 году составило по доходам **6 256 635,3 тыс. леев** и по расходам – **6 260 822,4 тыс. леев** и завершилось с дефицитом в сумме **4 187,1 тыс. леев**. Дефицит, зарегистрированный на конц 2017 года, на **88 606,8 тыс. леев** ниже запланированного, что обусловлено накоплением сверх запланированного уровня доходов и исполнением ниже запланированного уровня расходов. Указанный дефицит был покрыт за счет накопительного сальда, существовавшего в начале года. Таким образом, по сравнению с началом года, остаток денежных средств на счетах фондов ОМС уменьшился и по состоянию на 31 декабря 2017 г. составил **239 669,8 тыс. леев**.

Таблица 2. Отчет об исполнении общих показателей фондов ОМС в 2017 году

Формуляр №. 1 НМСК
(тыс. леев)

Наименование	Экономический код	План		Выполнено	Выполнено в сравнении с уточнено	
		Утверждено на год	Уточнено на год		отклонение (+/-)	в %

A	I	2	3	4	5=4-3	6=4/3
I. Доходы, всего	1	6 141 657,4	6 228 657,4	6 256 635,3	27 977,9	100,4%
<i>в том числе трансферты из государственного бюджета</i>		2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0%
II. Расходы, всего	2+3	6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	-60 628,9	99,0%
III. Бюджетное сальдо	1-(2+3)	-92 793,9	-92 793,9	-4 187,1	88 606,8	4,5%
IV. Источники финансирования, всего	4+5+9	92 793,9	92 793,9	4 187,1	-88 606,8	
Остаток денежных средств в начале периода	91	153 144,8	153 144,8	43 856,9	90 712,1	
Остаток денежных средств по окончании периода	93	60 350,9	60 350,9	239 669,8	179 318,9	

В соответствии с положениями действующих законодательных актов, остаток денежных средств на счетах фондов ОМС был использован в течение бюджетного года для покрытия бюджетного дефицита и временного кассового разрыва.

Развернутый свод исполнения фондов ОМС представлен в приложении № 1 к настоящему отчету.

3. Доходы обязательного медицинского страхования по видам источников

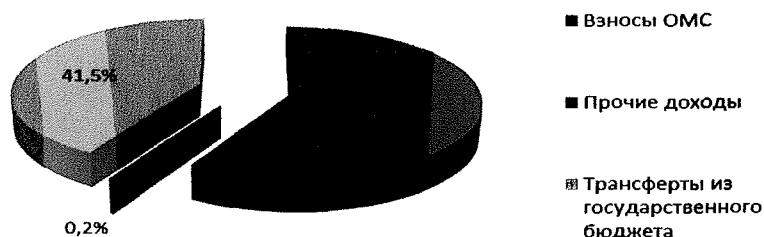
Доходы фондов ОМС составляют взносы ОМС, выплачиваемые плательщиками, трансферты из государственного бюджета, а также прочие доходы (санкции и штрафы за правонарушения, банковские проценты и пр.).

Взнос ОМС – это фиксированная сумма или исчисленный в процентном отношении к заработной плате или другим выплатам тариф, который застрахованный обязан выплатить в фонды ОМС за принятие страхового риска (риска заболевания).

Размер взноса ОМС устанавливается ежегодно в Законе о фондах ОМС. Взнос ОМС, исчисленный в процентном отношении, изменялся на протяжении 2013-2017 гг., находясь в зависимости от развития национальной экономики, в то время как взнос ОМС в фиксированной сумме остался на уровне 2014 года.

В 2017 году доходы фондов ОМС поступили в сумме **6 256 635,3 тыс. леев**, что составляет 100,4% в сравнении с годовыми назначениями. В структуре доходов больше половины, а именно - 3 663 607,9 тыс. леев или 58,5%, относятся к собственным доходам (взносы ОМС) и прочим доходам, а 2 593 027,4 тыс. леев или 41,5% составили трансферты из государственного бюджета.

Диаграмма 1. Структура доходов, собранных в фонды ОМС по видам накоплений, 2017 год



Подробная информация о доходах, собранных в фонды ОМС по видам накоплений представлена в следующей таблице.

Таблица 3. Отчет об исполнении доходов фондов ОМС в 2017 году

Формуляр №. 1.1 НМСК

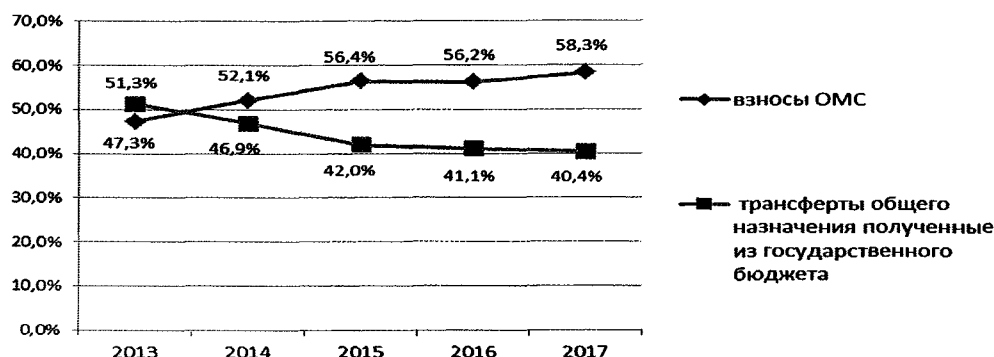
Наименование	Экономический код	План		Выполнено	Выполнено в сравнении с уточнено	
		Утверждено на год	Уточнено на год		отклонение (+/-)	в %
A	I	2	3	4	5=4-3	6=4/3
Доходы, всего	1	6 141 657,4	6 228 657,4	6 256 635,3	27 977,9	100,4%
Отчисления и взносы на обязательное страхование	12	3 542 000,0	3 624 000,0	3 648 425,5	24 425,5	100,7%
Взносы обязательного медицинского страхования	122	3 542 000,0	3 624 000,0	3 648 425,5	24 425,5	100,7%
Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, уплачиваемые работодателями и работниками	1221	3 448 712,0	3 520 712,0	3 541 776,6	21 064,6	100,6%
Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в фиксированной сумме, уплачиваемые физическими лицами с местом жительства или местом нахождения в Республике Молдова	1222	93 288,0	103 288,0	106 648,9	3 360,9	103,3%
Прочие доходы	14	6 630,0	11 630,0	15 182,4	3 552,4	130,5%
Трансферты, полученные в рамках национального публичного бюджета	19	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0%
Трансферты, полученные в рамках консолидированного центрального бюджета	192	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0%
Полученные трансферты между государственным бюджетом и фондами обязательного медицинского страхования	1922	2 593 027,4	2 593 027,4	2 593 027,4	0,0	100,0%
Полученные текущие трансферты специального назначения между государственным бюджетом и фондами обязательного медицинского страхования	19221	66 659,8	66 659,8	66 659,8	0,0	100,0%
Полученные текущие трансферты общего назначения между государственным бюджетом и фондами обязательного медицинского страхования	19223	2 526 367,6	2 526 367,6	2 526 367,6	0,0	100,0%

По сравнению с 2016 годом, сумма накоплений доходов в фонды ОМС увеличилась на 492 477,0 тыс. леев или на 8,5%.

На протяжении последних лет все более очевидной становится тенденция устойчивого роста в доходах фондов ОМС удельного веса взносов ОМС (в процентах и фиксированной сумме) и, одновременного снижения удельного веса текущих трансфертов общего назначения полученных из государственного бюджета (трансферты для медицинского страхования категорий лиц, страхование которых осуществляется Правительством и трансферты по компенсированию взносов ОМС обладателям сельскохозяйственных земель, расположенных за трассой Рыбница-Тирасполь). Так, если в 2013 году удельный вес взносов ОМС в доходах фондов ОМС составлял 47,3% и текущих трансфертов общего назначения полученных из государственного бюджета - 51,3%, то в 2017 году, накопления из взносов ОМС составляли уже – 58,3% из доходов, а соответствующие трансферты из государственного бюджета – всего 40,4%.

Графическая иллюстрация этой тенденции представлена в следующей диаграмме.

Диаграмма 2. Эволюция соотношения удельного веса взносов ОМС и текущих трансфертов общего назначения полученных из государственного бюджета в доходах фондов ОМС (2013 – 2017 годы)



3.1 Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам

Размер взноса ОМС, исчисленного в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, был утвержден Законом о фондах ОМС в соответствии с требованиями бюджетно-налоговой политики в размере **9,0%**.

Процентная ставка взноса ОМС в 2009-2013 годах устанавливалась на уровне 7,0%, была постепенно увеличена по 1,0% в 2014 и в 2015 годах и сохранена на уровне 9% в 2016-2017 годах. Целесообразность постепенного увеличения процентной ставки обосновывается необходимостью покрытия роста потребительских цен и необходимостью роста объема и качества медицинских услуг, оказываемых населению, в том числе путем укрепления потенциала публичных медико-санитарных учреждений, внедрением новых технологий и современного медицинского оборудования.

Категории плательщиков взносов ОМС, исчисленных в процентном отношении, указаны в Приложении № 1 к Закону о размере, порядке и сроках уплаты взносов ОМС № 1593-XV от 26.12.2002 г.

В 2017 году данные взносы поступили в сумме **3 541 776,6 тыс. леев**, что на 21 064,6 тыс. леев больше или соответствуют уровню 100,6% в сравнении с годовыми назначениями.

Согласно данных Государственной налоговой службы, страховые взносы ОМС, исчисленные в процентном отношении, в отчетном году были начислены в сумме 3 427 274,1 тыс. леев, в том числе пеня – 13 713,8 тыс. леев, а недоимка по состоянию на 31.12.2017 г. равна 45 889,7 тыс. леев, что на 2 458,0 тыс. леев меньше, чем недоимка существовавшая по состоянию на 01.01.2017.

Данному виду дохода соответствует наибольший удельный вес в накоплениях фондов ОМС в отчетном году - 56,6%.

По сравнению с 2016 годом, поступления страховых износков ОМС выросли на 388 781,2 тыс. леев или на 12,3%, вследствие увеличения фонда оплаты труда в целом по стране.

3.2 Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в фиксированной сумме, уплачиваемые физическими лицами с местом жительства или местом нахождения в Республике Молдова

Согласно ст.17 абзац (4) Закона об обязательном медицинском страховании № 1585-ХІІІ от 27.02.1998 г., размер страхового взноса в фиксированной сумме рассчитывается исходя из страхового взноса в процентном отношении к среднегодовой заработной плате, прогнозируемой на соответствующий год согласно макроэкономическим показателям.

Для анализируемого года, в соответствии с Законом о фондах ОМС на 2017 год, в отступление от выше изложенных положений, взнос ОМС, исчисленный в виде фиксированной суммы в абсолютной величине, был установлен в размере 4 056 леев, будучи сохраненным на уровне 2014 года.

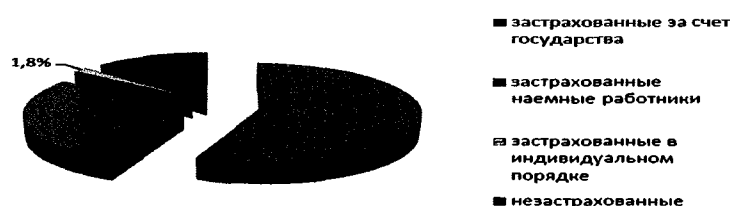
Категории плательщиков взносов ОМС в фиксированной сумме указаны в Приложении №2 к Закону о размере, порядке и сроках уплаты взносов ОМС № 1593-ХV от 26.12.2002 г. К ним относятся собственники сельскохозяйственных земель, учредители индивидуальных предприятий, обладатели предпринимательских патентов, публичные нотариусы, судебные исполнители, адвокаты и другие.

В 2017 году, при оплате взносов ОМС в фиксированной сумме в установленные законодательством сроки, а именно до 31 марта были применены скидки в размере 50% и 75%. Так, при соблюдении данного условия, плательщики, которые страхуются в индивидуальном порядке, воспользовались скидкой в размере 50%, а собственники сельскохозяйственных земель, независимо от того, сданы ли эти земли в аренду или в пользование на договорной основе, воспользовались скидкой в размере 75%.

Практика применения льгот при оплате взноса ОМС в фиксированной сумме с течением времени продемонстрировала свою эффективность, являясь средством поддержки и интеграции населения с низким уровнем дохода в систему ОМС, таким образом защищая данные категории населения в случае возникновения риска заболевания.

На 31 декабря 2017 г., число застрахованных лиц в системе ОМС составило около 2 609 тыс. человек, достигнув степень застрахованности на уровне 86,9%, на 1,1 процентных пункта больше по сравнению с 2016 годом.

Диаграмма 3. Структура населения по степени застрахованности в рамках системы ОМС, 2017 год



По сравнению с предыдущим годом, число застрахованных лиц выросло по каждой из категорий: застрахованные за счет государства и в индивидуальном порядке по 0,4 процентных пункта и застрахованные наемные работники - на 0,3 процентных пункта, число незастрахованных лиц снизившись соответственно на 1,1 процентных пункта.

Графическая иллюстрация тенденции роста уровня застрахованности лиц в рамках системы ОМС, по категориям, представлена в следующей диаграмме.

Диаграмма 4. Эволюция категорий населения РМ по уровню застрахованности в рамках системы ОМС (2016-2017 годы)



Из общего числа застрахованных, 2 609 тыс. человек, свыше 53 тыс. - это лица, застраховавшиеся в индивидуальном порядке, оплатив взнос ОМС в фиксированной сумме, что на 13 тыс. человек больше, чем в предыдущем году.

Что касается размера скидок, которые были применены при реализации полусов ОМС, преобладали категории бенефициаров, воспользовавшихся скидкой в размере 50% - 32 662 человек. Собственники сельскохозяйственных земель воспользовались скидкой в размере 75%, таким образом были застрахованы 16 206 человек. Лица в количестве 4 436 человек оплатили в 2017 году взносы ОМС в полном объеме.

В 2017 году накопления от уплаты взносов ОМС в фиксированной сумме составили **106 648,9 тыс. леев**, что на 3 360,9 тыс. леев или 3,3% больше по сравнению с годовыми назначениями и на 19 465,2 тыс. леев или 22,3% больше по сравнению с 2016 годом.

Доля доходов из накоплений взносов ОМС в фиксированной сумме в общей сумме доходов фондов ОМС составила 1,7%, увеличившись по сравнению с 2016 годом на 0,2 процентных пункта.

3.3 Прочие доходы

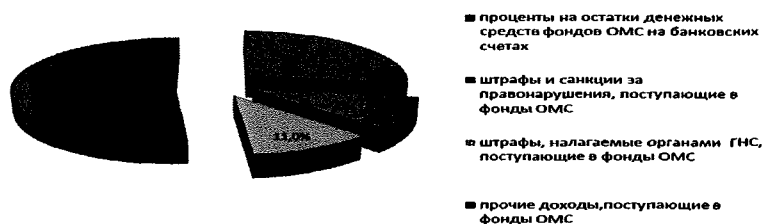
Всего, в 2017 году, по данному разделу поступления составили **15 182,4 тыс. леев**, на 3 552,4 тыс. леев или на 30,5% больше по сравнению с годовыми назначениями.

По своей структуре данная категория состоит из:

- процентов на остатки денежных средств фондов ОМС на банковских счетах – 4 143,6 тыс. леев;
- штрафов и санкций за правонарушения, поступающие в фонды ОМС (налагаемые НМСК) – 1 554,1 тыс. леев;
- штрафов согласно Налоговому кодексу и штрафов за правонарушения, налагаемые органами Государственной налоговой службы, поступающие в фонды ОМС – 1 667,6 тыс. леев. Согласно данных Государственной налоговой службы, сумма начисленных ГНС штрафов составила – 4 212,5 тыс. леев, а недоимка перед фондами ОМС по состоянию на 31.12.2017 г. – 3 352,8 тыс. леев;
- прочие накопления, поступающие в фонды ОМС, в том числе средства, взыскиваемые с медико-санитарных учреждений за финансовые нарушения по использованию финансовых средств в целях, не связанных с выполнением Единой программы, а также их исполнения с нарушением действующих законодательных и

нормативных актов, неаргументированная выдача рецептов на компенсируемые медикаменты и необоснованные направления на госпитализацию – 7 817,1 тыс. леев.

Диаграмма 5. Структура „Прочих доходов”, накопленных в фондах ОМС по видам, 2017 год



Превышение годовых назначений по „Прочим доходам” было отмечено по всем составляющим. Так, по штрафам и санкциям превышение составило 61,1% (1 221,7 тыс. леев), по процентам на остатки денежных средств – 57,6% (1 513,6 тыс. леев), по прочим накоплениям – 11,7% (817,1 тыс. леев).

По сравнению с 2016 годом по разделу „Прочие доходы” был отмечен рост на 3 915,5 тыс. леев или на 34,8%.

3.4 Трансферты, полученные в рамках консолидированного центрального бюджета

Трансферты, полученные в рамках консолидированного центрального бюджета, которые представляют собой текущие трансферты между государственным бюджетом и фондами ОМС, были перечислены согласно годовых назначений в полном объеме и составили 2 593 027,4 тыс. леев. Из них: трансферты общего назначения составили 2 526 367,6 тыс. леев или 97,4% из общей суммы трансфертов и трансферты специального назначения – 66 659,8 тыс. леев или 2,6%.

Диаграмма 6. Структура трансфертов, полученных из государственного бюджета в 2017 году



Несмотря на то, что в 2017 году сумма трансфертов, перечисленных из государственного бюджета в фонды ОМС, выросла на 80 315,1 тыс. леев или на 3,2% по сравнению с прошлым годом, их удельный вес в доходах фондов ОМС снизился на 2,1 процентных пункта.

Трансферты общего назначения между государственным бюджетом и фондами ОМС, исполненные в сумме 2 526 367,6 тыс. леев, включают в себя трансферты из государственного бюджета для медицинского страхования категорий лиц, страхование

которых осуществляется Правительством и трансферты из государственного бюджета для возмещения упущенных доходов в соответствии со статьей 3 Закона № 39-XVI от 2 марта 2006 года.

Подавляющий удельный вес (99,97%) в категории трансфертов общего назначения занимают трансферты для медицинского страхования категорий лиц, страхование которых осуществляется Правительством, которые были перечислены в сумме **2 525 629,1 тыс. леев**, на 156 444,1 тыс. леев или на 6,6% больше чем в 2016 году.

Правительство страхует неработающих лиц с местом жительства в Республике Молдова, находящихся на учете в уполномоченных учреждениях, за исключением лиц, обязанных, согласно закону, застраховаться в индивидуальном порядке (ст.4 абзац (4) Закона об обязательном медицинском страховании № 1585-XIII от 27.02.1998 г.). Правительство выступает страхователем для **16 категорий** лиц, включая детей до 18 лет, пенсионеров, лиц с тяжелой, выраженной или средней степенью ограничения возможностей, безработных, зарегистрированных в территориальном агентстве занятости населения, лиц, получающих социальную помощь и др., а также живых доноров органов, категория которая была включена в 2017 году, Законом № 101 от 09.06.2017 г.

По удельному весу, этот вид доходов составляет 40,4% из общей суммы поступлений фондов ОМС и занимает второе место после доходов от взносов ОМС, исчисленных в процентном отношении.

Доходы от трансфертов из государственного бюджета для возмещения упущенных доходов в соответствии со статьей 3 Закона № 39-XVI от 2 марта 2006 года, предназначенные для возмещения Правительством взносов ОМС, за собственников сельскохозяйственных земель, расположенных за трассой Рыбница-Тирасполь, перечисленные в фонды в 2017 году, равны **738,5 тыс. леев** и соответствуют уровню предыдущего года.

В рамках категории *текущие трансферты специального назначения между государственным бюджетом и фондами обязательного медицинского страхования*, были перечислены трансферты для реализации национальных программ по здравоохранению и трансферты для реализации проекта «Модернизация сектора здравоохранения», общая сумма которых составила 66 659,8 тыс. леев.

Трансферты из государственного бюджета для реализации национальных программ по здравоохранению, предназначенных для приобретения инъекционного антидиабетического препарата (человеческий инсулин) были исполнены в сумме **62 033,7 тыс. леев**, что на 9 217,3 тыс. леев или 17,5% больше чем в предыдущем году.

Трансферты из государственного бюджета для реализации проекта «Модернизация сектора здравоохранения» были перечислены в сумме **4 626,1 тыс. леев**. Вместе с тем, данные трансферты снизились по сравнению с 2016 годом на 85 346,3 тыс. леев и составили лишь 5,1% из соответствующих трансфертов, перечисленных в предыдущем году.

4. Использование фондов обязательного медицинского страхования, основанных на утвержденных программах и подпрограммах

Финансовые средства, независимо от источника выплаты, накапливаются на едином счете НМСК и позднее направляются в соответствии с законодательными нормами в следующие фонды (согласно Приложению № 1.2 к Закону о фондах ОМС на 2017 год):

- фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд);
- резервный фонд ОМС;
- фонд профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания);
- фонд развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг;
- фонд управления системой ОМС.

Расходная часть фондов ОМС была исполнена в сумме **6 260 822,4 тыс. леев**, на 60 628,9 тыс. леев меньше или на уровне 99,0% в сравнении с годовыми назначениями. Одновременно, это на 587 376,2 тыс. леев или на 10,4% больше по сравнению с 2016 годом.

Таблица 4. Отчет об исполнении расходов фондов ОМС в 2017 году

Формуляр № 1.2 НМСК

Наименование	План		Выполнено	(тыс. леев) Выполнено в сравнении с уточнено	
	Утверждено на год	Уточнено на год		отклонения (+/-)	в %
A	1	2	3	4=3-2	5=3/2
Расходы, всего	6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	- 60 628,9	,0%
в том числе:					
1. Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)	6 054 911,5	6 170 311,5	6 162 918,7	- 7 392,8	99,9%
2. Резервный фонд обязательного медицинского страхования	50 701,9	45 701,9	0,0	- 45 701,9	0,0%
3. Фонд профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания)	25 000,0	6 000,0	6 000,0	0,0	100,0%
4. Фонд развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг	25 000,0	24 600,0	18 584,7	- 6 015,3	75,5%
5. Фонд управления системой обязательного медицинского страхования	78 837,9	74 837,9	73 319,0	- 1 518,9	98,0%

Фонды ОМС структурированы по программам и подпрограммам согласно Приложения № 2 к Закону о фондах ОМС на 2017 год.

Программа «Общественное здоровье и медицинские услуги» включает следующие подпрограммы, находящиеся в управлении НМСК:

- Управление фондами обязательного медицинского страхования;
- Первичная медицинская помощь, в том числе компенсированные лекарства;
- Специализированная амбулаторная медицинская помощь;
- Медицинский коммунитарный уход и уход на дому;
- Неотложная догоспитальная медицинская помощь;
- Стационарная медицинская помощь;
- Высокоспециализированные медицинские услуги;
- Управление резервным фондом ОМС;
- Национальные и специальные программы в области здравоохранения;
- Развитие и модернизация учреждений системы здравоохранения.

С точки зрения расходов подпрограммам фондов ОМС, выполнение выглядит следующим образом:

Таблица 5. Отчет об исполнении расходов подпрограмм фондов ОМС в 2017 году

Формуляр № 2 НМСК

Наименование	Код Р2	План		Выполнено	Выполнено в сравнении с уточнено	
		Утверждено на год	Уточнено на год		отклонения (+/-)	в %
A	I	2	3	4	5=4-3	6=4/3
Расходы, всего		6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	-60 628,9	99,0%
в том числе:						
Программа «Общественное здоровье и медицинские услуги»	8000	6 234 451,3	6 321 451,3	6 260 822,4	-60 628,9	99,0%
Подпрограмма «Управление фондами обязательного медицинского страхования»	8002	78 837,9	74 837,9	73 319,0	-1 518,9	98,0%
Подпрограмма «Первичная медицинская помощь»,	8005	1 882 576,6	1 882 576,6	1 876 706,5	-5 870,1	99,7%
в том числе компенсированные лекарства		522 431,3	523 859,3	523 859,3	0,0	100,0%
Подпрограмма «Специализированная амбулаторная медицинская помощь»	8006	427 190,5	424 796,5	423 569,2	-1 227,3	99,7%
Подпрограмма «Медицинский коммунитарный уход и уход на дому»	8008	9 220,6	9 220,6	9 203,3	-17,3	99,8%
Подпрограмма «Неотложная догоспитальная медицинская помощь»	8009	524 381,5	544 096,7	544 064,1	-32,6	100,0%
Подпрограмма «Стационарная медицинская помощь»	8010	3 027 433,6	3 118 118,4	3 118 110,8	-7,6	100,0%
Подпрограмма «Высокоспециализированные медицинские услуги»	8011	184 108,7	191 502,7	191 264,8	-237,9	99,9%
Подпрограмма «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования»	8017	50 701,9	45 701,9	0,0	-45 701,9	0,0%
Подпрограмма «Национальные и специальные программы в области здравоохранения»	8018	25 000,0	6 000,0	6 000,0	0,0	100,0%
Подпрограмма «Развитие и модернизация учреждений системы здравоохранения»	8019	25 000,0	24 600,0	18 584,7	-6 015,3	75,5%

По каждой подпрограмме были установлены показатели эффективности (по категориям: результат, продукт, эффективность), достижение которых мониторизировалось НМСК.

Подробная информация об исполнении фондов ОМС в части расходов и нефинансовых активов представлена в приложении № 2 к настоящему отчету.

4.1 Расходы фонда оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)

В соответствии с пкт.9 Постановления Правительства № 594 от 14.05.2002 в фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд) распределяется не менее 94% из доходов фондов ОМС.

Финансовые средства, накопленные в основном фонде, используются для покрытия необходимых расходов по выполнению Единой программы ОМС, на всех уровнях медицинского обслуживания: первичной, специализированной амбулаторной, неотложной догоспитальной, стационарной, высокоспециализированным услугам и медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому, а контрактирование поставщиков медицинских услуг базируется на потребностях населения в медицинских услугах, соотнесенных с

возможностями системы здравоохранения, в пределах утвержденных средств фондов ОМС.

Лицам, включенным в систему ОМС, предоставляется весь спектр услуг, предусмотренных Единой программой ОМС. Вместе с тем, скорая догоспитальная и первичная помощь оказывается и незастрахованным лицам, а в случае социально обусловленных заболеваний, таких как туберкулез, онкологические, психиатрические заболевания, ВИЧ/СПИД, инфекционные заболевания, незастрахованным лицам также оказывается амбулаторная специализированная и стационарная медицинская помощь.

В 2017 году для предоставления медицинских услуг в рамках системы ОМС были заключены контракты с 435 медико-санитарными учреждениями (МСУ), в том числе: 22 республиканских, 10 ведомственных, 34 муниципальных, 302 районных и 67 частных.

Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд) – это фонд, обладающий подавляющей долей в общих расходах фондов ОМС, и в отчетном году на его долю пришлось 98,4% расходов.

В 2017 году из **основного фонда** на оплату текущих медицинских услуг было направлено **6 162 918,7 тыс. леев**, что соответствует 99,9% от утвержденной годовой суммы или на 7 392,8 тыс. леев меньше. Одновременно, по сравнению с 2016 годом, расходы основного фонда увеличились на 592 676,9 тыс. леев или на 10,6%.

Детальное описание расходов основного фонда по подпрограммам представлено в следующей таблице.

Таблица 6. Эволюция расходов основного фонда в аспекте подпрограмм (2016-2017 годы)

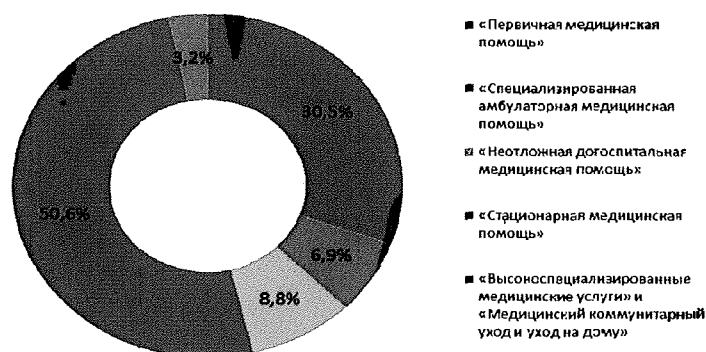
Наименование	План на 2017 г.		Выполнено в 2017 г.	Выполнено в 2017 г. в сравнении с уточнено		Выполнено в 2016 г.	Выполнено в 2017 г. в сравнении с 2016 г.	
	Утверждено на год	Уточнено на год		отклонения (+/-)	в %		отклонения (+/-)	в %
A	I	2	3	4=3-2	5=3/2	6	7=3-6	8=3/6
Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд), всего	6 054 911,5	6 170 311,5	6 162 918,7	-7 392,8	99,9%	5 570 241,8	592 676,9	110,6%
в том числе:								
Подпрограмма «Первичная медицинская помощь», в том числе компенсированные лекарства	1 882 576,6 522 431,3	1 882 576,6 523 859,3	1 876 706,5 523 859,3	-5 870,1 0,0	99,7% 100,0%	1 729 199,1 424 952,5	147 507,4 98 906,8	108,5% 123,3%
Подпрограмма «Специализированная амбулаторная медицинская помощь»	427 190,5	424 796,5	423 569,2	-1 227,3	99,7%	389 217,2	34 352,0	108,8%
Подпрограмма «Медицинский коммунальный уход и уход на дому»	9 220,6	9 220,6	9 203,3	-17,3	99,8%	8 697,2	506,1	105,8%
Подпрограмма «Неотложная догоспитальная медицинская помощь»	524 381,5	544 096,7	544 064,1	-32,6	100,0%	456 613,8	87 450,3	119,2%
Подпрограмма «Стационарная медицинская помощь»	3 027 433,6	3 118 118,4	3 118 110,8	-7,6	100,0%	2 827 659,5	290 451,3	110,3%
Подпрограмма «Высокоспециализированные медицинские услуги»	184 108,7	191 502,7	191 264,8	-237,9	99,9%	158 855,0	32 409,8	120,4%

Исполнение основного фонда ниже запланированного уровня (на 0,1% меньше годовых назначений) объясняется, с одной стороны, недостаточным использованием МСУ

денежных средств, предназначенных на покрытие расходов по вовлечению врачей-резидентов в оказание медицинских услуг, и невалидированию некоторых оказанных медицинских услуг, а также как следствие незаключения НКМС контрактов по оказанию медицинских услуг с центром здоровья дружественного молодежи, относящегося к МТА Буюкань и коммунитарными центрами психического здоровья из ЦЗ Фэлешть и ЦЗ Штефан-Водэ, в связи с тем, что в 2017 году они не были открыты, как было запланировано.

Доли подпрограмм, финансируемых из фонда на оплату текущих медицинских услуг (основной фонд), в общей сумме расходов данного фонда представлены в следующей диаграмме.

Диаграмма 7. Структура расходов по подпрограммам, финансируемым из основного фонда, 2017 год



Более половины финансовых средств, предназначенных для оплаты текущих медицинских услуг, - 50,6%, были выделены на реализацию подпрограммы «Стационарная медицинская помощь», а 30,5% - для подпрограммы «Первичная медицинская помощь», в том числе компенсированные лекарства. Остальные средства, которые составляют 18,9%, были использованы на покрытие затрат за услуги оказанные в рамках подпрограмм «Неотложная догоспитальная медицинская помощь» (8,8%), «Специализированная амбулаторная медицинская помощь» (6,9%), «Высокоспециализированные медицинские услуги» (3,1%) и «Медицинский коммунитарный уход и уход на дому» (0,1%).

Из общих расходов основного фонда, произведенных в 2017 году, самый значительный рост по сравнению с предыдущим годом, был зафиксирован по оказанию высокоспециализированных медицинских услуг – 20,4% и неотложной догоспитальной медицинской помощи – 19,2%.

Как было отмечено выше, наибольший удельный вес (50,6%) в расходах основного фонда относится к Подпрограмме «Стационарная медицинская помощь», на реализацию которой в отчетном году было предусмотрено 3 118 118,4 тыс. леев, которые были использованы практически в полном объеме (выполнено - 3 118 110,8 тыс. леев). Данные расходы на 290 451,3 тыс. леев или на 10,3% превысили расходы, произведенные в прошлом году.

Для оказания услуг по стационарной медицинской помощи в 2017 году были заключены контракты с 79 МСУ, в том числе: 15 республиканских, 10 муниципальных, 35 районных, 7 ведомственных и 12 частных.

Одним из основных принципов контрактирования услуг стационарной медицинской помощи является гарантирование доступности населения к медицинским услугам,

предусмотренным Единой программой ОМС, в том числе путем сокращения очередности/листа ожидания.

В целях повышения эффективности контрактирования и методов оплаты в рамках стационарной медицинской помощи, начиная с 2016 года пролеченные случаи были разделены на острые и хронические. Так, острые пролеченные случаи - это случаи краткосрочной продолжительности госпитализации, предоставляемые в рамках программ, а хронические пролеченные случаи - случаи, предоставляемые по профилям: гериатрия, реабилитация и паллиативная помощь в условиях хосписа.

Увеличение ассигнований и повышение эффективности методов оплаты в рамках стационарной медицинской помощи привело к увеличению числа пролеченных случаев в рамках специальных программ. Таким образом, если в 2015 году количество пролеченных случаев в рамках специальных программ составило 5 081, в 2017 г., увеличившись более чем в два раза, достигло уровня 11 680 пролеченных случаев.

Подробная сравнительная информация о количестве пролеченных случаев в рамках специальных программ в период 2015-2017 гг. представлена в следующей таблице.

Таблица 7. Эволюция количества пролеченных случаев предоставленных в рамках специальных программ (2015 – 2017 годы)

Наименование программы	2015 г.	2016 г.	2017 г.
<i>A</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Специальная программа «Оперативное лечение катаракты»	1 797	3 177	3 707
Специальная программа «Эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов»	803	867	1 021
Специальная программа «Интервенционная кардиология»	1 138	2 289	4 405
Специальная программа «Сосудистое протезирование»	125	346	395
Специальная программа «Эндоваскулярная хирургия»	202	301	550
Специальная программа «Кардиохирургия»	1 011	1 367	1 211
Специальная программа «Нейрохирургия переломов позвоночника»	5	178	249
Специальная программа «Педиатрическая интервенционная кардиология»	-	-	30
Специальная программа «Электрофизиологическое исследование и радиочастотная абляция»	-	-	112
Итого	5 081	8 525	11 680

В 2017 году из фондов ОМС было проведено 5 646 операций на сердце, на 1990 хирургических вмешательств больше чем в предыдущем году. Из общего числа, 4 405 - это миниинвазивное оперативное лечение взрослых, в случаях инфаркта миокарда, выполненных в рамках специальной программы «Интервенционная кардиология» (2016 г. – 2 289 операций), 1 211 - операции в рамках специальной программы «Кардиохирургия» (2016 г. – 1 367 операций) и 30 - миниинвазивное оперативное лечение врожденных пороков сердца у детей, в рамках программы «Педиатрическая интервенционная кардиология», выполненное впервые в Республике Молдова.

Для вышеупомянутых вмешательств, в контрактах на оказание медицинских услуг были предусмотрены средства в сумме 142 183,3 тыс. леев, на 28 761,7 тыс. леев больше по сравнению с 2016 годом. Дополнительно к оплате за „пролеченный случай”, были отдельно покрыты расходы на дорогостоящие расходные материалы в сумме 20 197,1 тыс. леев.

Также, в 2017 году, в рамках новой программы «Электрофизиологическое исследование и радиочастотная абляция» с использованием инновационного метода диагностики и лечения нарушений ритма сердца, из фондов ОМС было пролечено 112 случаев на сумму 592,0 тыс. леев.

В 2017 году возросло количество операций в рамках программы по эндопротезированию бедра и колена, достигнув числа 1 021 пролеченных случаев (2016 г. – 867 случаев) на сумму 15 618,0 тыс. леев. Дополнительно к оплате за „пролеченный случай”, были отдельно покрыты расходы на дорогостоящие расходные материалы в сумме 27 067,3 тыс. леев.

По сравнению с предыдущим годом, возросло и количество операций по поводу катаракты, финансируемые из фондов ОМС, число которых в 2017 году составляет 3 707 случаев (2016 г. – 3 177 случаев) на сумму 36 362,0 тыс. леев.

Также, из фондов ОМС были покрыты расходы на дорогостоящие хирургические вмешательства в рамках других специальных программ, законтрактированных НМСК. Так, в 2017 году, в рамках программ «Сосудистое протезирование», «Эндоваскулярная хирургия» и «Нейрохирургия переломов позвоночника» было выполнено в целом 1 194 хирургических вмешательства, на 369 случаев больше по сравнению с 2016 годом, когда было выполнено 825 операций.

По сравнению с 2016 годом, возросли затраты на приобретение дорогостоящих расходных материалов, используемых в процессе операций, выполняемых в рамках специальных программ, оплачиваемых из фондов ОМС отдельно, которые достигли значения в 66 586,9 тыс. леев. Данные расходы превысили аналогичные затраты, произведенные в предыдущем году (53 842,9 тыс. леев), на 12 744,9 тыс. леев или на 19,1%.

Начиная с 2014 года, в соответствии с положениями Единой программы, из фондов ОМС покрываются расходы по лечению путем трансплантации органов, тканей и клеток.

В 2017 году из фондов ОМС было оплачено 92 операции по трансплантации, в том числе: 12 – по трансплантации печени, 18 - по трансплантации почек и 62 - по трансплантации роговицы. По сравнению с 2016 годом количество законтрактированных операций по трансплантации возросло на 14 (2016 г. – 9 трансплантации печени, 22 трансплантации почек и 47 трансплантации роговицы). Стоимость такой операции составляет: трансплантация печени – 789 605 леев, трансплантация почек – 180 360 леев, трансплантация роговицы – 27 894 леев.

Для вышеупомянутых операций из фондов ОМС было выделено 14 451,2 тыс. леев, на 5 069,5 тыс. леев больше чем в 2016 году.

Помимо этого, из фондов ОМС было направлено 125 410,5 тыс. леев на покрытие затрат по предоставлению услуг диализа, что на 28 705,0 тыс. леев больше по сравнению с 2016 годом (96 705,5 тыс. леев). В процессе мониторинга оказанных услуг по диализу в МСУ, осуществленного НМСК на протяжении всего отчетного года, установлено осуществление 74 176 сеансов гемодиализа, на 14 767 больше по сравнению с 2016 годом.

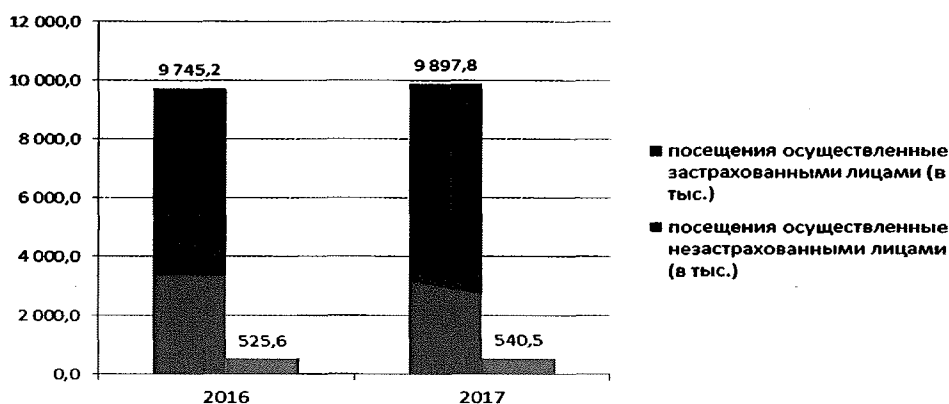
Начиная с 2017 года, в целях обеспечения доступа населения к медицинским услугам в области репродуктивного здоровья, из фондов ОМС финансируются процедуры экстракорпорального оплодотворения. С этой целью были заключены контракты с 3 частными МСУ для осуществления 30 процедур экстракорпорального оплодотворения на сумму 951,9 тыс. леев.

Второе место по объему затрат в основном фонде занимает Подпрограмма «Первичная медицинская помощь» (30,5%), на реализацию которой было выделено 1 882 576,6 тыс. леев, которые были использованы на 99,7% (1 876 706,5 тыс. леев) или на 5 870,1 тыс. леев меньше запланированного. Одновременно, данные затраты на 147 507,4 тыс. леев или на 8,5% превысили затраты, произведенные в предыдущем году.

Для оказания услуг по первичной медицинской помощи в 2017 году были заключены контракты с 281 МСУ, в том числе: 2 республиканских, 20 муниципальных, 238 районных 5 ведомственных и 16 частных.

В процессе мониторинга деятельности поставщиков услуг по первичной медицинской помощи было установлено, что в течении отчетного года, было осуществлено 9 897,8 тыс. посещений семейного врача застрахованными лицами и 540,5 тыс. посещений - незастрахованными лицами. Так, общее количество посещений, осуществленных в 2017 году составляет 10 438,3 тыс., что на 167,5 тыс. превышает количество посещений, зарегистрированных в предыдущем году.

Диаграмма 8. Эволюция количества посещений семейного врача (2016-2017 годы)



В рамках первичной медицинской помощи были также заключены контракты по оказанию услуг с 39 коммунитарными центрами психического здоровья и с 40 центрами дружественных молодежи, которые являются подразделениями центров здоровья. Предназначение данных центров является оказание медицинской помощи лицам с проблемами психического здоровья и их психосоциальная реабилитация, поддержка и посредничество в отношениях с семьей и сообществом, а также содействие снижению заболеваемости ВИЧ/СПИДом, снижение уровня нежелательной беременности и абортов, сокращение потребления наркотиков, злоупотребления алкоголем, психоэмоциональных расстройств среди молодежи.

Для оказания услуг по психосоциальному здоровью были выделены средства в сумме 22 370,4 тыс. леев и для услуг, предоставляемых Центрами Здоровья Дружественными к Молодежи средства в сумме - 20 512,3 тыс. леев.

В результате проведенного НМСК мониторинга было установлено, что на протяжении 2017 года в Центры Психического Здоровья было осуществлено более 261 тыс. посещений и более 102 тыс. посещений - в Центры Дружественными к Молодежи. Количество посещений, осуществленных в 2017 году превышает количество аналогичных посещений, зарегистрированных в 2016 году, на 6,4 тыс. и 21,5 тыс., соответственно.

Из общего объема финансовых средств, направленных на реализацию подпрограммы «Первичная медицинская помощь», 27,9% предназначены для покрытия стоимости частично/полностью компенсируемых медикаментов. Так, расходы на частично/полностью компенсируемые медикаменты выросли в 2017 году до 523 859,3 тыс. леев, увеличившись на 23,3% (98 906,8 тыс. леев) по сравнению с предыдущим годом.

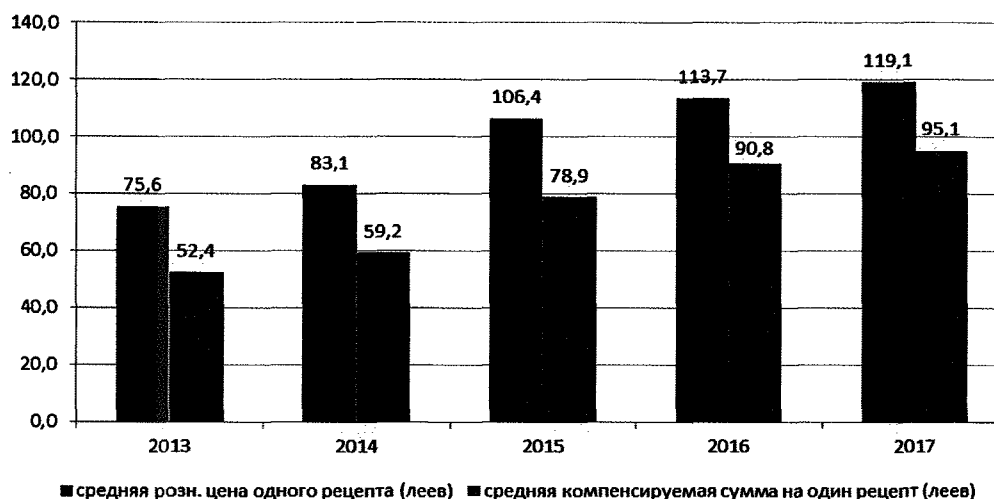
Увеличение в 2017 году объема ассигнований из фондов ОМС для компенсируемых медикаментов объясняется ростом числа бенефициаров компенсируемых медикаментов, а также обеспечением доступа к эпизодическому лечению с помощью компенсированных лекарств, осуществляемому в процедурных залах, дневных стационарах первичных МСУ и /или на дому.

В 2017 году выдача компенсируемых медикаментов осуществлялась 263 поставщиками фармацевтических услуг (с их филиалами), с которыми НМСК заключила соответствующие контракты.

Так, аптеками, законтрактованными НМСК, были отпущены медикаменты на основании 5 506,6 тыс. рецептов, что на 913,1 тыс. рецепта больше чем в 2016 году.

Одновременно, был отмечен рост средней розничной цены компенсируемых медикаментов в расчете на один рецепт и средней компенсируемой суммы в расчете на один рецепт, по сравнению с данными, зарегистрированными в 2016 году. Так, средняя розничная цена компенсируемых медикаментов на один рецепт выросла до 119,1 леев, по сравнению с 113,7 леев в предыдущем году, а средняя компенсируемая сумма на один рецепт составила 95,1 леев, в то время как в предыдущем году была равна 90,8 леев.

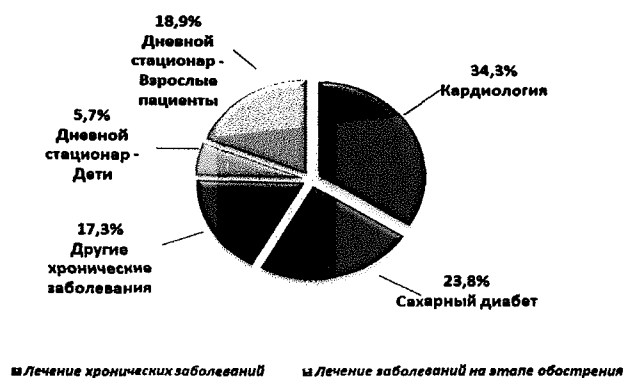
Диаграмма 9. Эволюция средней розничной цены и средней компенсируемой суммы в расчете на один рецепт (2013 – 2017 годы)



В 2017 году более 844 тыс. человек, на 136 тыс. больше чем в 2016 году, воспользовались компенсированными медикаментами, оплаченными из фондов ОМС.

Список компенсированных лекарств включает препараты для лечения хронических заболеваний, а начиная с 01 октября 2016 года, в систему компенсации были включены препараты для проведения лечения в дневных стационарах первичных МСУ (хронические заболевания в фазе обострения).

Диаграмма 10. Структура затрат на компенсируемые медикаменты, оплаченные из фондов ОМС в 2017 году



В структуре расходов на компенсируемые медикаменты, оплаченные из фондов ОМС основная доля приходится на лекарства, применяемые для лечения хронических заболеваний - 75,4%. Доля расходов на сердечно-сосудистые препараты из годового объема ассигнований на лекарства составила 34,3%, на препараты для лечения сахарного диабета – 23,8%, на долю остальных препаратов приходится в целом – 17,3%.

Так, на протяжении 2017 года более 414 тыс. человек воспользовались компенсированными препаратами для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, на 32 тыс. человек больше чем в 2016 году (2016 г. – 382 тыс. человек) и 96 тыс. человек воспользовались препаратами для лечения сахарного диабета (2016 г. – 93 тыс. человек).

Одновременно, 19 225 человек были обеспечены антидиабетическими препаратами в виде инъекций (человеческий инсулин) на общую сумму 57 460,9 тыс. леев. Финансирование данных препаратов осуществляется за счет трансфертов из государственного бюджета, предназначенных для реализации национальных программ по здравоохранению.

Как упоминалось выше, доля лекарств, используемых для лечения пациентов в дневном стационаре составляет 24,6% из годового объема ассигнований на лекарства, из которых: 18,9% - лекарства для лечения застрахованных лиц (взрослых) и 5,7% - лекарства, используемых для лечения детей в возрасте от 0 до 18 лет.

Данные препараты были компенсированы в среднем на 70% для застрахованных лиц (взрослых) и в размере 100% (в полном объеме) для детей в возрасте от 0 до 18 лет, в большинстве случаев назначение препаратов, необходимых для лечения острых вирусных респираторных инфекций, противокашлевые лекарственные средства, жаропонижающие средства, антибиотики.

Следует отметить, что в 2017 году доля медикаментов, компенсируемых в полном объеме (100%) из фондов ОМС составила около 58% из общего объема расходов на компенсируемые медикаменты. Следует уточнить, что в соответствии с существующим механизмом компенсации, в случае полностью компенсируемых лекарств, НМСК оплачивает любую цену лекарственного средства, выбранного пациентом в аптеке на основе предписанного активного вещества.

При реализации подпрограммы «Неотложная догоспитальная медицинская помощь», которая с 8,8% занимает третью позицию в качестве доли основного фонда, были использованы средства в сумме 544 064,1 тыс. леев или на уровне 100,0%. Данные затраты на 87 450,3 тыс. леев или на 19,2% превысили соответствующие затраты, произведенные в предыдущем году.

Услуги по неотложной догоспитальной медицинской помощи оказываются населению на всей обслуживаемой территории в непрерывном режиме, вне зависимости от предъявления страхового полиса, организуя по необходимости перемещение бригады и вне обслуживаемой территории.

Принимая во внимание приоритеты и политику Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты (МЗТСЗ) в этой области, единственным поставщиком догоспитальной неотложной медицинской помощи является Национальный центр догоспитальной скорой медицинской помощи, который обладает достаточным потенциалом для предоставления соответствующих услуг всему населению республики.

На протяжении 2017 года службой неотложной догоспитальной медицинской помощи было обслужено около 877,6 тыс. вызовов.

Подпрограмма «Специализированная амбулаторная медицинская помощь», доля которой составляет 6,9% от расходов основного фонда, была реализована на уровне 99,7%, при этом было израсходовано 423 569,2 тыс. леев или на 1 227,3 тыс. леев меньше по сравнению с годовыми назначениями. Одновременно, расходы на специализированную амбулаторную медицинскую помощь увеличились на 34 352,0 тыс. леев или на 8,8% по сравнению с предыдущим годом.

Для оказания услуг по специализированной амбулаторной медицинской помощи в 2017 году были заключены контракты со 121 МСУ, в том числе: 17 республиканских, 21 муниципальных, 64 районных 5 ведомственных и 14 частных.

На протяжении отчетного года застрахованным лицам были оказаны услуги в течение свыше 6 649 тыс. консультативных посещений, предоставленные врачами-специалистами, в том числе около 684,9 тыс. посещений – в рамках стоматологической медицинской помощи.

Помимо этого, в рамках специализированной амбулаторной медицинской помощи было выделено 13 228,6 тыс. леев на покрытие расходов по питанию и транспорту от/к дому больным туберкулезом. Данная сумма на 1 505,1 тыс. леев превышает сумму, выделенную на те же цели в 2016 году.

Начиная с июня 2016 года, в результате изменения Единой программы ОМС, услуги по раннему вмешательству у детей (от рождения до 3 лет) со специальными потребностями/ пороками развития и повышенного риска были включены в Единую программу ОМС.

В 2017 году, с целью оказания соответствующих медицинских услуг, были заключены контракты с 2 МСУ и выделена сумма в 775,0 тыс. леев. На протяжении отчетного года было предоставлено 4,6 тыс. услуг по раннему вмешательству.

Подпрограмма «Высокоспециализированные медицинские услуги» в 2017 году составила 3,1% от расходов основного фонда. Средства, используемые для ее реализации составляют 191 264,8 тыс. леев, а уровень исполнения - 99,9% по сравнению с годовыми назначениями. Одновременно, данные расходы превышают на 32 409,8 тыс. леев или на 20,4% расходы, произведенные в предыдущем году.

Для оказания высокоспециализированных медицинских услуг в 2017 году были заключены контракты с 46 МСУ, в том числе: 8 республиканских, 5 муниципальных, 2 ведомственных и 31 частное.

Для реализации Программы инициирования противовирусного лечения хронического вирусного гепатита и цирроза печени В, С, D, в целях обеспечения доступа застрахованным лицам к высокоэффективным медицинским услугам, было законтрактировано 5 медицинских учреждений, соответственно зонам: Север (1), Центр (3) и Юг (1). Для реализации данной программы из фондов ОМС было выделено 18 200,9 тыс. леев на предоставление 22,1 тыс. услуг, полностью оплаченных из средств фондов ОМС.

Количество высокоспециализированных исследований, оказанных в 2017 году, составило 599,1 тыс., на 83,2 тыс. больше по сравнению с предыдущим годом.

В рамках реализации подпрограммы «Медицинский коммунитарный уход и уход на дому», которой в расходах основного фонда соответствует доля в 0,1%, было использовано 9 203,3 тыс. леев, что составляет 99,8% или на 17,3 тыс. леев меньше годовых назначений. Одновременно, по сравнению с предыдущим годом, данные расходы выросли на 506,1 тыс. леев или на 5,8%.

Услуги по медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому предоставляются авторизованными поставщиками, с которыми НМСК заключила контракты по оказанию медицинских услуг, в случае хронических заболеваний на поздних стадиях (последствия инсульта, болезни в терминальной стадии, переломы шейки бедренной кости и пр.) и/или после больших хирургических вмешательств, согласно рекомендациям семейного врача или профильного специалиста больничного или амбулаторного отделений. Финансовое покрытие данных услуг позволило увеличить доступ престарелых, одиноких и инвалидов к этому виду медико-социальной помощи, рекомендуемой ВОЗ.

В 2017 году, с целью предоставления услуг по медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому людям с определенным уровнем зависимости и ограниченными возможностями передвижения в МСУ, в рамках системы ОМС были заключены контракты с 143 МСУ, в том числе: 131 публичных и 12 частных.

На протяжении отчетного года поставщиками услуг по медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому было осуществлено 53,9 тыс. посещений, в том числе 15,7 тыс. оказанных на дому мобильной командой.

На конец 2017 года дебиторская задолженность составила 857,5 тыс. леев, а кредиторская задолженность НМСК по оплате законтрактированных медицинских и фармацевтических услуг составила 18 627,0 тыс. леев, из которых 18 427,1 тыс. леев представляет собой задолженность перед фармацевтическими учреждениями по отпуску компенсированных лекарственных средств в период 21-31 декабря 2017 и 199,9 тыс. леев – задолженность перед МСУ, которые представили свои счета за услуги в декабре 2017 года с опозданием. Данные задолженности были оплачены НМСК в январе 2018 года.

С целью обеспечения соблюдения МСУ и фармацевтическими учреждениями, включенными в систему ОМС, условий контрактов, заключенных с НМСК, их деятельность была оценена подразделением оценки и мониторинга НМСК, основными задачами которой являются:

- оценка соответствия объема, сроков, качества и стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, положениям договора о предоставлении медицинской помощи (медицинских услуг);
- оценка эффективности и целевого использования средств, полученных из фондов ОМС;
- проверка обеспечения доступа застрахованных лиц к медицинским услугам предусмотренным в Единой программе ОМС;

- о рассмотрение жалоб и заявлений, поступающих от застрахованных лиц, решение, в рамках компетенции, указанных проблем.

В целях мониторинга объема и качества оказываемых медицинских услуг, а также использования денежных средств, поступивших из фондов ОМС в 2017 году было осуществлено 353 оценки у поставщиков медицинских и фармацевтических услуг, которые включают тематические оценки, оценки по переоценке случаев в системе Диагностических групп (DRG), и оценки, связанные с рассмотрением полученных в адрес НМСК петиций и по запросу других органов.

В 2017 году, в процессе в плановых оценок, оценивался период 2016 года, за исключением услуг первичной медицинской помощи, где были оценены и показатели эффективности, качество медицинских услуг с точки зрения доступа для всех лиц, имеющих право на компенсируемые лекарства, включая процесс организации эпизодического лечения, в соответствии со схемами лечения, обеспечение медикаментами и расходными материалами, за 2016 год и частично за 2017 год. Оценке были подвергнуты 267 МСУ, что составляет 61,4% из общего числа учреждений, с которыми были заключены договора.

В результате проведенных оценок были установлены нарушения по ненадлежащему отражению в отчетности количества выполненных услуг, а так же услуг, не соответствующих установленному уровню объема и качества, на общую сумму 12 755,6 тыс. леев. Данные услуги были признаны недействительными, а их стоимость была вычтена из финансирования. По сравнению с 2016 годом, сумма услуг, признанных недействительными, увеличилась на 3 797,2 тыс. леев.

Таблица 8. Эволюция объема медицинских услуг, признанных недействительными, по видам услуг (2016–2017 годы)

Виды оцененных медицинских услуг	(тыс. леев)	
	Сумма услуг признанных недействительными в 2016 г.	Сумма услуг признанных недействительными в 2017 г.
Первичная медицинская помощь	1 157,0	4 391,0
Специализированная амбулаторная медицинская помощь	22,8	1 858,8
Стационарная медицинская помощь	6 928,3	5 753,9
Высокоспециализированные медицинские услуги	809,7	751,9
Медицинский коммуитарный уход и уход на дому	40,6	0,0
ИТОГО	8 958,4	12 755,6

Как и в предыдущем году, в 2017 г. причины, по которым услуги в рамках первичной медицинской помощи могут быть признаны недействительными, - это: неаргументированная выдача рецептов на компенсируемые медикаменты; необоснованные направления на высокоспециализированные исследования; предоставление ошибочных данных в отчетах о показателях эффективности; ограничение доступа застрахованных лиц к лабораторным услугам и компенсируемым медикаментам, а в рамках стационарной медицинской помощи: недолеченные случаи; необоснованная госпитализация; полная или частичная оплата медицинских услуг застрахованными лицами.

Помимо этого, с внедрением механизма оплаты на основании системы DRG (Case-Mix) в больничных МСУ, деятельность НМСК по оценке ориентирована и на соблюдение правил кодирования, с целью предотвращения чрезмерного кодирования, которое порождает

необоснованные расходы для НМСК и может включать в себя дополнительные финансовые риски.

Так, на протяжении 2017 года, были выполнены оценки кодирования клинического процесса, посредством аудита кодирования в 19 больничных МСУ с которыми НМСК заключила контракты, в том числе: 1 республиканском, 1 ведомственном, 4 муниципальных и 13 районных.

Всего было проверено 950 медицинских карточек пациентов в больнице. В результате было установлено, что первичный диагноз был правильно закодирован в 768 или 80,8% случаях и неверно - в 182 или 19,2% случаях. Общий финансовый ущерб из-за клинического кодирования заболеваний и медицинских процедур с несоблюдением Стандартов и правил кодирования по 19 МСУ, на которых был осуществлен аудит, составил 1 048,7 тыс. леев.

Одновременно, в рамках оценки законности и эффективности использования МСУ финансовых средств, поступивших из фондов ОМС, были выявлены нарушения, касающиеся использования финансовых средств в целях, не связанных с выполнением Единой программы и двухстороннего контракта, заключенного с НМСК, а так же их использования с нарушением действующих законодательных и нормативных актов на общую сумму 7 218,5 тыс. леев, на которые была начислена пеня в размере 1 738,7 тыс. леев. Также, было выявлено отвлечение финансовых средств фондов ОМС вследствие необоснованно выписанных компенсируемых медикаментов в сумме 40,4 тыс. леев.

Согласно распоряжениям, принятым группами по оценке в составе НМСК, МСУ были предъявлены законные требования, обязывающие их вернуть отвлеченные а из фондов ОМС финансовые средства за счет прочих доходов.

На протяжении 2017 года, на счет НМСК были возвращены отвлеченные средства в сумме 6 001,8 тыс. леев и перечислена пеня в сумме 864,7 тыс. леев, а средства в сумме 40,4 тыс. леев, отвлеченные вследствие необоснованно выписанных компенсируемых медикаментов, были вычтены из последующего финансирования.

➤ Достижение показателей эффективности по подпрограммам фонда оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)

Подпрограмма «Неотложная догоспитальная медицинская помощь» осуществляется службой неотложной медицинской помощи согласно контрактам, заключенным с НМСК. Цель подпрограммы: повышение качества предоставляемых услуг по неотложной медицинской помощи для всех категорий населения, которые в ней нуждаются. Задача: уменьшение расхождений между диагнозом догоспитальной медицинской помощи (НДМП) и установленным клиническим диагнозом.

Уровень совпадения диагноза НДМП и установленным клиническим диагнозом, был на уровне предусмотренного на 2017 год. Одновременно, количество вызовов уменьшилось по сравнению с запланированным в связи с уменьшением количества обращений. Для обеспечения максимально широкого доступа населения к НДМП, НМСК оплачивает услуги по оказанию данного вида помощи населению вне зависимости от статуса человека в системе ОМС (застрахованный или незастрахованный).

Подпрограмма «Первичная медицинская помощь» подразумевает предоставление медицинских услуг МСУ на основе принципа семейной медицины согласно контрактам, заключенным с НМСК. Цель подпрограммы: доступ к качественной первичной

медицинской помощи для всех граждан. Задача: обеспечение доступа к качественным медицинским услугам в первичной медико-санитарной помощи для всех граждан.

В 2017 году, доля суммы законтрактированной на основе показателей эффективности в общей законтрактированной сумме составила 15%, что соответствует плану. Было отмечено увеличение числа профилактических визитов и улучшение качества услуг. Одновременно, общее количество посещений семейного врача сократилось на 3,2% в связи с уменьшением количества данных обращений. Нехватка персонала отражается на доступности медицинских услуг.

Подпрограмма «Специализированная амбулаторная медицинская помощь» осуществляется МСУ, предоставляющих специализированную амбулаторную помощь, согласно контрактам, заключенным с НМСК. Цель подпрограммы: доступ к качественным услугам специализированной амбулаторной медицинской помощи для застрахованных лиц. Задачи: обеспечение доступа, по меньшей мере, к 20 услугам специализированной амбулаторной помощи предоставляемой МСУ, расположенными в районах РМ и увеличение амбулаторных посещений на одного застраховано.

В 2017 году, вторая задача была реализована, а задача по обеспечению доступа, по меньшей мере, к 20 услугам специализированной амбулаторной помощи, предоставляемым МСУ, расположенными в районах РМ, не была выполнена по причине отсутствия в территории необходимого количества врачей-специалистов (кардиологов, гастроэнтерологов, гериатристов, педиатров). Количество амбулаторных посещений, по сравнению с запланированными, было увеличено примерно на 79 тыс. Одновременно, только 12 районных МСУ, из 16 запланированных, предлагает не менее 20 амбулаторных специальностей, доля данных МСУ составляет 33,3% (запланировано 46%).

Подпрограмма «Стационарная медицинская помощь» подразумевает предоставление медицинских услуг населению в больницах, согласно контрактам, заключенным с НМСК. Цель подпрограммы: доступ к качественной больничной помощи для застрахованных лиц. Задачи: достичь уровня в 450 тысяч случаев острой госпитализации (пролеченных случаев) в год, до 2020 года; сокращение средней продолжительности госпитализации при острых пролеченных случаях до 2020 года на 9% по сравнению с 2015 годом.

Степень реализации целей является удовлетворительной. В 2017 году, сократилась средняя продолжительность случаев острой госпитализации, и составляет 6,95 дней по сравнению с 7,5 запланированными, а количество острых пролеченных случаев достигло 452 тыс. госпитализаций. Таким образом, общее количество дней госпитализации (острых) признанных действительными, включая дневную хирургию составило 3 377,6 тыс. или на примерно 185 тыс. меньше по сравнению с количеством запланированных дней. Соответственно, была уменьшена средняя стоимость за один острый пролеченный случай, признанный действительным. Одновременно, было увеличено количество пролеченных хронических случаев. Учитывая тенденцию по уменьшению количества острых пролеченных случаев и средней продолжительности госпитализации острых пролеченных случаев до 2020 года цели будут достигнуты.

Подпрограмма «Высокоспециализированные медицинские услуги» подразумевает предоставление МСУ высокоспециализированных медицинских услуг, согласно контрактам, заключенным с НМСК. Цель подпрограммы: доступ к высокоспециализированной медицинской помощи застрахованным лицам. Задача: пересмотр списка высокоспециализированных услуг до 2020 года, с сохранением только высокоспециализированных.

В 2017 году, цель по количеству позиций в списке высокоспециализированных услуг была выполнена на запланированном уровне, а сокращение на 1% (599 тыс. по сравнению с 605 тыс.) по сравнению с планом количества высокоспециализированных услуг является результатом спроса на более дорогие услуги со стороны населения, в условиях существования ограниченного бюджета.

Подпрограмма «Медицинский коммунитарный уход и уход на дому» подразумевает услуги, предоставляемые МСУ, включая ассоциации и организации, имеющие лицензию и разрешение на предоставление услуг по медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому, согласно контрактам, заключенным с НМСК. Цель подпрограммы: доступ к услугам по медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому для застрахованных лиц, которые в них нуждаются. Задача: увеличение количества услуг по медицинскому уходу на дому для застрахованных лиц, которые в них нуждаются.

В 2017 году, количество услуг по медицинскому уходу на дому (МУД), оказанных застрахованным лицам меньше утвержденного, из-за увеличения тарифов за одно посещение, в условиях ограниченности данных расходов. Так, количество посещений по медицинскому уходу на дому составило 64,4 тыс. по сравнению с запланированными 84,7 тыс.

На 2018 год, чтобы достичь цели увеличения количества услуг, были дополнительно заключены контракты с 11 МСУ, предоставляющими услуги по МУД.

4.2 Расходы фонда профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания)

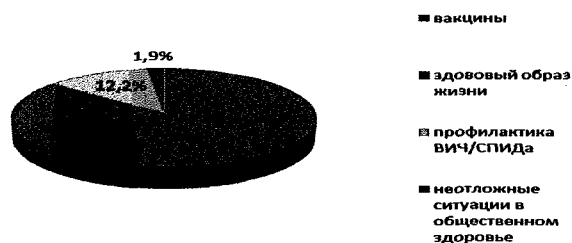
Финансовые средства, накопленные в фонде профилактических мероприятий, предназначенные для реализации подпрограммы «Национальные и специальные программы в области здравоохранения» используются для покрытия расходов, связанных преимущественно с:

- выполнением мероприятий по снижению рисков заболевания, включая иммунизацию и другие методы первичной и вторичной профилактики;
- осуществлением профилактических обследований (скринингов) в целях раннего выявления заболеваний;
- финансирование мероприятий и деятельности по внедрению здорового образа жизни;
- закупкой на основании постановления Правительства медицинских изделий, оборудования, лекарств и расходных материалов для реализации мероприятий по снижению риска заболеваний и по лечению в случае режима неотложной ситуации в общественном здоровье;
- другими видами деятельности по профилактике и предупреждению рисков заболевания, принятыми к финансированию на основании проектов, в соответствии с положением, утвержденным МЗТСЗ и НМСК.

В 2017 году, из фонда профилактических мероприятий было произведено расходов на сумму **6 000,0 тыс. леев**, что соответствует годовым назначениям. По сравнению с 2016 годом, расходы данного фонда увеличились на 3 489,9 тыс. леев, превысив, таким образом, более чем в два раза денежные средства, израсходованные в предыдущем году (2 510,1 тыс. леев).

Диаграмма 11. Структура затрат из фонда профилактических мероприятий

произведенных в 2017 году



Из суммы произведенных расходов, наибольшая доля – в 69,9%, приходится на раздел *Выполнение мероприятий по снижению рисков заболевания, включая иммунизацию и другие методы первичной и вторичной профилактики* в рамках которого были приобретены вакцины на общую сумму в 4 189,8 тыс. леев, в том числе:

- вакцина против гепатита А в сумме 2 347,2 тыс. леев;
- вакцина против бешенства в сумме 1 727,9 тыс. леев;
- иммуноглобулин против бешенства в сумме 114,7 тыс. леев.

В разделе *Финансирование мероприятий и деятельности по внедрению здорового образа жизни*, средства в сумме 960,9 тыс. леев, что соответствует 16,0% в расходах данного фонда, были использованы для оплаты печатных информационных материалов, относящихся к поддержанию и пропаганде здорового образа жизни.

В разделе *Закупки на основании постановления Правительства медицинских изделий, оборудования, лекарств и расходных материалов для реализации мероприятий по снижению риска заболеваний и по лечению в случае режима неотложной ситуации в общественном здоровье*, в соответствии с Постановлением Правительства № 889 от 23.10.2014 были приобретены педиатрические кровати на сумму 115,5 тыс. леев, что составляет 1,9% в расходах фонда профилактических мероприятий.

При реализации действий по разделу *Другие виды деятельности по профилактике и предупреждению рисков заболевания, принятыми к финансированию на основании проектов, в соответствии с положением, утвержденным МЗТСЗ и НМСК* были использованы средства в размере 733,8 тыс. леев, что соответствует 12,2% в расходах фонда, на финансирование двух проектов:

- проект «Предотвращение ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем в среде потребителей инъекционных наркотиков из города Бельцы в рамках Стратегии снижения риска» в сумме 548,9 тыс. леев;
- проект «Услуги по снижению рисков с точки зрения доступности и прозрачности», в сумме 184,9 тыс. леев.

Действие вышеупомянутых проектов не было завершено в 2017 году, в связи с чем, финансирование будет продолжено в следующем году.

➤ Достижение показателей эффективности

Цель подпрограммы «Национальные и специальные программы в области здравоохранения»: укрепленное здоровье общества и повышение качества жизни

пациентов, нуждающихся в особом медицинском обслуживании. Задача: совершенствование и улучшение доступа населения к специальным медицинским услугам.

Достижение показателей, запланированных для достижения цели, характеризуется следующим. Число людей из групп риска, которые воспользовались вакцинацией, финансируемой АОАМ, снизилась до 21,4 тыс. человек по сравнению с утвержденными 120,0 тыс. человек. Соответственно, их доля в общем числе лиц в группах риска также уменьшилась. Это связано с тем, что приобретение антигриппозной вакцины было запланировано из средств фонда профилактических мероприятий, но эта вакцина была передана Республике Молдова в качестве гуманитарного пожертвования. Одновременно, количество информационных материалов, касающихся поддержания и пропаганды здорового образа жизни составило 452 тыс. и было увеличено на 331 тыс. по сравнению с запланированным количеством. Эти материалы были распространены по всей стране, по этой причине соответствующие учебные семинары для медицинского и немедицинского персонала, детей в школьных учебных заведениях не проводились.

По сравнению с 2016 годом наблюдается положительная динамика исполнения фонда профилактических мероприятий. Таким образом, путем утверждения Положения о способе финансирования из фонда профилактических мероприятий на основе проектов, касающихся мероприятий по профилактике и предотвращению рисков для здоровья, утвержденных совместным приказом МЗТСЗ и НМСК № 286/154-А от 11.04.2017 года расширен спектр мер (задач) в области общественного здравоохранения.

4.3 Расходы резервного фонда обязательного медицинского страхования

Финансовые средства, накопленные в резервном фонде ОМС, предназначенные для реализации подпрограммы «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования» используется для следующих целей:

- покрытия дополнительных расходов, связанных с заболеваниями и неотложными случаями, годовой уровень которых превышает средний показатель, рассчитанный в Единой программе на соответствующий год;
- компенсации разницы между фактическими расходами, связанными с оплатой текущих медицинских услуг, и накопленными взносами (ожидаемыми доходами) в основном фонде.

В 2017 году в резервном фонде ОМС было предусмотрено 45 701,9 тыс. леев, однако из-за того, что в течение отчетного года не было ситуаций, требующих финансирования из резервного фонда АОАМ, соответствующие средства не были использованы.

➤ Достижение показателей эффективности

Цель подпрограммы «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования»: улучшение здоровья населения путем покрытия дополнительных расходов, связанных с заболеваниями и неотложными случаями или компенсации разницы между фактическими расходами, связанными с оплатой текущих медицинских услуг, и накопленными взносами (ожидаемыми доходами) в основном фонде. Задача: достижение 100% - ого уровня компенсации разницы между фактическими расходами, связанными с оплатой текущих медицинских услуг, и накопленными в основном фонде ОМС взносами. Для достижения этой цели были запланированы следующие показатели: покрытие дополнительных расходов, связанных с предоставлением текущих медицинских услуг из ресурсов резервного фонда и произести расходов на сумму 50 702,0 тыс. леев. В 2017 году

все случаи связанных с заболеваниями и неотложными случаями, были покрыты за счет средств, предусмотренных в основном фонде, без использования ресурсов резервного фонда. Средства резервного фонда используются строго в соответствии с назначениями, предусмотренными Положением о порядке создания фондов обязательного медицинского страхования и управления ими № 594 от 14 мая 2002 г., в случае возникновения соответствующих ситуаций. В то же время, в 2017 году не было никаких заболеваний и неотложных случаев, годовой уровень которых превышает средний показатель, а план накопления доходов фондов ОМС был выполнен.

4.4 Расходы фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг

Финансовые средства, накопленные в фонде развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг (в дальнейшем – фонд развития) предназначены для реализации подпрограммы «Развитие и модернизация учреждений системы здравоохранения», цель которой улучшение качества медицинских услуг, эффективности и отдачи учреждений и используются преимущественно для:

- покупки высокопроизводительного медицинского оборудования и транспортных средств;
- внедрения новых технологий обогрева и водоснабжения, переработки медицинских отходов;
- модернизации и оптимизации зданий и инфраструктуры;
- внедрения новых информационных систем и технологий.

Выделение средств из фонда развития осуществляется в результате проведения конкурсов по отбору инвестиционных проектов, представленных публичными МСУ, входящими в систему ОМС, а критерии отбора утверждены Специализированной комиссией по отбору и оценке инвестиционных проектов, финансируемых фондом ОМС, в строгом соответствии с целями и приоритетами финансирования, установленными Координационным советом инвестиционных проектов, созданным совместным приказом МЗТСЗ и НМСК № 729/495 от 22.09.2016 «Об учреждении Координационного совета и утверждении Положения о критериях и способе отбора и осуществления инвестиционных проектов из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг».

Таким образом, приоритеты финансирования из фонда развития на 2017 год были следующими:

- ✓ реформирование системы диспетчеризации путем ее регионализации и интеграции с аналогичными системами пожаротушения, на уровне пожарных бригад;
- ✓ оборудование некоторых машин скорой помощи, с целью сделать их мобильными отделениями интенсивной терапии;
- ✓ укрепление первичной медицинской помощи;
- ✓ укрепление стационарной медицинской помощи.

В то же время приоритет отдавался и тем учреждениям, проекты которых представляют собой преимущество проектов, осуществляемых при поддержке НМСК ранее.

Основываясь на установленных критериях отбора, в 2017 году НМСК были заключены контракты на финансирование 24 инвестиционных проектов с публичными МСУ, из

которых: 10 проектов по ремонту ИМС, 7 проектов по закупке медицинского оборудования, 1 проект, ориентированный на развитие единой системы диспетчеризации, в целях внедрения межведомственной программы для обеспечения взаимодействия между Единой Национальной службой по экстренным вызовам 112 и специализированным услугам СМП, 1 проект по обеспечению автономной электроэнергией в чрезвычайных ситуациях и 5 проектов, по завершению строительных работ, начатых на основе проектов, финансируемых НМСК в предыдущие годы.

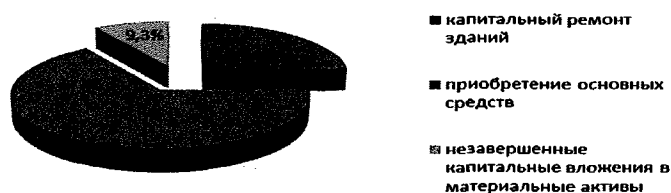
В отчетном году из фонда развития было произведено расходов на сумму 18 584,7 тыс. леев, что на 6 015,3 тыс. леев меньше или на уровне 75,5% от годовых назначений, наибольшая часть расходов была направлена на оснащение публичных МСУ медицинским оборудованием и приборами. По сравнению с 2016, затраты увеличились на 5 784,4 тыс. леев или на 45,2%.

Финансовые средства фонда развития соответственно целям их использования были распределены следующим образом:

- на модернизацию зданий и инфраструктуры (ремонт зданий) - 4 589,2 тыс. леев;
- на приобретение основных средств (приобретение оборудования для оснащения Единой диспетчерской системы службы СМП, медицинских приборов и прочее) - 12 271,1 тыс. леев;
- для строительных работ (завершение строительных работ, начатых на основе проектов, финансируемых НМСК в предыдущие годы) – 1 724,4 тыс. леев.

Доля расходов из фонда развития по областям использования показана в следующей диаграмме.

Диаграмма 12. Структура затрат из фонда развития, 2017 год



Частичное использование, на уровне 75,5% от годовых назначений, средств фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг вызвано, в основном, задержкой в процедурах закупок медицинских приборов, что привело к увеличению сроков реализации некоторых проектов, которые будут финансироваться в течение 2018 года.

➤ **Достижение показателей эффективности**

Цель подпрограммы «Развитие и модернизация учреждений системы здравоохранения»: укрепленная материально-техническая база МСУ. Задачи: увеличение доли публичных МСУ, предоставляющих медицинские услуги, получающие средства из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг в общем числе публичных МСУ, по меньшей мере на 5 процентных пункта в год к 2020 году, и увеличение числа публичных МСУ, оснащенных оборудованием, по меньшей мере на 5 процентных пунктов в год к 2020 году.

В 2017 году, доля публичных МСУ, которые воспользовались средствами фонда развития составила 6% из общего числа публичных МСУ, по сравнению с запланированными 3%; 10 учреждений были реконструированы (отремонтированы) по сравнению с 4 согласно плану; количество учреждений, оснащенных оборудованием составило 7, согласно плану - 5. Выполнение этих показателей демонстрирует реализацию задач подпрограммы. В то же время, расходы из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг были выполнены на уровне 75% и, соответственно, доля публичных МСУ, воспользовавшихся средствами фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг для приобретения оборудования, составила 32% из общего числа выигравших МСУ, по сравнению с запланированными 55%, что связано с задержками в процедурах государственных закупок.

4.5 Расходы фонда управления системой обязательного медицинского страхования

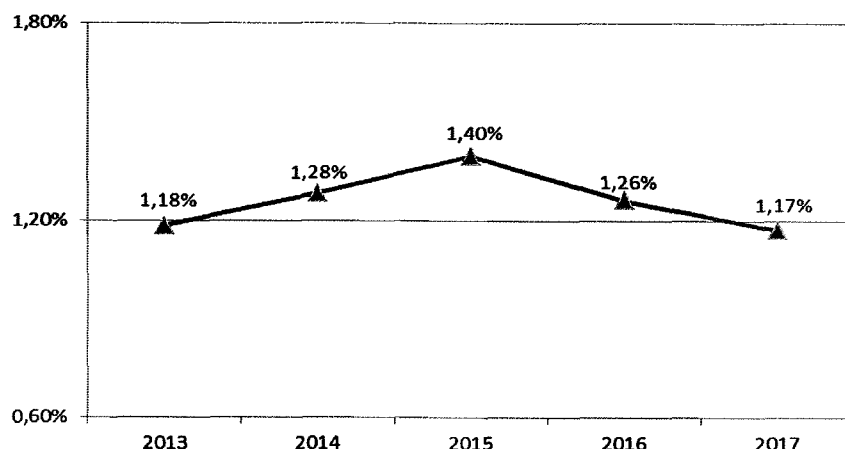
Согласно действующему законодательству, денежные средства, накопленные в фонде управления системой ОМС, предназначенные для реализации подпрограммы «Управление фондами обязательного медицинского страхования», используется для:

- обеспечения печати бланков рецептов для компенсируемых медикаментов и полюсов;
- поддержания и развития информационной системы и организационной инфраструктуры;
- проведения кампаний по информированию населения о системе ОМС;
- оценки качества медицинских услуг и соответствующих экспертиз;
- оплаты труда работников НМСК и территориальных агентств;
- операционных расходов;
- хозяйственных и канцелярских расходов;
- приобретения основных средств и необходимого оборудования с осуществлением амортизационных отчислений;
- покрытия командировочных расходов;
- подготовки и усовершенствования кадров;
- других видов деятельности, связанных с управлением НМСК.

Согласно нормативу, предусмотренному законодательством, для расходов фонда управления системой ОМС предусмотрено направление до 2,0% доходов, поступающих на единый счет НМСК. Однако, на протяжении целого ряда лет, в том числе последних пяти лет, доля этих расходов сохраняется на уровне, не превышающем 1,4% (2015 год) накопленных доходов.

Графическая иллюстрация эволюции доли расходов из фонда управления за последние пять лет представлена в нижеследующей диаграмме.

Диаграмма 13. Эволюция доли расходов фонда управления системой ОМС в общем объеме накопленных доходов (2013 – 2017 годы)



Из данных диаграммы видно, что в 2017 году доля расходов фонда управления системой ОМС составила 1,17% от суммы накопленных доходов, таким образом уровень снизился на 0,09 процентных пункта по сравнению с уровнем зарегистрированным в 2016 году (1,26%) и на 0,23 процентных пункта – по сравнению с уровнем зарегистрированным в 2015 году (1,40%).

В 2017 году, расходы фонда управления системой ОМС были исполнены в сумме **73 319,0 тыс. леев** или на уровне 98,0%, что на 1 518,9 тыс. леев меньше по сравнению с годовыми назначениями. В сравнение с предыдущим годом расходы из фонда управления возрасли на 564,7 тыс. леев или на 0,8%.

Подробное описание исполнения фонда управления по статьям расходов представлено в нижеследующей таблице.

Таблица 9. Структура расходов фонда управления системой ОМС (2016-2017 годы)

(тыс. лев)								
Наименование	План на 2017 г.		Выполнено в 2017 г.	Выполнено в 2017 г. в сравнении с уточнено		Выполнено в 2016 г.	Выполнено в 2017 г. в сравнении с 2016 г.	
	Утверждено на год	Уточнено на год		отклонения (+/-)	в %		отклонения (+/-)	в %
A	1	2	3	4=3-2	5=3/2	6	7=3-6	8=3/6
Расходы и нефинансовые активы, total	78 837,9	74 837,9	73 319,0	-1 518,9	98,0%	72 754,3	564,7	100,8%
расходы	72 073,6	70 724,0	69 473,2	-1 250,8	98,2%	66 328,3	3 144,9	104,7%
в том числе:								
расходы на персонал	58 871,7	58 871,7	58 796,7	-75,0	99,9%	58 800,6	-3,9	100,0%
товары и услуги	12 841,9	11 352,3	10 179,6	-1 172,7	89,7%	7 155,3	3 024,3	142,3%
социальные выплаты	360,0	500,0	496,9	-3,1	99,4%	372,4	124,5	133,4%
нефинансовые активы	6 764,3	4 113,9	3 845,8	-268,1	93,5%	6 426,0	-2 580,2	59,8%
в том числе:								
основные средства	5 330,4	2 960,0	2 704,9	-255,1	91,4%	5 081,3	-2 376,4	53,2%
запасы оборотных материалов	1 433,9	1 153,9	1 140,9	-13,0	98,9%	1 344,7	-203,8	84,8%

Наибольшая доля расходов фонда управления системой ОМС приходится на расходы на персонал - 80,2%, после чего расходы на товары и услуги – 13,9%, за которыми следуют расходы на приобретение основных средств – 3,7%, расходы на оборотные материалы – 1,5% и социальные выплаты – 0,7%.

Расходы на приобретение товаров и услуг, которые равняются 10 179,6 тыс. леев, включают: расходы на проведение кампаний по информированию населения о системе ОМС, на типографские услуги (печать бланков рецептов для компенсируемых медикаментов и полюсов), текущие расходы по содержанию, на поддержание и развитие информационных систем и пр.

На приобретение нефинансовых активов, которые составили 5,2% от фонда управления системой ОМС, было израсходовано 3 845,8 тыс. леев, в том числе на основные средства – 2 704,9 тыс. леев и на оборотные материалы – 1 140,9 тыс. леев.

Согласно утвержденному штатному расписанию, на конец 2017 года в НМСК числилось 295 единиц, в том числе технический персонал, из которых заполнено 278,5 должностей. Фактические расходы на оплату труда работников НМСК составили 46 527,0 тыс. леев, а среднемесячная заработная плата (начисленная) – 12 825,8 леев.

На всем протяжении деятельности НМСК, в том числе за последние пять лет, отмечается выраженная тенденция по увеличению суммы доходов фондов ОМС, управляемых НМСК (2013 год – 4 161 007,6 тыс. леев, 2017 год - **6 256 635,3 тыс. леев**), количества МСУ и фармацевтических учреждений, с которыми был заключен договор (2013 год – 590, 2017 год - **698**), количества оплаченных рецептов на компенсируемые медикаменты (2013 год – 3 120 779, 2017 год - **5 506 631**), доли застрахованных лиц (2013 год – 83,2%, 2017 год - **86,9%**).

Одновременно с ростом объема основных показателей системы ОМС, возрастает и объем работы выполняемой работниками НМСК, а именно: заключение договоров с МСУ, оплата оказанных медицинских услуг, согласование смет доходов и расходов МСУ, включенных в систему ОМС, прием и анализ отчетов представленных данными учреждениями, осуществление оценки качества и объема медицинской помощи оказываемой МСУ, с которыми были заключены договоры, а также правильности распоряжения ими финансовыми средствами, оценка и мониторинг правильности выписки и выдачи рецептов на компенсируемые медикаменты, защита интересов застрахованных лиц, накопление взносов медицинского страхования в фиксированной сумме, мониторинг исполнения инвестиционных проектов публичными МСУ, финансируемых из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг и др.

Для преодоления существующих вызовов и с целью непрерывного повышения эффективности управления денежными средствами направляемыми из фондов ОМС, были предприняты дополнительные усилия по совершенствованию законодательной и нормативной базы, оптимизации механизмов заключения контрактов на предоставление услуг в рамках системы ОМС и по оплате медицинских услуг в соответствии с их качеством, по улучшению отчетности об уплате взносов ОМС, предоставляемой экономическими агентами и об оказанных медицинских услугах, предоставляемой медицинскими учреждениями, принимая во внимание их сложность и достижение показателей эффективности.

С той же целью, в отчетном году состоялась реструктуризация НМСК с оптимизацией численности персонала. В рамках этого мероприятия, акцент был сделан на качество персонала и на использование более совершенных информационных технологий, направление, которое требует постоянного развития и достаточной финансовой поддержки и которые постоянно находятся в поле зрения руководства НМСК.

➤ **Достижение показателей эффективности**

Цель подпрограммы «Управление фондами обязательного медицинского страхования»: средства фондов ОМС управляются эффективным образом в целях обеспечения доступа застрахованного населения к услугам здравоохранения, предусмотренным Единой программой ОМС. Задачи: повышение уровня удовлетворенности бенефициаров системы ОМС услугами НМСК на 1% в 2020 году в сравнение с 2017 годом и увеличение степени охвата ОМС на 2% в 2020 году по сравнению с 2017 годом.

Выполнение показателей эффективности характеризуется следующим. Уровень охвата ОМС составил 86,9% по сравнению с запланированными 85%. Доля исполнения бюджета НМСК, была зарегистрирована на утвержденном уровне, или 99,0%. С различными поставщиками медицинских услуг было заключено 435 контрактов или, как и планировалось. Расходы из фондов ОМС на душу населения, зарегистрированного у семейного врача были сокращены по сравнению с запланированной суммой на 18,1 леев. Была сокращена примерно в 2 раза и стоимость информационной кампании, без ущерба для данной деятельности. Удовлетворение бенефициаров системы ОМС службами НМСК будет оценено в 2018 году в результате финансирования исследования ВОЗ. Соответственно, можно констатировать, что цели подпрограммы были достигнуты.

5. Расходы законтрактированных медицинских учреждений, исходя из приоритетов

В течение отчетного года в рамках системы ОМС медицинские услуги предоставлялись 435 МСУ, с которыми НМСК заключила соответствующие договора, в том числе: 368 публичных МСУ и 67 частных МСУ.

Согласно заключенным с НМСК договорам, МСУ распределяют свои расходы в соответствии со сметой доходов и расходов из фондов ОМС по четырем основным статьям: «Оплата труда», «Питание пациентов», «Медикаменты и расходные материалы» и «Прочие расходы». Отчеты об исполнении периодически предоставляются НМСК, МЗТСЗ и учредителям.

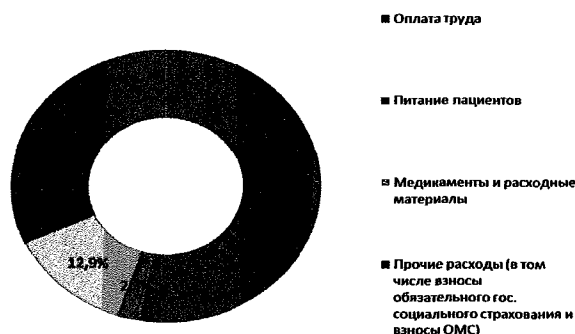
Таблица 10. Структура расходов МСУ в 2017 году

		(тыс. леев)				
Медико-санитарные учреждения		Расходы, всего	В том числе:			
			оплата труда	питание пациентов	медикаменты и расходные материалы	прочие расходы
Расходы и нефинансовые активы МСУ, из которых:	уточненный план	5 998 591,4	2 994 474,4	139 646,8	831 749,9	2 032 720,3
	выполнено	5 569 111,8*	2 945 279,6	126 219,9	716 416,6	1 781 195,7
республиканские	уточненный план	2 358 595,7	1 065 550,8	60 171,7	436 912,8	795 960,4
	выполнено	2 150 880,3	1 056 406,2	54 366,6	376 732,7	663 374,8
муниципальные и районные	уточненный план	3 232 465,1	1 807 156,2	73 200,6	284 825,9	1 067 282,4
	выполнено	3 031 363,5	1 771 221,2	65 732,4	240 120,4	954 289,5
ведомственные	уточненный план	68 765,6	32 818,1	3 051,8	9 136,0	23 759,7
	выполнено	66 616,5	33 204,0	2 741,5	9 102,7	21 568,3
частные	уточненный план	338 765,0	88 949,3	3 222,7	100 875,2	145 717,8
	выполнено	320 251,5	84 448,2	3 379,4	90 460,8	141 963,1

Примечание: * Объем общих годовых расходов МСУ покрывается за счет суммы, финансируемой НМСК, денежных остатков МСУ на начало отчетного года, а также за счет процентов на остатки денежных средств МСУ на банковских счетах.

Как и в предыдущие годы, примерно половина расходов МСУ была направлена на «Оплату труда», а одна треть на «Другие расходы».

Диаграмма 14. Доля расходов по основным статьям в общих расходах МСУ в 2017 году



В 2017 году общий Объем расходов МСУ составил 5 569 111,8 тыс. леев, что соответствует 92,8% от уточненного плана. По сравнению с предыдущим годом, данные расходы выросли на 8,3%.

В рамках общего увеличения расходов МСУ по сравнению с 2016 годом, было отмечено увеличение по статьям «Оплата труда» на 12,1%, «Питание пациентов» на 1,9%, и «Прочие расходы» на 12,1%, а по статье «Медикаменты и расходные материалы» расходы снизились на 3,5%.

В 2017 году среднемесячная заработная плата в расчете на одну единицу врача составила 6 731 леев, увеличившись в сравнении с предыдущим годом (6 043 леев) на 11,4%.

Данные о среднемесячной заработной плате по категориям персонала МСУ отражены в нижеследующей таблице.

Таблица 11. Среднемесячная заработная плата по категориям персонала МСУ (2016-2017 годы)

Наименование штатных единиц	Среднемесячная заработная плата на одну единицу персонала			Среднемесячная заработная плата на одно физическое лицо		
	2016 г.	2017 г.	отклонения 2017/2016 (в %)	2016 г.	2017 г.	отклонения 2017/2016 (в %)
руководящий персонал	12 113	13 545	11,8%	11 335	12 632	11,4%
врачи	6 043	6 731	11,4%	6 752	7 540	11,7%
средний медицинский персонал	4 329	4 866	12,4%	4 745	5 259	10,8%
младший медицинский персонал	2 276	2 643	16,1%	2 398	2 838	18,3%
прочий персонал	3 422	3 902	14,0%	3 768	4 199	11,4%

По состоянию на 31.12.2017 г. МСУ зарегистрировали дебиторские задолженности в сумме 21 340,4 тыс. леев, из которых: «Оплата труда» – 2 962,3 тыс. леев, «Питание пациентов» – 142,3 тыс. леев, «Медикаменты и расходные материалы» – 6 656,8 тыс. леев и «Прочие расходы» – 11 579,0 тыс. леев и кредиторские задолженности на общую сумму 447 092,7 тыс. леев, структура которых представлена в следующей таблице.

Таблица 12. Структура кредиторских задолженностей МСУ (2016-2017 годы)

Статьи расходов	2016 г.		2017 г.		отклонения 2017/2016 (in %)
	тыс. леев	% от итога	тыс. леев	% от итога	
Оплата труда	122 636,3	27,4%	154 433,4	34,5%	25,9%
Питание пациентов	9 585,2	2,2%	10 083,0	2,3%	5,2%
Медикаменты и расходные материалы	166 213,2	37,1%	141 140,2	31,6%	-15,1%
Прочие расходы	149 203,8	33,3%	141 436,1	31,6%	-5,2%
ИТОГО	447 638,5	100,0%	447 092,7	100,0%	-0,1%

Анализ вышеприведенных данных и объяснения МСУ подтверждают, что кредиторские задолженности по оплате труда и взносам обязательного социального страхования, зарегистрированные по состоянию на 31.12.2017 года, являются, как правило, расходами по расчетам с персоналом, начисленными за декабрь и выплаченными в январе следующего года.

Стоимость материальных запасов: продуктов питания, медикаментов и расходных материалов, нефтепродуктов и угля, которыми располагали МСУ, по состоянию на 31 декабря 2017 года, составили 249 201,4 тыс. леев, из которых 237 548,6 тыс. леев или 95,3% это запасы медикаментов и расходных материалов. По сравнению с ситуацией на 31.12.2016 года запасы материальных средств МСУ снизились на 12 091,2 тыс. леев (- 4,6%).

Таблица 13. Структура материальных запасов МСУ

Виды медицинской помощи	(тыс. леев)									
	продукты питания		медикаменты и расходные материалы		нефтепродукты		уголь		ИТОГО	
	01.01.17	01.01.18	01.01.17	01.01.18	01.01.17	01.01.18	01.01.17	01.01.18	01.01.17	01.01.18
неотложная догоспитальная медицинская помощь	0,0	0,0	8 217,9	3 379,0	572,9	598,8	415,6	211,9	9 206,4	4 189,7
первичная медицинская помощь	0,0	0,0	30 057,8	28 778,4	325,2	211,0	5 226,2	5 250,4	35 609,2	34 239,8
специализированная амбулаторная медицинская помощь	4,6	6,9	12 540,2	10 459,1	25,6	24,9	10,7	27,9	12 581,1	10 518,8
стационарная медицинская помощь	4 319,9	4 807,3	189 185,2	182 296,8	283,6	239,6	159,6	265,9	193 948,3	187 609,6
высокоспециализированные медицинские услуги	0,0	0,0	9 599,7	12 316,9	3,2	3,0	0,0	0,0	9 602,9	12 319,9
медицинский коммунальный уход и уход на дому	0,0	0,0	338,1	318,4	6,6	5,2	0,0	0,0	344,7	323,6
ИТОГО	4 324,5	4 814,2	249 938,9	237 548,6	1 217,1	1 082,5	5 812,1	5 756,1	261 292,6	249 201,4

Для поддержания и совершенствования материально-технической базы, публичные МСУ произвели в 2017 году капитальные затраты на общую сумму в размере 98 872,7 тыс. леев, что на 4,2% (94 844,2 тыс. леев) больше по сравнению с предыдущим годом. Вместе с тем, доля капитальных затрат в общих расходах уменьшается (2014 – 3,6%, 2015 – 1,9%, 2016 – 1,8%, 2017 – 1,7%), что указывает на то, что капитальные затраты понесенные МСУ, фактически снижаются.

На протяжении последних лет (2013-2017 гг.) остатки денежных средств на счетах МСУ находились в относительном росте (за исключением 2014 г.), достигнув к концу 2017 г. объема в 429 869,5 тыс. леев.

Таблица 14. Динамика остатков денежных средств по отношению к договорным суммам публичных МСУ (2013-2017 годы)

	(тыс. леев)				
	2013	2014	2015	2016	2017
Договорная сумма	3 715 917,7	4 334 045,3	4 316 396,6	4 853 423,2	5 274 998,3
Остаток денежных средств	301 268,2	201 626,6	328 852,3	330 883,5	429 869,5
Соотношение с договорной суммой (%)	8,1%	4,7%	7,6%	6,8%	8,1%

В соответствии с действующими нормативными актами остатки денежных средств, на счетах публичных МСУ к концу года, включаются в смету, утверждаемую на следующий год, с разбивкой по статьям расходов, с целью использования, вместе с другими выплатами из фондов ОМС, для оказания услуг в рамках ОМС. Эти остатки являются переходными суммами и представляют собой необходимые финансовые средства для обеспечения жизнеспособности и непрерывной деятельности МСУ.

В заключение следует отметить что в 2017-м бюджетном году денежные средства, накопленные в фондах ОМС, были в приоритетном порядке направлены на покрытие расходов по оказанию медицинских услуг, предусмотренных Единой программой ОМС, что в то же время не отразилось негативно на выполнении стратегических задач, предусмотренных законодательными и нормативными актами.

В данном Отчете были также отражены трудности, возникшие в процессе исполнения фондов ОМС, упомянутые в соответствующих разделах. Решение этих проблем будет приоритетным для следующего бюджетного года, наряду с вызовами, связанными с постоянным ростом потребностей системы ОМС.

6. Приложения

К отчету прилагаются:

Приложение 1 – Отчет об исполнении фондов обязательного медицинского страхования (Формуляр № 4 НМСК);

Приложение 2 – Отчет об исполнении фондов обязательного медицинского страхования по части расходов и нефинансовых активов (Формуляр № 4.1 НМСК).

Генеральный директор НМСК

Дмитрий ПАРФЕНТЬЕВ

Приложение № 1

Formularul nr.4 CNAM

Aprobat
prin Ordinul ministrului finanțelor
nr.02 din 5 ianuarie 2018

Raport
privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală
la situația din 31 decembrie 2017

mii lei

Denumirea	Eco	Plan		Executat anul curent	Executat față de precizat pe an		Executat anul precedent	Executat anul curent față de anul precedent	
		Aprobat pe an	Precizat pe an		devieri (+/-)	în %		devieri (+/-)	în %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. VENITURI	1	6.141.657,4	6.228.657,4	6.256.635,3	27.977,9	100,4%	5.764.158,3	492.477,0	108,5%
CONTRIBUȚII ȘI PRIME DE ASIGURĂRI OBLIGATORII	12	3.542.000,0	3.624.000,0	3.648.425,5	24.425,5	100,7%	3.240.179,1	408.246,4	112,6%
PRIME DE ASIGURARE OBLIGATORIE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ	122	3.542.000,0	3.624.000,0	3.648.425,5	24.425,5	100,7%	3.240.179,1	408.246,4	112,6%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, achitate de angajatori și angajați	1221	3.448.712,0	3.520.712,0	3.541.776,6	21.064,6	100,6%	3.152.995,4	388.781,2	112,3%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, achitate de persoane fizice cu reședința sau domiciliul în Republica Moldova	1222	93.288,0	103.288,0	106.648,9	3.360,9	103,3%	87.183,7	19.465,2	122,3%
ALTE VENITURI	14	6.630,0	11.630,0	15.182,4	3.552,4	130,5%	11.266,9	3.915,5	134,8%
VENITURI DIN PROPRIETATE	141	1.630,0	2.630,0	4.143,6	1.513,6	157,6%	4.880,5	-736,9	84,9%
Dobânzi încasate	1411	1.630,0	2.630,0	4.143,6	1.513,6	157,6%	4.880,5	-736,9	84,9%
AMENZI ȘI SANCTIUNI	143	2.000,0	2.000,0	3.221,7	1.221,7	161,1%	2.231,2	990,5	144,4%
Amenzi și sancțiuni contravenționale	1431	1.100,0	1.100,0	1.554,1	454,1	141,3%	1.337,6	216,5	116,2%
Amenzi aplicate de organele de control	1433	900,0	900,0	1.667,6	767,6	185,3%	893,6	774,0	186,6%
ALTE VENITURI ȘI VENITURI NEIDENTIFICATE	145	3.000,0	7.000,0	7.817,1	817,1	111,7%	4.155,2	3.661,9	188,1%
Alte venituri	1451	3.000,0	7.000,0	7.817,1	817,1	111,7%	4.155,2	3.661,9	188,1%
TRANSFERURI PRIMITE ÎN CADRUL BUGETULUI PUBLIC NAȚIONAL*	19	2.593.027,4	2.593.027,4	2.593.027,4	0,0	100,0%	2.512.712,3	80.315,1	103,2%
TRANSFERURI PRIMITE ÎN CADRUL BUGETULUI CONSOLIDAT CENTRAL	192	2.593.027,4	2.593.027,4	2.593.027,4	0,0	100,0%	2.512.712,3	80.315,1	103,2%
Transferuri curente primite între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	1922	2.593.027,4	2.593.027,4	2.593.027,4	0,0	100,0%	2.512.712,3	80.315,1	103,2%
Transferuri de la bugetul de stat pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății		62.033,7	62.033,7	62.033,7	0,0	100,0%	52.816,4	9.217,3	117,5%
Transferuri de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului "Modernizarea sectorului sănătății"		4.626,1	4.626,1	4.626,1	0,0	100,0%	89.972,4	-85.346,3	5,1%
Transferuri de la bugetul de stat pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern		2.525.629,1	2.525.629,1	2.525.629,1	0,0	100,0%	2.369.185,0	156.444,1	106,6%

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Transferuri de la bugetul de stat pentru compensarea veniturilor ratate, conform art.3 din Legea nr.39-XVI din 2 martie 2006		738,5	738,5	738,5	0,0	100,0%	738,5	0,0	100,0%
II. CHELTUIELI ȘI ACTIVE NEFINANCIARE	2+3	6.234.451,3	6.321.451,3	6.260.822,4	-60.628,9	99,0%	5.673.446,2	587.376,2	110,4%
III. CHELTUIELI	2	6.202.687,0	6.292.737,4	6.238.391,9	-54.345,5	99,1%	5.654.219,9	584.172,0	110,3%
CHELTUIELI DE PERSONAL	21	58.871,7	58.871,7	58.796,7	-75,0	99,9%	58.813,0	-16,3	100,0%
REMUNERAREA MUNCII	211	46.624,6	46.602,0	46.527,0	-75,0	99,8%	46.547,3	-20,3	100,0%
Remunerarea muncii angajaților conform statelor	2111	46.624,6	46.602,0	46.527,0	-75,0	99,8%	46.547,3	-20,3	100,0%
CONTRIBUȚII ȘI PRIME DE ASIGURĂRI OBLIGATORII	212	12.247,1	12.269,7	12.269,7	0,0	100,0%	12.265,7	4,0	100,0%
Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii	2121	10.327,7	10.340,9	10.340,9	0,0	100,0%	10.337,4	3,5	100,0%
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală	2122	1.919,4	1.928,8	1.928,8	0,0	100,0%	1.928,3	0,5	100,0%
BUNURI SI SERVICII	22	6.143.455,3	6.233.365,7	6.179.098,3	-54.267,4	99,1%	5.595.046,9	584.051,4	110,4%
SERVICII	222	6.143.455,3	6.233.365,7	6.179.098,3	-54.267,4	99,1%	5.595.046,9	584.051,4	110,4%
Servicii energetice și comunale	2221	1.654,8	1.657,4	1.485,8	-171,6	89,6%	1.070,4	415,4	138,8%
Servicii informaționale și de telecomunicații	2222	4.628,8	3.028,6	3.024,9	-3,7	99,9%	908,0	2.116,9	>200%
Servicii de locațiune	2223	695,5	695,5	695,0	-0,5	99,9%	1.106,0	-411,0	62,8%
Servicii de transport	2224	27,1	34,6	34,6	0,0	100,0%	0,0	34,6	
Servicii de reparații curente	2225	580,6	626,5	626,5	0,0	100,0%	0,0	626,5	
Formarea profesională	2226	120,0	120,0	11,4	-108,6	9,5%	115,1	-103,7	9,9%
Deplasări de serviciu	2227	278,2	278,2	204,9	-73,3	73,7%	92,8	112,1	220,8%
Servicii medicale	2228	6.130.613,4	6.222.013,4	6.168.918,7	-53.094,7	99,1%	5.587.891,6	581.027,1	110,4%
Alte servicii	2229	4.856,9	4.911,5	4.096,5	-815,0	83,4%	3.863,0	233,5	106,0%
PRESTAȚII SOCIALE	27	360,0	500,0	496,9	-3,1	99,4%	360,0	136,9	138,0%
PRESTAȚII SOCIALE ALE ANGAJATORILOR	273	360,0	500,0	496,9	-3,1	99,4%	360,0	136,9	138,0%
Indemnizații la încetarea acțiunii contractului de muncă	2732	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Indemnizații pentru incapacitatea temporară de muncă achitate din mijloacele financiare ale angajatorului	2735	360,0	500,0	496,9	-3,1	99,4%	360,0	136,9	138,0%
ALTE CHELTUIELI	28	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ALTE CHELTUIELI CURENTE	281	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Cotizații	2811	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Despăgubiri civile	2813	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Alte cheltuieli în baza de contracte cu persoane fizice	2816	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Alte cheltuieli curente	2819	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
IV. ACTIVE NEFINANCIARE	3	31.764,3	28.713,9	22.430,5	-6.283,4	78,1%	19.226,3	3.204,2	116,7%
MIJLOACE FIXE	31	30.330,4	27.560,0	21.289,6	-6.270,4	77,2%	17.881,6	3.408,0	119,1%
CLĂDIRI	311	7.580,0	5.064,9	4.639,6	-425,3	91,6%	9.304,2	-4.664,6	49,9%
Majorarea valorii clădirilor	3111	7.580,0	5.064,9	4.639,6	-425,3	91,6%	9.304,2	-4.664,6	49,9%
MAȘINI ȘI UTILAJE	314	12.100,0	18.900,0	13.230,5	-5.669,5	70,0%	3.038,1	10.192,4	>200%
Majorarea valorii mașinilor și utilajelor	3141	12.100,0	18.900,0	13.230,5	-5.669,5	70,0%	3.038,1	10.192,4	>200%
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MIJLOACE DE TRANSPORT	315	3.767,6	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Majorarea valorii mijloacelor de transport	3151	3.767,6	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Unelte și scule, inventar de producere și gospodăresc	316	1.882,8	1.695,1	1.695,1	0,0	100,0%	469,9	1.225,2	>200%
Majorarea valorii uneltelor și sculelor, inventarului de producere și gospodăresc	3161	1.882,8	1695,1	1695,1	0,0	100,0%	469,9	1.225,2	>200%
ACTIVE NEMATERIALE	317	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Majorarea valorii activelor nemateriale	3171	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
INVESTIȚII CAPITALE ÎN ACTIVE ÎN CURS DE EXECUTIE	319	5.000,0	1.900,0	1.724,4	-175,6	90,8%	5.069,4	-3.345,0	34,0%
Investiții capitale în active în curs de execuție	3192	5.000,0	1.900,0	1.724,4	-175,6	90,8%	5.069,4	-3.345,0	34,0%
STOCURI DE MATERIALE CIRCULANTE	33	1.433,9	1.153,9	1.140,9	-13,0	98,9%	1.344,7	-203,8	84,8%
COMBUSTIBIL, CARBURANȚI ȘI LUBRIFIANȚI	331	770,0	508,5	508,5	0,0	100,0%	644,9	-136,4	78,8%
Majorarea valorii combustibilului, carburanților și lubrifiantilor	3311	770,0	508,5	508,5	0,0	100,0%	644,9	-136,4	78,8%
PIESE DE SCHIMB	332	136,5	44,5	44,5	0,0	100,0%	48,2	-3,7	92,3%
Majorarea valorii pieselor de schimb	3321	136,5	44,5	44,5	0,0	100,0%	48,2	-3,7	92,3%
Produse alimentare	333	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Majorarea valorii produselor alimentare	3331	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
MATERIALE PENTRU SCOPURI DIDACTICE, ȘTIINȚIFICE ȘI ALTE SCOPURI	335	49,8	28,4	28,4	0,0	100,0%	45,3	-16,9	62,7%
Majorarea valorii materialelor pentru scopuri didactice, științifice și alte scopuri	3351	49,8	28,4	28,4	0,0	100,0%	45,3	-16,9	62,7%
MATERIALE DE UZ GOSPODĂRESC ȘI RECHIZITE DE BIROU	336	445,4	559,5	559,5	0,0	100,0%	584,8	-25,3	95,7%
Majorarea valorii materialelor de uz gospodăresc și rechizitelor de birou	3361	445,4	559,5	559,5	0,0	100,0%	584,8	-25,3	95,7%
ALTE MATERIALE	339	32,2	13,0	0,0	-13,0	0,0%	21,5	-21,5	0,0%
Majorarea valorii altor materiale	3391	32,2	13,0	0,0	-13,0	0,0%	21,5	-21,5	0,0%
MĂRFURI	35	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
MĂRFURI	351	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Majorarea valorii mărfurilor	3511	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
V. SOLD BUGETAR	1-(2+3)	-92.793,9	-92.793,9	-4.187,1	88.606,8		90.712,1	-94.899,2	
VI. SURSE DE FINANȚARE, total	4+5+9	92.793,9	92.793,9	4.187,1	-88.606,8				
VII. ACTIVE FINANCIARE	4	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
CREANȚE INTERNE	41	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Alte creanțe interne ale bugetului	418	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Alte creanțe interne ale bugetului	4181	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
CREDITE INTERNE ÎNTRE BUGETE	44	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CREDITE ÎN CADRUL BUGETULUI CONSOLIDAT CENTRAL	442	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Credite între bugetul de stat și si fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	4422	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
VIII. DATORII	5	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ÎMPRUMUTURI INTERNE	54	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
IMPRUMUTURI ÎN CADRUL BUGETULUI CONSOLIDAT CENTRAL	542	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Împrumuturi între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	5422	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ÎMPRUMUTURI INTERNE DE LA INSTITUȚIILE NEFINANCIARE ȘI FINANCIARE	55	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
ÎMPRUMUTURI INTERNE DE LA INSTITUȚIILE FINANCIARE	552	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
Împrumuturi de la instituțiile financiare	5521	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
IX.MODIFICAREA SOLDULUI DE MIJLOACE BĂNEȘTI	9	-92.793,9	-92.793,9	-4.187,1	88.606,8		90.712,1	-94.899,2	
SOLD DE MIJLOACE BĂNEȘTI LA ÎNCEPUTUL PERIOADEI	91	153.144,8	153.144,8	243.856,9	90.712,1		153.144,8	90.712,1	
SOLD DE MIJLOACE BĂNEȘTI LA SFÂRȘITUL PERIOADEI	93	60.350,9	60.350,9	239.669,8	179.318,9		243.856,9	-4.187,1	
<i>Sub aspectul fondurilor și subprogramelor</i>									
II. CHELTUIELI ȘI ACTIVE NEFINANCIARE		6.234.451,3	6.321.451,3	6.260.822,4	-60.628,9	99,0%	5.673.446,2	587.376,2	110,4%
1. Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)		6.054.911,5	6.170.311,5	6.162.918,7	-7.392,8	99,9%	5.570.241,8	592.676,9	110,6%
Subprogramul "Asistența medicală primară"	8005	1.882.576,6	1.882.576,6	1.876.706,5	-5.870,1	99,7%	1.729.199,1	147.507,4	108,5%
<i>inclusiv medicamente compensate , total</i>		522.431,3	523.859,3	523.859,3	0,0	100,0%	424.952,5	98.906,8	123,3%
Subprogramul "Asistența medicală specializată de ambulatoriu"	8006	427.190,5	424.796,5	423.569,2	-1.227,3	99,7%	389.217,2	34.352,0	108,8%
Subprogramul "Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu"	8008	9.220,6	9.220,6	9.203,3	-17,3	99,8%	8.697,2	506,1	105,8%
Subprogramul "Asistența medicală urgentă prespitalicească"	8009	524.381,5	544.096,7	544.064,1	-32,6	100,0%	456.613,8	87.450,3	119,2%
Subprogramul "Asistența medicală spitalicească"	8010	3.027.433,6	3.118.118,4	3.118.110,8	-7,6	100,0%	2.827.659,5	290.451,3	110,3%
Subprogramul "Servicii medicale de înaltă performanță"	8011	184.108,7	191.502,7	191.264,8	-237,9	99,9%	158.855,0	32.409,8	120,4%
2. Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală		50.701,9	45.701,9	0,0	-45.701,9	0,0%	15.139,7	-15.139,7	0,0%
Subprogramul "Management al fondului de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală"	8017	50.701,9	45.701,9	0,0	-45.701,9	0,0%	15.139,7	-15.139,7	0,0%
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)		25.000,0	6.000,0	6.000,0	0,0	100,0%	2.510,1	3.489,9	>200%
Subprogramul "Programe naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății"	8018	25.000,0	6.000,0	6.000,0	0,0	100,0%	2.510,1	3.489,9	>200%
4. Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale		25.000,0	24.600,0	18.584,7	-6.015,3	75,5%	12.800,3	5.784,4	145,2%
Subprogramul "Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății"	8019	25.000,0	24.600,0	18.584,7	-6.015,3	75,5%	12.800,3	5.784,4	145,2%
5. Fondul de administrare al sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală		78.837,9	74.837,9	73.319,0	-1.518,9	98,0%	72.754,3	564,7	100,8%
Subprogramul "Administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală"	8002	78.837,9	74.837,9	73.319,0	-1.518,9	98,0%	72.754,3	564,7	100,8%

Notă:

* Pentru fiecare poziție de transferuri primite între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se va indica și tipul transferului

Director general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină

Dmitrii PARFENTIEV

Șef Direcție economie și finanțe

Sergiu Negritu

Приложение № 2

Formularul nr.4.1 CNAM

Aprobat
prin Ordinul ministrului finanțelor
nr 02 din 5 ianuarie 2018

Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la partea de cheltuieli și active nefinanciare la situația din 31 decembrie 2017

mii lei

Denumirea	ECO	Plan		Executat	Cheltuieli efective	Total		Inclusiv creanțe cu termen expirat	Inclusiv datorii cu termen de achitare expirat
		Aprobat pe an	Precizat pe an			Creanțe	Datorii		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
II. CHELTUIELI ȘI ACTIVE NEFINANCIARE	2+3	6.234.451,3	6.321.451,3	6.260.822,4	6.270.365,5	7.959,4	18.687,9	0,0	0,0
III. CHELTUIELI	2	6.202.687,0	6.292.737,4	6.238.391,9	6.252.570,5	1.304,0	18.685,3	0,0	0,0
CHELTUIELI DE PERSONAL	21	58.871,7	58.871,7	58.796,7	58.797,1	3,6	0,5	0,0	0,0
REMUNERAREA MUNCII	211	46.624,6	46.602,0	46.527,0	46.527,0	3,6	0,0	0,0	0,0
Remunerarea muncii angajaților conform statelor	2111	46.624,6	46.602,0	46.527,0	46.527,0	3,6	0,0	0,0	0,0
CONTRIBUȚII ȘI PRIME DE ASIGURĂRI OBLIGATORII	212	12.247,1	12.269,7	12.269,7	12.270,1	0,0	0,5	0,0	0,0
Contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii	2121	10.327,7	10.340,9	10.340,9	10.336,2	0,0	0,4	0,0	0,0
Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală	2122	1.919,4	1.928,8	1.928,8	1.933,9	0,0	0,1	0,0	0,0
BUNURI SI SERVICII	22	6.143.455,3	6.233.365,7	6.179.098,3	6.193.276,5	1.300,4	18.684,8	0,0	0,0
SERVICII	222	6.143.455,3	6.233.365,7	6.179.098,3	6.193.276,5	1.300,4	18.684,8	0,0	0,0
Servicii energetice și comunale	2221	1.654,8	1.657,4	1.485,8	1.464,9	0,0	0,0	0,0	0,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Servicii informaționale și de telecomunicații	2222	4.628,8	3.028,6	3.024,9	797,1	21,8	48,1	0,0	0,0
Servicii de locațiune	2223	695,5	695,5	695,0	691,8	0,0	6,1	0,0	0,0
Servicii de transport	2224	27,1	34,6	34,6	17,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicii de reparații curente	2225	580,6	626,5	626,5	358,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Formarea profesională	2226	120,0	120,0	11,4	23,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Deplasări de serviciu	2227	278,2	278,2	204,9	186,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicii medicale	2228	6.130.613,4	6.222.013,4	6.168.918,7	6.186.519,2	1.198,1	18.627,0	0,0	0,0
Alte servicii	2229	4.856,9	4.911,5	4.096,5	3.217,6	80,5	3,6	0,0	0,0
PRESTAȚII SOCIALE	27	360,0	500,0	496,9	496,9	0,0	0,0	0,0	0,0
PRESTAȚII SOCIALE ALE ANGAJATORILOR	273	360,0	500,0	496,9	496,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Indemnizații la încetarea acțiunii contractului de muncă	2732	0,0	0,0	0,0	69,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Indemnizații pentru incapacitatea temporară de muncă achitate din mijloacele financiare ale angajatorului	2735	360,0	500,0	496,9	427,6	0,0	0,0	0,0	0,0
ALTE CHELTUIELI	28	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ALTE CHELTUIELI CURENTE	281	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotizații	2811	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Despăgubiri civile	2813	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alte cheltuieli in baza de contracte cu persoane fizice	2816	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alte cheltuieli curente	2819	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IV. ACTIVE NEFINANCIARE	3	31.764,3	28.713,9	22.430,5	17.795,0	6.655,4	2,6	0,0	0,0
MIJLOACE FIXE	31	30.330,4	27.560,0	21.289,6	14.972,0	6.655,4	0,0	0,0	0,0
CLĂDIRI	311	7.580,0	5.064,9	4.639,6	5.373,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii clădirilor	3111	7.580,0	5.064,9	4.639,6	5.373,3	0,0	0,0	0,0	0,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MAȘINI ȘI UTILAJE	314	12.100,0	18.900,0	13.230,5	6.218,5	6.655,4	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii mașinilor și utilajelor	3141	12.100,0	18.900,0	13.230,5	6.218,5	6.655,4	0,0	0,0	0,0
MIJLOACE DE TRANSPORT	315	3.767,6	0,0	0,0	472,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii mijloacelor de transport	3151	3.767,6	0,0	0,0	472,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Unelte și scule, inventar de producere și gospodăresc	316	1.882,8	1.695,1	1.695,1	123,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii uneltelor și sculelor, inventarului de producere și gospodăresc	3161	1.882,8	1.695,1	1.695,1	123,5	0,0	0,0	0,0	0,0
ACTIVE NEMATERIALE	317	0,0	0,0	0,0	1.060,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii activelor nemateriale	3171	0,0	0,0	0,0	1.060,0	0,0	0,0	0,0	0,0
INVESTIȚII CAPITALE ÎN ACTIVE ÎN CURS DE EXECUȚIE	319	5.000,0	1.900,0	1.724,4	1.724,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Investiții capitale în active în curs de execuție	3192	5.000,0	1.900,0	1.724,4	1.724,4	0,0	0,0	0,0	0,0
STOCURI DE MATERIALE CIRCULANTE	33	1.433,9	1.153,9	1.140,9	2.823,0	0,0	2,6	0,0	0,0
COMBUSTIBIL, CARBURANȚI ȘI LUBRIFIANȚI	331	770,0	508,5	508,5	284,9	0,0	2,5	0,0	0,0
Majorarea valorii combustibilului, carburanților și lubrifiantilor	3311	770,0	508,5	508,5	284,9	0,0	2,5	0,0	0,0
PIESE DE SCHIMB	332	136,5	44,5	44,5	70,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii pieselor de schimb	3321	136,5	44,5	44,5	70,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Produse alimentare	333	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii produselor alimentare	3331	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MATERIALE PENTRU SCOPURI DIDACTICE, ȘTIINȚIFICE ȘI ALTE SCOPURI	335	49,8	28,4	28,4	45,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii materialelor pentru scopuri didactice, științifice și alte scopuri	3351	49,8	28,4	28,4	45,4	0,0	0,0	0,0	0,0
MATERIALE DE UZ GOSPODĂRESC ȘI RECHIZITE DE BIROU	336	445,4	559,5	559,5	2.351,9	0,0	0,0	0,0	0,0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Majorarea valorii materialelor de uz gospodăresc și rechizitelor de birou	3361	445,4	559,5	559,5	2.351,9	0,0	0,0	0,0	0,0
ALTE MATERIALE	339	32,2	13,0	0,0	70,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Majorarea valorii altor materiale	3391	32,2	13,0	0,0	70,1	0,0	0,1	0,0	0,0
MĂRFURI	35	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MĂRFURI	351	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Majorarea valorii mărfurilor	3511	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1. Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)		6.054.911,5	6.170.311,5	6.162.918,7	6.180.992,0	857,5	18.627,0	0,0	0,0
Subprogramul “Asistența medicală primară”	8005	1.882.576,6	1.882.576,6	1.876.706,5	1.894.765,9	573,6	18.583,2	0,0	0,0
<i>inclusiv medicamente compensate , din care</i>		<i>522.431,3</i>	<i>523.859,3</i>	<i>523.859,3</i>	<i>542.286,4</i>	<i>0,0</i>	<i>18.427,1</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Subprogramul “Asistența medicală specializată de ambulatoriu”	8006	427.190,5	424.796,5	423.569,2	423.514,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”	8008	9.220,6	9.220,6	9.203,3	9.203,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Asistența medicală urgentă prespitalicească”	8009	524.381,5	544.096,7	544.064,1	544.064,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Asistența medicală spitalicească”	8010	3.027.433,6	3.118.118,4	3.118.110,8	3.118.190,4	273,0	43,8	0,0	0,0
Subprogramul “Servicii medicale de înaltă performanță”	8011	184.108,7	191.502,7	191.264,8	191.253,9	10,9	0,0	0,0	0,0
2. Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală		50.701,9	45.701,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Management al fondului de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală”	8017	50.701,9	45.701,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3. Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)		25.000,0	6.000,0	6.000,0	5.527,2	340,6	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Programe naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății”	8018	25.000,0	6.000,0	6.000,0	5.527,2	340,6	0,0	0,0	0,0

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
4. Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale		25.000,0	24.600,0	18.584,7	11.929,3	6.655,4	0,0	0,0	0,0
Subprogramul “Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății”	8019	25.000,0	24.600,0	18.584,7	11.929,3	6.655,4	0,0	0,0	0,0
5. Fondul de administrare al sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală		78.837,9	74.837,9	73.319,0	71.917,0	105,9	60,9	0,0	0,0
Subprogramul “Administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală”	8002	78.837,9	74.837,9	73.319,0	71.917,0	105,9	60,9	0,0	0,0

Director general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină

Dmitrii PARFENTIEV

Șeful Direcției economie și finanțe

Sergiu Negritu