



CURTEA DE CONTURI A REPUBLICII MOLDOVA

MD-2001, mun. Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt nr.69, tel. (+373 22) 26 60 02,
fax: (+373 22) 26 61 00, web: www.ccrm.md, e-mail: ccrm@ccrm.md

Nr. 06/1- 351 - 23

din 30 - 05 2023

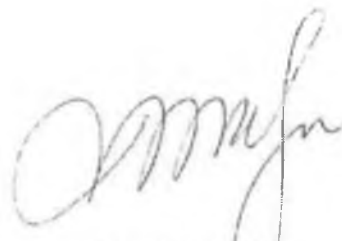
Domnului Igor GROSU,
Președintele Parlamentului Republicii Moldova

Stimate Domnule Președinte,

Conform prevederilor art. 6 alin. (1) lit. b) din Legea privind organizarea și funcționarea Curții de Conturi a Republicii Moldova nr. 260 din 07.12.2017, Vă remitem, la adresa electronică (ddp@parlament.md), Hotărârile și Rapoartele de audit (conform Anexei), pentru informare și examinare, după caz, în cadrul Comisiei parlamentare de control al finanțelor publice.

Anexe: 246 file.

Cu respect,



Marian LUPU,
Președinte

SECRETARIATUL PARLAMENTULUI REPUBLICII MOLDOVA		
D.D.P. Nr. <u>1326</u>		
" <u>30</u> <u>05</u> 2023		
Ora		

(HCC nr. 23)



CURTEA DE CONTURI A REPUBLICII MOLDOVA

HOTĂRÂREA nr. 23

din 29 mai 2023

cu privire la Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022

Curtea de Conturi, cu participarea dnei Ala Nemerenco, Ministra Sănătății; dnei Lilia Gantea, Secretara generală a Ministerului Sănătății; dlui Ion Prisăcaru, Secretar de Stat al Ministerului Sănătății; dnei Tatiana Zatic, șefa Secției politici în domeniul asistenței medicale primare și comunitare din cadrul Ministerului Sănătății; dnei Mariana Zadnipru, șefa interimară a Direcției politici de buget și asigurări medicale din cadrul Ministerului Sănătății; dlui Ion Dodon, director general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină; dnei Doina-Maria Rotaru, directoare generală adjunctă a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, dnei Nina Onofrei, directoare generală adjunctă a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, dnei Svetlana Țurcanu, șefă adjunctă a Direcției generale politici sectoriale din cadrul Cancelariei de Stat, președinta Consiliului de Administrație al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină; dnei Iurie Crasiuc, vicedirector al Centrului Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească; dlui Vasile Botica, șef al Direcției politici bugetare sectoriale din cadrul Ministerului Finanțelor; dnei Aurelia Porumbescu, șefa interimară a Secției finanțe în sănătate și protecție socială din cadrul Ministerului Finanțelor; dnei Nadejda Slova, șefa Secției raportare din cadrul Ministerului Finanțelor; dlui Ghenadie Verlan, consultant principal în cadrul Secției metodologie din cadrul Ministerului Finanțelor; dlui Iuri Lichii, director adjunct al Serviciului Fiscal de Stat; dlui Vitalie Ciurmacenco, șef al Secției evidență fiscală din cadrul Serviciului Fiscal de Stat; dnei Ina Carpovici-Caitaz, directoarea Policlinicii Stomatologice Republicane; dlui Igor Ciumeico, director al Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul Stomatologic Municipal pentru Copii; dnei Liliana Frunză, directoarea Instituției Medico-Sanitare Publice Centru de Sănătate Durlești; dnei Margareta Paladi, directoarea Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate Vatra; dlui Gheorghe Popescu, director al Întreprinderii Municipale Centrul Stomatologic Raional Ialoveni; dnei Maria Croitoru, directoarea Întreprinderii Municipale Centrul Stomatologic Raional Strășeni, precum și a altor persoane cu funcții de răspundere, în cadrul ședinței video, călăuzindu-se de prevederile art.3 alin.(1), art.5 alin.(1) lit.a) și art.32 alin.(3) lit.c) din Legea privind organizarea și funcționarea Curții de Conturi a Republicii Moldova¹, a examinat Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022.

¹ Legea privind organizarea și funcționarea Curții de Conturi a Republicii Moldova nr.260 din 07.12.2017, cu modificările și completările ulterioare (în continuare – Legea nr.260 din 07.12.2017).

Misiunea de audit public extern a fost realizată conform Programelor activității de audit ale Curții de Conturi pe anii 2022 și, respectiv, 2023², având drept scop oferirea unei asigurări rezonabile cu privire la faptul că Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 nu conține, în ansamblu, denaturări semnificative cauzate de fraude sau erori, precum și emiterea unei opinii.

Auditul public extern a fost planificat și s-a desfășurat în conformitate cu Standardele Internaționale ale Instituțiilor Supreme de Audit aplicate de Curtea de Conturi³.

Examinând Raportul de audit prezentat, Curtea de Conturi

A CONSTATAT:

Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 oferă, cu excepția posibilelor efecte ale aspectelor descrise în secțiunea *Baza pentru opinia cu rezerve*, o imagine corectă și fidelă în conformitate cu cadrul de raportare financiară aplicabil⁴.

Reieșind din cele expuse, în temeiul art.14 alin.(2), art.15 lit.d) și art.37 alin.(2) din Legea nr.260 din 07.12.2017, Curtea de Conturi

HOTĂRĂȘTE:

1. Se aprobă Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022, anexat la prezenta Hotărâre.

2. Prezenta Hotărâre și Raportul de audit se remit:

2.1. Parlamentului Republicii Moldova, pentru informare și examinare, după caz, în cadrul Comisiei parlamentare de control al finanțelor publice;

2.2. Președintelui Republicii Moldova, pentru informare;

2.3. Guvernului Republicii Moldova, pentru informare și luare de atitudine în vederea monitorizării asigurării implementării recomandărilor de audit public extern;

2.4. Ministerului Sănătății, Ministerului Finanțelor, pentru examinare conform competențelor și asigurarea implementării recomandărilor din Raportul de audit;

2.5. Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru luare de atitudine și asigurarea implementării recomandărilor din Raportul de audit;

2.6. Consiliului de Administrație al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru examinarea în cadrul ședinței Consiliului de Administrație a rezultatelor auditului public extern, cu aprobarea unui plan de măsuri de remediere a deficiențelor, precum și pentru monitorizarea implementării recomandărilor înaintate.

2.7. Serviciului Fiscal de Stat, pentru informare.

3. Prin prezenta Hotărâre, se exclude din regim de monitorizare Hotărârea Curții de Conturi nr.20 din 26 mai 2022 „Cu privire la Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2021” și Hotărârea Curții de Conturi nr.14 din 20 mai 2016 „Cu privire la Rapoartele de audit asupra conformității Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și asupra

² Programul activității de audit pentru anul 2022, aprobat prin Hotărârea Curții de Conturi nr.75 din 28.12.2021, cu modificările și completările ulterioare; Programul activității de audit pentru anul 2023, aprobat prin Hotărârea Curții de Conturi nr.65 din 22.12.2022.

³ Hotărârea Curții de Conturi nr.2 din 24.01.2020 „Cu privire la Cadrul Declarațiilor Profesionale ale INTOSAI”.

⁴ Legea contabilității și raportării financiare nr.287 din 15.12.2017; Ordinul ministrului Finanțelor nr.118 din 06.08.2013 „Privind aprobarea Standardelor Naționale de Contabilitate”; Ordinul ministrului Finanțelor nr.02 din 05.01.2018 „Cu privire la aprobarea formularelor Rapoartelor privind executarea FAOAM”.

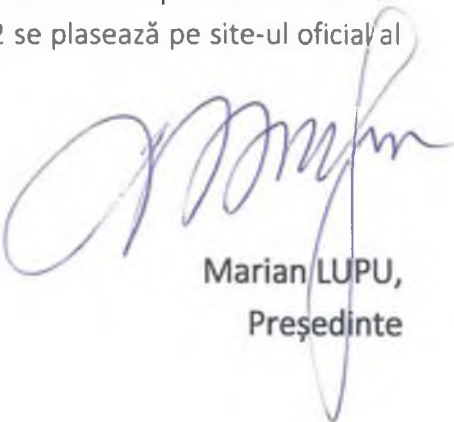
conformității gestionării și raportării situațiilor financiare ale acestor fonduri de către Instituțiile Medico-Sanitare Publice Institutul de Medicină Urgentă, Spitalul Clinic Republican și Institutul Mamei și a Copilului în anul 2015 ”.

4. Prezenta Hotărâre și Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 se publică în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, în conformitate cu art.6 alin.(2) din Legea nr.260 din 07.12.2017.

5. Prezenta Hotărâre intră în vigoare din data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova și poate fi contestată cu o cerere prealabilă la autoritatea emitentă în termen de 30 de zile din data publicării. În ordine de contencios administrativ, Hotărârea poate fi contestată la Judecătoria Chișinău, sediul Râșcani (MD-2068, mun. Chișinău, str. Kiev nr.3), în termen de 30 de zile din data comunicării răspunsului cu privire la cererea prealabilă sau din data expirării termenului prevăzut pentru soluționarea acesteia.

6. Curtea de Conturi va fi informată, în termen de 7 luni din data intrării în vigoare a Hotărârii, despre acțiunile întreprinse pentru executarea subpunctelor 2.4. - 2.6. din prezenta Hotărâre.

7. Hotărârea și Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 se plasează pe site-ul oficial al Curții de Conturi (<https://www.ccrm.md/ro/decisions>).



Marian LUPU,
Președinte



CURTEA DE CONTURI A REPUBLICII MOLDOVA

MD-2001, mun. Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt nr.69,

tel. (+373 22) 26 60 02, fax: (+373 22) 26 61 00, web: www.ccrm.md, e-mail: ccrm@ccrm.md

RAPORTUL

auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării
obligatorii de asistență medicală în anul 2022

LISTA ACRONIMELOR

AOAM	Asigurare obligatorie de asistență medicală
FAOAM	Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
IMSP	Instituție medico-sanitară publică
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CS	Centrul de sănătate
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
AMP	Asistență medicală primară
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulatoriu
AMU	Asistență medicală urgentă prespitalicească
SIP	Servicii medicale de înaltă performanță
AMS	Asistență medicală spitalicească
ÎMCD	Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu
SAOAM	Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
DRG	Diagnosis related group
ICM	Indicele de complexitate
SIA	Sistem informațional automatizat
SIA AOAM	Sistemul informațional Automatizat Asistența Obligatorie de Asigurare Medicală
MS	Ministerul Sănătății
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
PIB	Produsul Intern Brut
BPN	Bugetul Public Național
UNFPA	Fondul Națiunilor Unite pentru Populație
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
OIM	Organizația Internațională pentru Migrație
CEB	Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei
SFS	Serviciul Fiscal de Stat

I. OPINIE CU REZERVE

Am auditat Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022, care cuprinde Formularele CNAM nr.1; nr.1.1; nr.1.2; nr.2; nr.4; nr.4.1; nr.4.2 și descrierea narativă¹, inclusiv un sumar al politicilor contabile semnificative.

În opinia noastră, cu excepția posibilelor efecte ale aspectelor expuse în *Baza pentru opinia cu rezerve*, Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală oferă, sub toate aspectele semnificative, o imagine corectă și fidelă privind executarea FAOAM în anul 2022, în conformitate cu cadrul de raportare financiară aplicabil².

II. BAZA PENTRU OPINIA CU REZERVE

Am realizat misiunea de audit în conformitate cu Standardele Internaționale ale Instituțiilor Supreme de Audit³. Responsabilitățile noastre, potrivit standardelor respective, sunt expuse în secțiunea *Responsabilitățile auditorului într-un audit al Raportului Guvernului* din prezentul Raport. Suntem independenți față de entitatea auditată și am îndeplinit responsabilitățile de etică conform cerințelor Codului etic al Curții de Conturi. Considerăm că probele de audit pe care le-am obținut sunt suficiente și adecvate pentru a furniza o bază pentru opinia noastră.

Am fost în imposibilitatea identificării serviciilor pentru care au fost suportate cheltuieli în sumă de 3 254,2 mil.lei raportate în subprogramul „Asistență medicală spitalicească”, din cauza că serviciile medicale spitalicești raportate de către instituțiile medicale nu pot fi delimitate în cele achitate de către CNAM față de cele executate de IMSP, dar neachitate de CNAM.

Auditul a constatat că 52 de instituții medicale au prestat supracontract 16 364 de cazuri tratate, în sumă de 151,9 mil.lei, care nu au fost achitate de CNAM. Astfel, din 392 479 de cazuri tratate raportate, au fost achitate 376 115 servicii medicale spitalicești. Auditul denotă că nu a putut delimita care anume cazuri tratate au fost achitate de către CNAM. Auditul exemplifică:

- *IMSP Institutul Mamei și Copilului a supraexecutat 495 de cazuri în sumă de 4,0 mil.lei. În urma calculării costului cazului tratat (VRDRG x Tarif) pentru ultimele 495 de cazuri înregistrate în SI DRG, valoarea acestora au fost de 3,7 mil.lei, ceea ce este cu 0,3 mil.lei mai puțin decât suma supraexecutată;*
- *La IMSP SC Bălți, conform calculelor, ultimele 3 239 de cazuri tratate înregistrate în SI DRG au o valoare totală de 27,6 mil.lei, ceea ce reprezintă cu 0,4 mil.lei mai puțin decât suma supraexecutată de 28,0 mil.lei.*

¹ Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (descrierea narativă); Raport privind executarea indicatorilor generali și surselor de finanțare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (conform Anexei nr.1 la Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală); Raport privind executarea veniturilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (conform Anexei nr.1.1 la Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală); Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe cheltuieli (conform Anexei nr.1.2 la Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală); Raport privind executarea programelor de cheltuieli ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (conform Anexei nr.2 la Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală); Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală; Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la partea de cheltuieli și active nefinanciare; Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la partea de venituri.

² Legea contabilității și raportării financiare nr.287 din 15.12.2017; Ordinul ministrului Finanțelor nr.118 din 06.08.2013 „Privind aprobarea Standardelor Naționale de Contabilitate”; Ordinul ministrului Finanțelor nr.02 din 05.01.2018 „Cu privire la aprobarea formularelor Rapoartelor privind executarea FAOAM”.

³ Hotărârea Curții de Conturi nr.2 din 24.01.2020 „Cu privire la Cadrul Declarațiilor Profesionale ale INTOSAI”.

Menționăm că în Sistemul Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online” sunt raportate toate cazurile tratate⁴, inclusiv cele acordate contra plată, iar sistemul nu dispune de mecanisme de delimitare a serviciilor care au fost achitate conform contractelor și care au fost executate supracontract. Nici instituțiile medicale nu dispun de mecanisme de evidență a serviciilor medicale prestate peste cuantumul de servicii spitalicești contractate. De menționat că informațiile privind volumul de servicii spitalicești prestate sunt utilizate de către CNAM la achitarea cazurilor tratate. Deoarece serviciile medicale achitate nu au putut fi distinct delimitate, auditul denotă că a fost în imposibilitate de a evalua cheltuielile aferente serviciilor spitalicești, în special cu expunerea asupra exactității și regularității cheltuielilor în sumă de 3 254,2 mil. lei raportate la subprogramul „Asistență medicală spitalicească”, date prezentate în Anexa nr.1 la prezentul Raport de audit.

În opinia CNAM, datele din sistemul informațional sunt utilizate la formarea rapoartelor privind morbiditatea spitalicească și la analiza indicatorilor statistici în sistemul de sănătate. Opinia CNAM la acest aspect este prezentată în Anexa nr.2 la prezentul Raport de audit.

III. PARAGRAF DE EVIDENȚIERE A UNOR ASPECTE

3.1 Atragem atenția că normele actuale de raportare, elaborate și coordonate de Ministerul Finanțelor pentru executarea FAOM, nu sunt compatibile cu normele de raportare ale altor bugete, ceea ce nu asigură consolidarea patrimoniului și datoriilor Guvernului într-un raport financiar unic.

Auditul atenționează asupra normelor care prevăd modul de raportare a FAOM, care este un buget specific, iar evidența se asigură în baza planurilor de conturi pentru *autoritățile publice la autogestiune*, cu utilizarea sistemelor informaționale specifice domeniilor de activitate.

Astfel, Ordinul ministrului Finanțelor nr.02 din 05.01.2018 „Cu privire la aprobarea formularelor Rapoartelor privind executarea Fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală” dezvăluie modul de prezentare a rapoartelor financiare. Compania Națională de Asigurări în Medicină ține evidența contabilă în conformitate cu planul de conturi contabile și cu metodologia elaborată și coordonată de Ministerul Finanțelor⁵. Totodată, formatul bilanțului contabil întocmit de CNAM se prezintă anual Guvernului și Ministerului Finanțelor. În acest context, se constată că bilanțul contabil este întocmit conform formatului *pentru autorități publice la autogestiune*, care nu corespunde bilanțului contabil pentru instituțiile bugetare finanțate din bugetul de stat și din bugetele locale (Ordinul ministrului Finanțelor nr.216/2015).

Auditul menționează că, în contextul politicilor strategice aferente dezvoltării managementului finanțelor publice⁶, perspectiva includerii FAOM în realizarea obiectivelor Componentei 3 „Executarea bugetului, contabilitatea și raportarea” și Componentei 7 „Transparența finanțelor publice” din Strategie este necesară, inclusiv prin: perfecționarea analizei bugetare și a perspectivelor în domeniul finanțelor publice; elaborarea standardelor de contabilitate în sectorul public bazate pe standardele internaționale IPSAS (International Public Sector Accounting Standards); consolidarea capacităților de implementare a Standardelor naționale de contabilitate

⁴ Cap. IV, pct. 13 din Regulamentul cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validarea datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), aprobat prin Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr. 397/125-A din 05.04.2013.

⁵ Art. 16 alin.(2)¹ din Legea contabilității nr.113 din 27.04.2007.

⁶ Hotărârea Guvernului nr.71 din 22.02.2023 „Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a managementului finanțelor publice pentru anii 2023-2030”.

În sectorul public; implementarea și ajustarea continuă și conformă cu standardele aprobate ale Sistemului informațional „Contabilitate unică bugetară” în mod obligatoriu pentru toate autoritățile/instituțiile bugetare; dezvoltarea capacităților și perfecționarea formatului de prezentare a bugetului pentru cetățeni, în scopul îmbunătățirii accesului publicului la informațiile bugetare etc. Precizăm că Ministerul Finanțelor a comunicat că „realizarea obiectivelor enunțate aferente dezvoltării managementului finanțelor publice, sunt valabile pentru autorități/instituții bugetare și, la moment, Ministerul Finanțelor nu are temei pentru includerea CNAM în realizarea acestora”.

Situațiile constatate de audit relevă necesitatea extinderii Strategiei de dezvoltare a managementului finanțelor publice și asupra FAOAM. În acest context, evaluarea echipei de audit asupra reflectării, la situația din 31.12.2022, a creanțelor și datoriilor aferente contribuțiilor de asigurări în medicină, a relevat unele diferențe între datele reflectate în Formularul 4.2 al CNAM și datele din SI al SFS, după cum urmează:

Informații privind contrapunerea creanțelor și datoriilor conform datelor CNAM și SFS, mii lei

Tabelul nr.1

ECO	Denumirea venitului	Conform datelor CNAM (Formularul 4.2)			Conform datelor SFS		
		Executat	Creanțe	Datorii	Executat	Creanțe	Datorii
122100	Prime AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și alte recompense	6218953,3	115749,7	0	6218952,9	115749,7	553609,6
143322	Amenzi	114,5	2274,8	0	114,5	2274,8	134,3
145161	Impozit unic perceput de la rezidenții parcurilor pentru tehnologia informației	118473,4	728,9	0	118473,4	728,9	1837,5
	Total	6337541,2	118753,4	0	6337540,8	118753,4	555581,4

Sursă: Elaborat de audit în baza Formularului 4.2 CNAM și datelor SFS.

Astfel, în Formularul 4.2 sunt prezentate creanțe în sumă de 141 677,2 mii lei (dintre care 118 753,7 mii lei aferente veniturilor indicate în tabel) și datorii în sumă de 1 269,7 mii lei (care nu se referă la veniturile indicate în tabel).

Concomitent, conform informațiilor prezentate de SFS, la situația din 31.12.2022, creanțele (restanțele aferente veniturilor indicate în tabel) au însumat 118 753,4 mii lei, iar datoriile au constituit 555 581,4 mii lei (plățile în avans aferente veniturilor indicate în tabel).

Ca urmare, datoriile FAOAM față de contribuabili pentru veniturile indicate în tabel nu au fost reflectate nici în Formularul 4.2 CNAM și nici în situațiile financiare (bilanț) în sumă de 555 581,4 mii lei.

În opinia CNAM, „toate aceste date sunt reflectate și în Formularele 4.1 și 4.2 referitor la suma datoriilor bugetului FAOAM față de contribuabili în sumă de 555,6 mil. lei și nu a fost luată la evidență, deoarece nu a fost reflectată în tabelul prezentat de către SFS”. De asemenea, CNAM a informat că această situație se datorează inclusiv metodei de calcul și de evidență a primelor din contribuțiile de asigurări medicale în cotă procentuală la salariu și alte recompense.

De menționat că, începând cu anul 2018, odată cu aprobarea raportării unice prin IPC, atribuțiile SFS au fost suplimentate și constau în asigurarea administrării fiscale prin crearea de condiții contribuabililor pentru conformare la respectarea legislației și monitorizarea procesului de

conformare, aplicarea uniformă a politicii și reglementărilor în domeniul fiscal, precum și efectuarea controlului asupra calculării corecte și a virării în termen a contribuțiilor la FAOM și se aplică sancțiuni pentru încălcarea prevederilor legale referitoare la calcularea acestora.

Situațiile constatate relevă necesitatea implementării Strategiei de dezvoltare a managementului finanțelor publice și în contextul FAOM.

În acest context, se consideră oportună necesitatea includerii FAOM în realizarea Strategiei de dezvoltare a managementului finanțelor publice, care are scopul să integreze cadrul existent strategic specific componentelor managementului finanțelor publice, în scopul continuării lanțului logic al reformelor implementate sau inițiate în ultima perioadă.

De asemenea, CNAM administrează mai multe active reflectate în situațiile financiare (imobilizări și stocuri) în valoare de 44 457,0 mii lei, însă nu reflectă valoarea acestora în conturile din capitalul propriu. Concomitent, CNAM reflectă ca venituri anticipate pe termen lung și pe termen scurt 402 666,6 mii lei și, respectiv, 836 339,5 mii lei. Aceste înregistrări nu corespund întocmai prevederilor Politicii contabile pe anul 2022 prezentate auditului și nici principiilor de bază și caracteristicilor calitative ale rapoartelor financiare⁷.

IV. PREZENTAREA BUGETULUI

Sistemul de sănătate din Republica Moldova stabilește principiile de acces universal, de echitate și de solidaritate la serviciile de sănătate. Astfel, pentru a oferi cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative, la 1 ianuarie 2004 a fost instituit *sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală*⁸.

Finanțarea sistemului de sănătate se referă la acumularea resurselor financiare și la distribuirea acestora în scopul asigurării prestării serviciilor medicale pentru populație. Acumularea resurselor se realizează sub formă bănească (transferurile de la bugetul de stat, contribuțiile salariaților, contribuțiile persoanelor asigurate în mod individual etc.).

Ameliorarea sănătății populației are un impact favorabil asupra dezvoltării economice și prosperării sociale. Sporirea eficienței sistemului de sănătate, la rândul său, contribuie la creșterea productivității muncii, a incluziunii sociale și diminuează nivelul de sărăcie, datorită impactului pozitiv al reducerii morbidității, mortalității premature și creșterii speranței de viață sănătoasă.

Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sunt parte componentă a bugetului public național și reprezintă totalitatea veniturilor, cheltuielilor și surselor de finanțare destinate pentru realizarea funcțiilor și gestionarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală⁹. Compania Națională de Asigurări în Medicină administrează fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și implementează programele în conformitate cu obiectivele și indicatorii de performanță asumați¹⁰.

Conform prevederilor legale¹¹, CNAM este o organizație de stat autonomă, inclusiv cu autonomie financiară, nonprofit, care are obligația de a realiza asigurarea obligatorie de asistență medicală a cetățenilor Republicii Moldova și a străinilor prevăzuți conform actelor legislative. *În scopul*

⁷ Art. 6 din Legea contabilității nr.113/2007, Art.20 din Legea contabilității și raportării financiare nr.287/2017.

⁸ Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

⁹ Art.3 din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181 din 25.07.2014.

¹⁰ Art.23 din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181 din 25.07.2014.

¹¹ Art.12 din Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

realizării asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania constituie, din contul mijloacelor totale acumulate, și gestionează următoarele 5 fonduri de asigurare, și anume:



Figura nr.1. Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

Sursa: Elaborat de audit

În anul 2022, ponderea cea mai semnificativă în totalul cheltuielilor executate de 11 963,3 mil.lei revine cheltuielilor pentru achitarea serviciilor medicale curente, care au constituit 11 824,8 mil.lei (99%), date prezentate în tabelul de mai jos:

Dinamica cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022, în comparație cu anii 2020 și 2021

Tabelul nr.2, mil.lei

Indicatori	Anii			Devieri, 2022/2011		Devieri, 2022/2020	
	2020	2021	2022	(+/-)	%	(+/-)	%
1	2	3	4	5=4-3	6=4*100/3	7=4-2	8=4*100/2
Cheltuieli executate, inclusiv:	8.405,5	11.552,1	11.963,3	411,2	103,6	3.557,8	142,3
Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)	8.270,1	11.436,2	11.824,8	388,6	103,4	3554,7	143,0
Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală	10,0	0,0	0,0	0,0	-	-10,0	0,0
Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)	25,3	19,6	36,8	17,2	187,8	11,5	145,5
Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale	19,9	9,6	9,9	0,3	103,1	-10,0	49,7
Fondul de administrare a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală	80,2	86,7	91,8	5,1	105,9	11,6	114,5

Sursa: Informații generalizate din Rapoartele privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anii 2020-2022.

Cu referire la subprogramele de cheltuieli, structurate pe tipuri de asistență medicală, se denotă că, la fel ca și în anii precedenți, ponderea cea mai semnificativă o deține asistența medicală spitalicească, în cuantum de 6 149,4 mil.lei, sau 51,4% din totalul cheltuielilor, fiind urmată de asistența medicală primară – 2 429,0 mil.lei (20,3%), asistența medicală urgentă prespitalicească – 1 063,2 mil.lei (8,9%), asistența medicală de ambulatoriu – 1 018,6 mil.lei (8,5%), serviciile destinate compensării medicamentelor și dispozitivelor medicale – 760,8 mil. lei (6,4%) etc. Structura cheltuielilor pe tipuri de subprograme se prezintă în Anexa nr.3 la prezentul Raport de audit.

Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022 au fost aprobate inițial la venituri și cheltuieli în sume egale, de 12 287,6 mil.lei. Ca rezultat al operării modificărilor și completărilor, veniturile FAOAM au fost precizate până la 12 559,7 mii lei, cu 272,1 mil.lei mai mult, iar cheltuielile au fost precizate până la 12 833,7 mil.lei, cu 546,1 mil.lei mai mult, cu un

deficit de 274,0 mil.lei. La finele anului, veniturile au fost executate în sumă de 12 639,6 mil.lei, cu 79,8 mil.lei mai mult față de prevederile anuale, iar cheltuielile au fost executate în sumă de 11 963,3 mil.lei, cu 870,4 mil.lei mai puțin în raport cu prevederile anuale, cu un excedent de 676,2 mil.lei, dar cu 950,2 mil.lei mai mult decât prevederile anuale.

Cu referire la ponderea cheltuielilor totale executate ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în BPN, se denotă că acestea au constituit 11,92%, și ca pondere în PIB – 4,39%. Față de anul 2021, ponderea cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în BPN s-a micșorat cu 2,18 puncte procentuale, iar ponderea în PIB s-a micșorat cu 0,41 puncte procentuale, situație prezentată în tabelul de mai jos.

Evoluția executării fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în perioada 2018-2022

Tabelul nr. 3

Indicatori	Unitatea de măsură	Executat				
		2018	2019	2020	2021	2022
PIB	mil.lei	192 508,50	210 378,00	205 432,30	241 871,00	272 555,90
BPN, venituri	mil.lei	57 964,90	62 949,20	62 650,00	77 373,10	91 505,40
Venituri, total	mil. lei	6 877,40	7 636,30	8 542,60	11 540,00	12 639,56
Devieri +/- față de anul precedent	mil. lei	620,80	758,90	906,30	2 997,40	1 099,56
Pondere în BPN	%	11,90	12,10	13,60	14,90	13,81
Pondere în PIB	%	3,60	3,60	4,20	4,80	4,64
BPN, cheltuieli	mil.lei	59 576,90	65 975,60	73 269,80	82 013,60	100 374,00
Cheltuieli, total	mil. lei	6 714,10	7 489,70	8 405,50	11 552,10	11 963,34
Devieri +/- față de anul precedent	mil. lei	453,20	775,60	915,80	3 146,60	411,24
Pondere în BPN	%	11,30	11,40	11,50	14,10	11,92
Pondere în PIB	%	3,50	3,60	4,10	4,80	4,39
Deficit (-)/Excedent (+)	mil. lei	163,30	146,60	137,10	(12,10)	676,22
Devieri +/- față de anul precedent	mil. lei	167,50	(16,70)	(9,50)	(149,20)	688,32
Pondere în PIB	%	0,08	0,07	0,07	(0,01)	0,25

Sursa: Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii 2018-2022; www.statistica.md

Deși Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale¹² stabilește condițiile și termenele generale privind modificările/precizările bugetelor anuale aprobate, indicatorii anuali ai fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală au fost precizați de 2 ori¹³. Modificările au fost determinate de evoluția indicatorilor macroeconomici pe parcursul anului bugetar 2022, alocarea mijloacelor financiare suplimentare pentru medicamente și dispozitive medicale, realizarea ILD 7 „Conceperea și pilotarea stimulentei bazate pe performanță pentru toate spitalele”, acoperirea cheltuielilor pentru serviciile medicale prestate refugiaților din Ucraina, precum și acoperirea cheltuielilor aferente majorării salariilor de funcție cu 10% pentru personalul din instituțiile medico-sanitare.

În urma analizei exercițiului bugetar încheiat la 31 decembrie 2022, s-a constatat că veniturile au fost executate în sumă de 12 639,56 mil.lei, cu 0,6 la sută, sau cu 79,8 mil.lei mai mult față de prevederile anuale, iar cheltuielile au fost executate în sumă de 11 963,3 mil.lei, cu 870,4 mil. lei

¹² Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181 din 25.07.2014.

¹³ Legea nr.114/2022 pentru modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 nr.207 din 2021, Legea nr.262/2022 pentru modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 nr.207 din 2022 nr.207 din 2021.

mai puțin în raport cu prevederile anuale, sau la nivel de 93,2%. Sinteza fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022 se prezintă în tabelul ce urmează.

Executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anii 2020-2022

Tabelul nr. 4

Denumire	Executat anul 2020	Executat anul 2021	Executat anul 2022	Precizat anul 2022	Executat anul 2022 față de precizat		Executat anul 2022 față de anul 2021		Executat anul 2022 față de anul 2020	
					devieri (+/-)	în %	devieri (+/-)	în %	devieri (+/-)	în %
Venituri mil.lei	8.542,6	11.540,0	12.639,6	12.559,7	79,8	100,6	1.099,5	109,3	4.097,0	148,0
Cheltuieli mil.lei	8.405,5	11.857,3	11.552,1	12.833,7	-870,4	93,2	411,3	103,6	3.557,8	142,3

Sursa: Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la situația de 31 decembrie 2022 (Formularul nr.1 FAOAM).

În aceste condiții, exercițiul bugetar s-a soldat cu un excedent de 676,2 mil.lei, iar soldul de mijloace bănești la sfârșitul perioadei a constituit 1 350,9 mil.lei (Anexa nr.4 la prezentul Raport de audit).

4.1. Veniturile fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sunt în creștere constantă, inclusiv transferurile primite de la bugetul de stat.

În anul 2022, veniturile totale ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală au fost de 12 639,56 mil. lei¹⁴, cu 0,6%, sau cu 79,8 mil.lei mai mult față de prevederile anuale. Totodată, acestea au înregistrat o creștere de 1 099,54 mil.lei comparativ cu anul precedent.

În structura veniturilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022, contribuțiile și primele de asigurări obligatorii au constituit 50,2%, iar transferurile de la bugetul de stat – 48,2%, alte venituri – 1,4%, și granturi primite – 0,1%.

Contribuțiile și primele de asigurări obligatorii ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sunt constituite din prime de asigurare obligatorie în cotă procentuală în sumă de 6 219,0 mil.lei și din prime de asigurare obligatorie în sumă fixă de 130,9 mil. lei. Ponderea primelor de asigurare obligatorie în cotă procentuală în totalul veniturilor este de 49,2% și sunt cu 741,0 mil.lei mai mult, comparativ cu anul precedent.

4.2. Cheltuielile fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 nu au atins nivelul precizat, situație determinată de diminuarea volumului de servicii medicale prestate populației cu 819,1 mil.lei, la toate nivelele de asistență medicală.

Sistemul de asigurări medicale este complex și sistemic și s-a realizat prin contractarea a 448 de prestatori de servicii medicale, cu evidența serviciilor prestate, înregistrate și, respectiv, achitate de către CNAM. Cheltuielile fondului pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice au fost executate în sumă de 11 824,7 mil.lei, cu 819,1 mil.lei mai puțin decât nivelul precizat. Aceste circumstanțe au fost generate de faptul că, în cadrul unor subprograme achitate din contul mijloacelor fondului pentru achitarea serviciilor medicale, nu au fost realizate volumele de asistență medicală: „Asistența medicală urgentă prespitalicească” – 54,1 mil.lei, „Asistența medicală primară” – 8,9 mil.lei, „Asistența medicală specializată de ambulator” – 19,8 mil.lei, „Medicamente și dispozitive medicale compensate” – 103,1 mil.lei; „Servicii medicale paliative” –

¹⁴ Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la situația de 31 decembrie 2022 (Formularul nr.4 CNAM).

8,1 mil.lei; „Asistența medicală spitalicească” – 608,1 mil.lei, „Servicii medicale de înaltă performanță” – 8,9 mil.lei; „Îngrijiri medicale, comunitare și la domiciliu” – 7,8 mil.lei.

Nerealizarea la nivelul precizat a tuturor fondurilor AOAM a determinat acumularea mijloacelor financiare la cont, în sumă de 1 350,9 mil.lei, sau cu 676,2 mil.lei mai mult decât la 01.01.2022.

Cu referire la acest aspect, CNAM a informat că principalii factori care au condus la nevalorificarea mijloacelor financiare au fost:

- pentru *asistența medicală urgentă prespitalicească, primară și specializată de ambulator*: nevalorificarea indicatorului de performanță profesională pentru acordarea asistenței medicale pacienților cu COVID-19, diminuarea incidenței cazurilor de Covid-19 și, ca rezultat, implicarea unui număr redus de personal medical, nevalorificarea sumelor planificate pentru salarizarea rezidenților, diminuarea cheltuielilor raportate pentru transport și alimentația pacienților cu tuberculoză;

- pentru *asistența medicală spitalicească*, au fost acoperite toate supraexecuțiile pe programele speciale și necesitățile financiare ale prestatorilor contractați, însă o parte din valoarea acestor servicii a fost considerată neargumentată de a fi acoperită ca urmare a analizelor efectuate privind complexitatea cazurilor tratate raportate;

- pentru *serviciile medicale de înaltă performanță*, neexecuțiile se explică prin nivelul diferit de executare a volumelor contractuale per prestator, și anume, o parte din aceștia au supraexecutat, iar o parte nu au valorificat volumul contractat, fapt ce a servit ca bază de aplicare a unei noi modalități de contractare pentru anul 2023, și anume „per program”;

- pentru *îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu*, suma necontractată a fost estimată la începutul anului ca fiind necesară pentru asigurarea creșterilor salariale și acoperirea cheltuielilor generate de criza energetică, dar ulterior a fost efectuată o analiză amplă a necesităților reale per prestator CSPT și CCSM și a fost alocat stric necesarul de resurse. Neexecutarea de la finele anului este cauzată de nivelul redus de efectuare a vizitelor de îngrijiri la domiciliu, contractate la început de an;

- pentru *serviciile de îngrijire paliativă* au fost contractate la maxim toate supraexecuțiile raportate de prestatori, în special din staționar, respectiv utilizându-se resursele planificate. În schimb, pentru serviciile prestate de echipa mobilă nu au fost alocate resurse suplimentare, ca rezultat al constatărilor efectuate de echipa de evaluare privind serviciile executate și raportate. Neexecutarea se explică prin nivelul redus de prestate a zilelor-pat în staționar în instituțiile raionale.

V. ASPECTE-CHEIE DE AUDIT

Aspectele-cheie de audit sunt acele aspecte care, în baza raționamentului nostru profesional, au avut cea mai mare importanță pentru auditul Raportului Guvernului privind executarea FAOAM în anul 2022. Aceste aspecte au fost abordate în contextul auditului Raportului Guvernului privind executarea FAOAM în ansamblu și în formarea opiniei noastre asupra acestora și nu oferim o opinie separată la aceste aspecte. Considerăm că aspectele descrise mai jos, deși nu au influențat opinia noastră de audit, reprezintă aspectele-cheie de audit care trebuie comunicate în Raportul nostru.

5.1. Criteriile de selectare a prestatorilor de servicii medicale nu au fost aprobate de către Guvern, ceea ce poate afecta regularitatea acestor procese sistemice.

Prevederile art.12 din Legea nr.1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală¹⁵ stabilesc „încheierea cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, selectați conform criteriilor aprobate de Guvern, a contractelor de acordare a asistenței medicale și de eliberare a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”.

Auditul denotă că Criteriile de selectare a prestatorilor de servicii medicale nu au fost aprobate de Guvern, ceea ce poate afecta regularitatea proceselor sistemice la nivelul tuturor tipurilor de asistență medicală reflectate în Rapoartele Guvernului privind executarea FAOM în anul 2022, în special a cheltuielilor privind serviciile medicale contractate cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, executate în sumă de 11 824,7 mil.lei.

Criteriile de contractare și achitare a tuturor serviciilor medicale prestate în cadrul Sistemului Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală, pentru toată populația Republicii Moldova, în anul 2022, au fost aprobate prin Ordinul comun al CNAM și MS¹⁶ și au stau la baza încheierii contractelor cu toți 448 de prestatori de servicii medicale.

Astfel, contractele de acordare a asistenței medicale au fost încheiate cu prestatorii de servicii medicale în lipsa criteriilor și condițiilor de încadrare a acestora în sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală.

5.2. Serviciile medicale spitalicești au fost contractate și achitate cu aplicarea tarifelor diferențiate, ceea ce a determinat diminuarea mijloacelor financiare alocate pentru cazurile tratate, prestate cu 22,2 mil.lei.

În anul 2022, pentru prestarea serviciilor medicale spitalicești au fost contractate 73 de instituții medicale publice și private, în sumă de 6 408,5 mil.lei. Ulterior, suma contractată a fost majorată cu 349,0 mil.lei, până la 6 757,5 mil.lei, fiind executate 6 149,4 mil.lei.

Prin Ordinului ministrului Sănătății nr.1221/344 din 27.12.2021 au fost aprobate tarifele care vor fi utilizate la finanțarea spitalelor în bază de DRG (Case-Mix), și anume pentru: IMSP de nivel republican, tariful aprobat a fost de 6 616,0 lei; IMSP de nivel municipal, tariful aprobat a fost de 6 575,0 lei; IMSP de nivel raional, tariful aprobat a fost de 5 598,0 lei.

Cu referire la tarifele care stau la baza achitării serviciilor medicale, auditul a stabilit că pentru 3 prestatori de servicii medicale de categorie departamentală, ce prestează servicii medicale spitalicești în cadrul „Programul general”, acestea au fost achitate cu aplicarea tarifelor diferențiate, date prezentate în tabelul nr.5.

Informații cu privire la contractarea prestatorilor de servicii medicale departamentali

¹⁵ Art.12 din Legea nr.1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

¹⁶ Ordinul comun al MS și CNAM nr.1227/350-A din 29.12.2021 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022, cu modificările și completările ulterioare.

Denumirea prestatorului de servicii medicale	Contract 01.01- 31.12.2022 final			
	Numărul de cazuri tratate/servicii medicale spitalicești	Tarif, lei	ICM	Suma, mil.lei
IMS „Spitalul Clinic Militar Central”	490	6.187	1,4196	4,3
IMS „Direcția Medico-Sanitară a Serviciului de Informații și Securitate”	430	4.955	1,2443	2,6
IMS „Serviciul Medical al Ministerului Afacerilor Interne”	580	6.575	1,2438	4,7

Sursa: Elaborat de audit în baza contractelor de prestării servicii.

În aceste circumstanțe, auditul menționează că CNAM, de comun cu MS, aprobă anual tarifele pentru serviciile medicale spitalicești, însă pentru prestatorii departamentali nu au fost aprobate tarifele aferente serviciilor pe care le-au prestat în valoare de 11,6 mil.lei.

Auditul denotă că serviciile medicale spitalicești prestate în cadrul programului special „Tratament operator pentru cataractă” au fost contractate și achitarea cu aplicarea tarifelor mai mici decât cele aprobate de Ministerul Sănătății pentru anul 2022¹⁷.

Se menționează că ajustarea tarifelor s-a efectuat de către Grupul de lucru pentru coordonarea procesului de contractare, prin Procesul-verbal nr.5 din 10.02.2022, prin care s-a decis că achitarea serviciilor de cataractă se va efectua cu aplicarea tarifului propriu pentru fiecare prestator de servicii medicale.

Tarifele diferențiate au fost aplicate pentru 9 prestatori de servicii medicale spitalicești (tratament operator la cataractă), date prezentate în Anexa nr.5 la prezentul Raport de audit. Aplicând tarifele aprobate de către Ministerul Sănătății pentru programul special „Tratament operator pentru cataractă”, volumul mijloacelor financiare contractate și achitate pentru serviciile medicale au fost diminuate cu 22,2 mil.lei, deși potrivit Ordinului MS din 27.12.2021 „Cu privire la aprobarea costurilor pentru anul 2022”, acestea reprezintă acoperirea costurilor serviciilor prestate. Aceste circumstanțe denotă că aplicarea unor tarife care nu sunt aprobate regulamentar, poate afecta calitatea și plenitudinea elementelor privind costurile serviciilor medicale prestate, în special cu corespunderea exigențelor atât cantitative, cât și calitative, precum și contractarea uniformă și echitabilă a serviciilor medicale.

Auditul exemplifică. Tariful de bază care a fost aprobat pentru achitarea serviciilor spitalicești prestate de instituțiile medicale de nivel republican a fost de 6 616 lei. Astfel, IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” a prestat cetățenilor 1 882 de servicii de tratament operator la cataractă, tariful unui serviciu ca urmare a ajustărilor a fost de 5 090 lei, iar achitarea serviciilor medicale a fost cu 7,5 mil.lei mai puțin.

Tariful aprobat pentru serviciile spitalicești realizate de instituțiile medicale de nivel municipal a fost de 6 575 lei. Astfel, la achitarea volumului de servicii medicale acordate cetățenilor de către IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”, a fost aplicat tariful ajustat de CNAM pe parcursul anului, acesta constituind 5 150 lei. Această situație a determinat faptul ca instituția medicală să fie achitată cu 7,4 mil.lei mai puțin pentru cele 2 000 de servicii spitalicești de cataractă prestate.

¹⁷ Ordinul comun al MS și CNAM nr.1221/344-A din 27.12.2021 „Cu privire la aprobarea costurilor pentru anul 2022”.

La acest aspect, CNAM a informat¹⁸: „În urma negocierilor cu prestatorii de servicii medicale spitalicești publici s-a agreat de comun că, costul mediu al unui caz tratat să nu depășească suma de 13,5 mii lei. Respectiv, în urma analizei cazurilor tratate prestate pe parcursul anului 2021 și cu ICM-ul recalculat conform noilor valori relative, costul mediu al unui caz tratat varia de la 10,0 mii lei până la 17,6 mii lei. Ca urmare a discuțiilor, s-a decis ca pentru a fi respectat costul mediu al unui caz tratat de 13,0 mii lei a fost estimat tariful propriu pentru fiecare prestator”.

Se menționează că cadrul normativ nu stabilește limite asupra costului unui caz tratat, conform criteriilor de contractare¹⁹ acesta fiind calculat în baza „ICM x Tarif”. Auditul nu a dispus de procesele-verbale (alte documente confirmative) care să confirme procesul de negociere, transparența acestor decizii, precum și acceptarea de către instituțiile medicale a tarifelor diminuate.

De asemenea, auditul nu a dispus de informații și documente confirmative că la diminuarea tarifului s-a menținut volumul necesar de servicii și calitatea acestora. Este de menționat și faptul că, în opinia CNAM, la semnarea contractului părțile au convenit și au acceptat costurile tarifelor medicale, plafonul nefiind depășit.

5.3. Serviciile medicale de profilaxie necesare a fi acordate în cadrul asistenței medicale stomatologice nu au fost realizate pentru 80 965 de copii, deși instituțiile medicale au fost achitate în sumă de 28,2 mil.lei.

Programul unic în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală stabilește volumul asistenței medicale stomatologice, care necesită a fi acordată persoanelor de către prestatorii de servicii medicale contractați de CNAM.

**Asistența
medicală
stomatologică
acoperită de
Programul Unic**

- Asistență stomatologică de urgență;
- Extracții dentare la indicații medicale;
- Consultație profilactică tuturor persoanelor asigurate cu examinarea cavității bucale;
- Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani și gravide: periajul dentar, detartrajul dentar, aplicarea remediilor profilactice (fluor, Ca etc.), sigilarea fisurilor, obturarea defectelor coronariene provocate de caria dentară și complicațiile ei.

Figura nr.2. Serviciile prestate în cadrul asistenței medicale stomatologice.

Sursa: Pct.19 din Programul Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală.

În figură sunt reflectate serviciile medicale stomatologice acoperite de Programul Unic care sunt garantate de către stat pentru persoanele asigurate. Contractarea de către CNAM a acestor servicii se realizează după metoda „per capita” și pentru asistența stomatologică acordată de prestatorii care oferă servicii medicale după principiul teritorial:

- 15,0 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău și ÎM Centrul Stomatologic Municipal Chișinău;

¹⁸ Pct. 2 din Ordinea de zi a Procesului-verbal nr.5 al ședinței Grupului de lucru pentru coordonarea procesului de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală din 10.02.2022.

¹⁹ Pct.48 din Ordinul comun al MS și CNAM nr.1227/350-A din 29.12.2021 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022”.

- 26,3 lei „per capita” pentru prestatorii de servicii medicale din mun. Bălți, raioane, UTA Găgăuzia și ÎM Centrele Stomatologice Raionale²⁰. Ulterior, la data 01.11.22 condițiile contractuale au fost modificate prin majorarea tarifelor „per capita”²¹ pentru lunile octombrie-decembrie 2022, pentru acoperirea măririi salariilor lucrătorilor medicali cu 10% conform Legii nr.262 din 08.09.2022²².

Astfel, în anul 2022, CNAM a contractat 51 de instituții medicale conform principiului teritorial „per capita”, fiind achitate mijloace financiare în sumă de 55,9 mil.lei. Centrele stomatologice raionale și municipale raportează, potrivit formularului aprobat, doar numărul de vizite la medicul specialist, ceea ce nu oferă informații privind realizarea tuturor serviciilor prevăzute de Programul Unic.

Totodată, Normele metodologice de aplicare a Programului Unic²³ stabilesc că instituțiile medicale care au fost contractate de CNAM trebuiau să asigure condițiile necesare prin: *organizarea anuală obligatorie a examenelor medicale stomatologice ale copiilor din grădinițe, instituțiile de învățământ secundar general și profesional*. Deși centrele stomatologice raionale și municipale (*aria de audit*²⁴) au fost contractate pentru prestarea asistenței medicale stomatologice, prevăzute în Programul Unic, evaluările auditului au constatat că instituțiile nu au asigurat prestarea serviciilor profilactice anuale. Astfel,

- **IMSP Centrul Stomatologic Municipal de Copii** a desfășurat examene anuale profilactice pentru 67 034 de copii (47 184 de elevi din gimnazii și licee și 20 850 de copii din instituții de învățământ preșcolar - grădinițe), ceea ce reprezintă 58% din numărul total de 114 869 de copii care necesitau a fi examinați;

- **ÎM Centrul Stomatologic Raional Ialoveni** nu a asigurat realizarea examenelor stomatologice profilactice pentru 14 810 copii din cadrul a 74 de instituții de învățământ. Instituția a informat²⁵ că activitățile profilactice la copii nu s-au desfășurat, din cauza „necesității respectării măsurilor de prevenire și control a infecției COVID-19 și restricția unor activități pe timp de „Cod Roșu” și starea de urgență în sănătate publică”. Auditul menționează că pentru anul 2022 nu a fost instituită starea de urgență în sănătate publică și alte restricții, respectiv activitățile profilactice necesitau a fi desfășurate, în conformitate cu cerințele Programului Unic și pentru realizarea asistenței medicale stomatologice prevăzute în contractul de prestării servicii, încheiat cu CNAM;

- **ÎM Centrul Stomatologic Raional Hâncești**, din totalul de 14 412 copii, a examinat profilactic stomatologic 2 724 de copii, ceea ce reprezintă 19%, dintre care 1 844 de elevi din 13 instituții generale de învățământ și 880 de copii din instituții preșcolare din cadrul a 12 localități;

- **ÎM Centrul Stomatologic Raional Strășeni**, din totalul de 12 610 copii, a examinat 6 185 de copii (5 965 de elevi din 6 localități și 220 de copii din instituțiile de învățământ preșcolar), ceea ce reprezintă doar 49,0 % din numărul copiilor care necesitau a fi examinați stomatologic.

²⁰ Art. 43 din Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022, aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.1227/350-A din 28.12.2021.

²¹ Prestatorii de servicii medicale din mun. Chișinău și ÎM Centrul Stomatologic Municipal Chișinău – 15,0 lei „per capita”; Prestatorii de servicii medicale din mun. Bălți, raioane, UTA Găgăuzia și ÎM Centre Stomatologice Raionale - 28,5 lei „per capita”.

²² Art.1 din Legea nr.262 din 08.09.2022 pentru modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022 nr.207/2021.

²³ Pct.96 alin.3 din Normele metodologice de aplicare a Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.596/404A din 21.07.2016.

²⁴ IMSP Centrul Stomatologic Municipal de Copii, ÎM Centrul Stomatologic Raional Ialoveni, ÎM Centrul Stomatologic Raional Hâncești, ÎM Centrul Stomatologic Raional Strășeni.

²⁵ Scrisoarea ÎM Centrul Stomatologic Raional Ialoveni nr.7 din 27.04.2023.

Necesitatea examinărilor stomatologice profilactice la copii are ca scop identificarea timpurie a afecțiunilor dinților sau ale gingiilor. Afecțiunile cavității bucale care nu sunt depistate și tratate în stadiile incipiente, pot produce alterări ireversibile sau pot declanșa alte tipuri de afecțiuni care au ca punct de plecare aceste prime probleme netratate.

Auditul relevă că asistența medicală stomatologică, care acoperă și examenele profilactice anuale, a fost contractată și achitată pentru aceste 4 instituții stomatologice de nivel raional și municipal și a constituit 28,2 mil.lei, ceea ce reprezintă 31,0% din volumul de servicii medicale stomatologice achitate de către CNAM în anul 2022, inclusiv: IMSP Centrul Stomatologic Municipal de Copii – 23,0 mil.lei, ÎM Centrul Stomatologic Raional Hâncești – 1,7 mil.lei, ÎM Centrul Stomatologic Raional Ialoveni – 1,8 mil.lei, ÎM Centrul Stomatologic Raional Strășeni – 1,5 mil.lei.

Se menționează că aceste circumstanțe sunt cauzate de faptul că serviciile medicale profilactice nu sunt raportate distinct către CNAM, nefiind aprobate formulare de raportare. Auditul relevă că instituțiile medicale contractate și achitate de către CNAM raportează doar vizitele la medicii specialiști. Această situație nu responsabilizează instituțiile medicale și nu oferă date și informații privind accesul copiilor și al altor categorii de persoane asigurate la serviciile medicale care ar preveni agravarea afecțiunilor stomatologice.

5.4. Examinările profilactice stomatologice anuale necesitău a fi prestate din contul mijloacelor financiare alocate din fondul de bază, în timp ce în unele localități copiii nu au fost asigurați cu servicii stomatologice anuale obligatorii, iar 11 386 de copii au fost evaluați profilactic repetat în anul 2022.

Auditul denotă că, potrivit Programului unic, realizarea serviciilor medicale stomatologice cu scop profilactic, se contractează și se achită din contul mijloacelor fondului pentru achitarea serviciilor medicale, și anume din subprogramul „Asistență medicală specializată de ambulator”. Astfel, CNAM a contractat 54 de instituții medicale în sumă de 90,3 mil.lei, în scopul asigurării accesului persoanelor asigurate la asistență medicală stomatologică, garantată de către stat. Volumul de asistență medicală stomatologică cuprinde și acoperă inclusiv serviciile stomatologice profilactice anuale pentru copii, care prevăd responsabilitatea instituțiilor medicale privind organizarea anuală obligatorie a examenelor medicale a copiilor din grădinițe, instituțiile de învățământ secundar general și profesional.

S-a constatat că, deși din fondul de achitare a serviciilor medicale au fost achitate mijloace financiare în sumă de 90,3 mil.lei instituțiilor medicale, CNAM a contractat și a alocat mijloace financiare pentru achitarea serviciilor stomatologice profilactice din fondul măsurilor de profilaxie, în sumă de 3,7 mil.lei, ceea ce nu asigură regularitatea și justificarea acestora.

Astfel, în temeiul Ordinului MS nr.303 din 30.03.2022²⁶ și al contractului de acordare a asistenței medicale nr.05-08/71 din 31.12.2021, IMSP Policlinica Stomatologică Republicană a fost contractată pentru acordarea serviciilor medicale stomatologice prin intermediul echipei mobile pentru copiii din localitățile rurale, *servicii achitate din fondul măsurilor de profilaxie.*

Prin acordurile adiționale²⁷ la acest contract, IMSP Policlinica Stomatologică Republicană a fost contractată pentru realizarea acestor servicii în sumă de 2,5 mil.lei, iar ulterior volumul serviciilor stomatologice a fost majorat la 4,1 mil.lei. Pentru serviciile realizate și facturate, CNAM a achitat

²⁶ Ordinul ministrului Sănătății nr.303 din 30.03.2022 „Cu privire la organizarea serviciilor stomatologice pentru copiii din localitățile rurale în anul 2022”.

²⁷ Acordul adițional nr.1 din 01.04.2022, acordul adițional nr.4 din 01.11.2022 la Contractul nr.05-08/71 din 31.12.2021, încheiat între CNAM și IMSP Policlinica Stomatologică Republicană.

din fondul măsurilor de profilaxie 3,7 mil.lei. Aria de acoperire cu servicii medicale stomatologice profilactice a cuprins copiii din instituțiile de învățământ preșcolar și școlar din 109 localități rurale din raioanele: *Fălești, Șoldănești, Rezina, Ocnița, Dondușeni, Florești, Orhei, Taraclia, Comrat, Ceadâr-Lunga și Vulcănești*²⁸.

Potrivit datelor raportate de către IMSP Policlinica Stomatologică Republicană, echipa mobilă de medici stomatologi a evaluat profilactic 18 906 copii, care au beneficiat *de examinarea cavității bucale și de recomandări privind igiena cavității bucale, detartraj total, profilaxia cariei dentare, sigilarea fisurilor unui dinte cu scop profilactic, obturarea defectelor coronariene provocate de caria dentară, precum și recomandări de consultații și tratament.*

Reieșind din faptul că serviciile medicale menționate urmau a fi prestate de către Centrele stomatologice raionale în temeiul contractelor încheiate cu CNAM (din fondul de achitare a serviciilor medicale), auditul a solicitat informații de la aceștia cu privire la copiii din cadrul instituțiilor de învățământ care au fost examinați profilactic.

Astfel, auditul a constatat că, în raioanele unde și-a desfășurat activitatea echipa mobilă a Policlinicii Stomatologice Republicane, 11 386 de copii au beneficiat de două ori în anul 2022 de servicii stomatologice profilactice. Prin urmare, conform datelor evaluate de audit în baza informațiilor prezentate de către Centrele Stomatologice Raionale și IMSP Policlinica Stomatologică Republicană, 60% din copiii examinați de către echipa mobilă au beneficiat de aceleași servicii prestate de centrele stomatologice raionale. Menționăm că Centrele stomatologice raionale, de asemenea, au fost contractate și achitate pentru realizarea serviciilor stomatologice conform Programului unic, inclusiv care acoperă serviciile anuale profilactice la copii în sumă de 11, 6 mil.lei, informație prezentată în Anexa nr.6 la prezentul Raport de audit.

În acest context, auditul a constatat că, în localitatea Vâșcăuți din raionul Orhei, echipa mobilă de medici stomatologi a efectuat examenele profilactice pe data de 2 și 5 decembrie 2022, iar la data de 9 decembrie 2022, aceiași copii au beneficiat de profilaxia cavității bucale desfășurată de către ÎM Centrul stomatologic raional Orhei. De asemenea, în 7 localități din raionul Comrat, echipa mobilă a efectuat examenele profilactice în luna decembrie, iar Centrul stomatologic raional – în lunile octombrie și noiembrie, ceea ce denotă că pentru unii copii au fost prestate servicii stomatologice profilactice în mod repetat. Această situație a fost cauzată inclusiv de faptul că echipa mobilă nu a asigurat coordonarea activităților și cu centrele stomatologice din raioanele respective, acestea conlucrând doar cu centrele de sănătate, instituții medicale care prestează asistență medicală primară.

Totodată, se denotă că nu a fost asigurat procesul de solicitare și perfectare a acordului informat de către părinte sau reprezentantul legal al copilului²⁹. Ca rezultat al examinării fișelor medicale, auditul a constatat că, deși sunt atașate acordurile respective, semnăturile sunt ale membrilor echipei mobile, altele sunt ale dirigintelui de clasă, ceea ce relevă că părinții nu au fost informați prealabil despre desfășurarea examinărilor de către echipa mobilă de medici stomatologi.

Auditul menționează că în anul 2023 a continuat contractarea serviciilor medicale profilactice pentru copiii din localitățile rurale, achitate din fondul măsurilor de profilaxie, prin ce se menține riscul de suportare a cheltuielilor ineficiente.

²⁸ Anexa nr.1 la Ordinul ministrului Sănătății nr.303 din 30.03.2022 „Cu privire la organizarea serviciilor stomatologice pentru copiii din localitățile rurale în anul 2022”.

²⁹ Pct.3 alin. (2), pct.4 alin.(4) din Ordinul MS nr.303 din 30.03.2022 „Cu privire la organizarea serviciilor stomatologice pentru copiii din localitățile rurale pentru anul 2022”.

5.5. Procesul de validare a datelor privind numărul de persoane asigurate și neasigurate înregistrate pe listele medicilor de familie nu a fost realizat pe deplin, ceea ce poate afecta regularitatea alocării mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în sumă de 796,6 mil.lei.

Programul Unic stabilește că asistența medicală urgentă prespitalicească și asistența medicală primară se acordă tuturor persoanelor, inclusiv celor ce nu au statut de persoană asigurată.

Auditul menționează că, potrivit criteriilor de contractare³⁰, achitarea instituțiilor medicale care au prestat *servicii medicale primare*, în sumă de 2 387,7 mil.lei, și *servicii urgente prespitalicești*, în sumă de 1 045,4 mil.lei, s-a realizat după principiul „per capita” pentru toată populația Republicii Moldova³¹.

Evaluarea procesului de contractare și raportare a serviciilor medicale primare și prespitalicești a stabilit că instituțiile medico-sanitare publice raportează vizitele realizate (medicina primară) și numărul de solicitări realizate de către asistența urgentă prespitalicească. Aceste circumstanțe nu oferă informații privind persoanele unice deservite în conformitate cu principiul de contractare „per capita”, ceea ce nu asigură respectarea prevederilor art.315 din Codul civil, nefiind determinat exact obiectul contractului (tipul, cantitatea și calitatea serviciului).

La contractarea și alocarea mijloacelor financiare, CNAM utilizează datele din Sistemul Informațional „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”. Acest sistem informațional cuprinde informații privind persoanele înregistrate în evidența fiecărei instituții medicale care acordă asistență medicală primară, cu statut asigurat și neasigurat. Astfel, alocarea mijloacelor financiare pentru instituțiile medicale care prestează servicii medicale primare și urgente prespitalicești, se prezintă în continuare.

- Asistența medicală urgentă prespitalicească a fost contractată pentru 3 415 756 de persoane cu IMSP Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească³² și cu IMSP Policlinica de stat. Tariful „per capita” a fost stabilit în sumă de 299,99 lei pentru numărul persoanelor identic celor înregistrate în IMS ce prestează asistență medicală primară din teritoriul de deservire. Astfel, suma alocată pentru 3 415 756 de persoane, înregistrate la data de 31 decembrie 2021, a constituit 1 045,4 mil.lei.

- Asistența medicală primară a fost contractată pentru 3 419 364 de persoane, care au fost înregistrate în evidența a 290 de instituții medicale, fiind achitate în sumă de 2 387,7 mil.lei.

Achitarea sumei „per capita” pentru fiecare instituție medicală se ajustează după criteriul risc de vârstă, calculat în baza numărului de persoane (asigurate și neasigurate). Volumul de mijloace financiare alocate pentru medicina de familie luând în calcul dinamica pe vârste, se prezintă în tabelul următor:

Volumul asistenței medicale primare contractate în baza metodei „per capita”, ajustată după criteriul risc de vârstă

Tabelul nr.6

³⁰ Pct. 12 din Ordinul comun al MS și CNAM nr.1227/350-A din 29.12.2021.

³¹ Pct.7 alin.3 din Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 596/404A din 21.07.2016.

³² Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 05-08/1 din 31 decembrie 2021 încheiat între IMSP Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Perioada	Populația contractată „per capita”				Suma contractată și alocată, mil.lei			
	Vârsta 0-5 ani	Vârsta 5-50 ani	Vârsta 50+ani	Populația totală	Vârsta 0-5 ani	Vârsta 5-50 ani	Vârsta 50+ani	Populația totală
Trimestrul I	153.154	2.151.481	1.112.467	3.417.102	37.3	307.9	238.8	584.1
Trimestrul II	150.827	2.147.585	1.118.067	3.416.479	36.7	307.4	240.1	584.2
Trimestrul III	147.287	2.139.243	1.129.226	3.415.756	35.8	306.1	242.4	584.3
Trimestrul IV	149.826	2.142.984	1.126.554	3.419.364	39.6	332.9	262.5	635.0
Total:	-	-	-	-	149.4	1.254.5	983.8	2.387.7

Sursa: Elaborat de audit în baza contractelor încheiate între CNAM și instituțiile medico-sanitare publice ce prestează asistență medicală primară.

Se menționează că, per instituție medicală, volumul de mijloace financiare alocat este ajustat cu „riscul de vârstă” și este corelat cu dinamica persoanelor care dispun de libera alegere privind schimbarea medicului de familie și a instituției medicale care prestează AMP, proces care se realizează pe tot parcursul anului.

Auditul public extern a stabilit deficiențe cu impact asupra contractării și alocării mijloacelor din FAOM, care se exprimă prin următoarele. Potrivit datelor prezentate de către Biroul Național de Statistică³³ la 01.01.2022, numărul populației cu reședință obișnuită în Republica Moldova a fost de 2 603 813 persoane, cu 815 551 de persoane mai puțin comparativ cu numărul persoanelor înregistrate în sistemul informațional al CNAM.

Numărul de persoane pe grupe de vârstă cu reședință obișnuită, în anul 2022

Tabelul nr.7

Perioada	Populația cu reședință obișnuită, la începutul anului			
	Vârsta 0-5 ani	Vârsta 5-50 ani	Vârsta 50+ani	Populația totală
Anul 2022	148.011	1.525.365	930.437	2.603.813

Sursa: Informații prezentate de BNS.

Notă: Datele sunt recalculate prin aplicarea definiției internaționale privind reședința obișnuită. Reședința obișnuită este definită ca locul în care persoana a trăit preponderent în ultimele 12 luni, indiferent de absențele temporare (în scopul recreării, vacanței, vizitelor la rude și prieteni, afacerilor, tratamentului medical, pelerinajelor religioase etc.). Informația este prezentată fără populația raioanelor din partea stângă a Nistrului și mun. Bender.

Totodată, luând în considerare datele statistice privind numărul populației Republicii Moldova de 2 603 813 persoane, cât și contractarea și alocarea mijloacelor financiare „per capita”, se denotă că, la contractarea asistenței medicale primare și urgente prespitalicești, mijloacele financiare urmau să fie alocate cu 796,6 mil.lei mai puțin. Astfel,

- **asistența medicală primară** urma a fi contractată după principiul „per capita” în sumă de 1 855,3 mil.lei, ceea ce reprezintă cu 532,4 mil.lei mai puțin comparativ cu suma contractată de CNAM în anul 2022;
- **asistența medicală urgentă prespitalicească** urma a fi contractată după principiul „per capita” în sumă de 781,1 mil.lei, ceea ce reprezintă cu 264,2 mil.lei mai puțin comparativ cu suma contractată de CNAM în anul 2022 și care a constituit 1 045,4 mil.lei.

Constatările expuse sunt susținute de faptul că instituțiile medicale primare nu au asigurat verificarea și actualizarea pe deplin a numărului total de persoane (asigurate și neasigurate), ceea ce nu asigură validarea datelor din SI în baza căruia CNAM achită volumul de servicii medicale „per capita”, pentru toată populația Republicii Moldova.

³³ Scrisoarea Biroului Național de Statistică nr.10-10/09 din 14.04.2023.

Cadrul normativ³⁴ stabilește că, pentru a asigura validarea datelor înregistrate în sistemul informațional al CNAM, *pe parcursul a 5 ani din momentul intrării în vigoare a prevederilor ordinului comun al MSMPS și CNAM din 27.01.2017*, persoanele își vor reconfirma voința de a fi înregistrate pe Lista medicului de familie, prin completarea unei cereri noi ce va fi atașată la cererea inițială, completată și înregistrată anterior intrării în vigoare a ordinului indicat.

Astfel, până la data de 27.01.2022, instituțiile medicale urmau să asigure realizarea procesului de reconfirmare a persoanelor din evidența acestora, ceea ce ar fi confirmat alocarea mijloacelor financiare, atât pentru asistența medicală primară, cât și pentru asistența medicală urgentă prespitalicească.

Auditul menționează că Regulamentul privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul AOAM, nu stabilește expres modalitatea de conlucrare a instituțiilor medicale cu CNAM, procesul de reconfirmare și validare a datelor (transmiterea informației) și termenele de prezentare a datelor către CNAM.

Evaluările auditului privind validarea datelor din lista persoanelor înregistrate în cadrul IMSP CS Durlști și IMSP CS Vatra, denotă următoarele:

- la IMSP CS Durlști, la data de 31.12.2022 erau înregistrate 16 796 de persoane, instituția fiind achitată „per capita” în sumă de 11,5 mil.lei;

- la IMSP CS Vatra, la data de 31.12.2022 erau înregistrate 3 783 de persoane, instituția fiind achitată „per capita” în sumă de 2,6 mil.lei.

Examinarea de către audit a 796 de cereri (453 primare, 343 repetate) a constatat deficiențe care creează incertitudini și afectează justificarea procesului de confirmare a persoanelor înregistrate la medicii de familie, situație expusă prin următoarele: cererea repetată a fost completată și semnată de către angajații IMSP CS Durlști, nefiind semnată de către persoana care este în evidență și care a depus cererea inițială – 102 cazuri; cererea repetată a fost depusă cu depășirea termenului de 27.01.2022 – 153 de cazuri; lipsește cererea inițială – 23 de cazuri; nu sunt semnate cererile repetate – 12 cazuri; lipsesc cererile repetate – 6 cazuri; cererile persoanelor s-au regăsit în lista prezentată de CNAM, deși persoanele sunt înregistrate în cadrul acestor IMSP conform sistemului „Verificarea înregistrării la medicul de familie” – 4 cazuri; diferă semnătura din cererea inițială cu semnătura din cererea finală. În același timp, semnăturile din cererile inițiale sunt aceleași, situație exactă și în cazul cererilor repetate – 4 cazuri; semnătura din cererea inițială nu corespunde cu semnătura din cererea de reconfirmare – 3 cazuri; lipsește cererea inițială și cererea repetată nu este semnată; cererea inițială nu are semnătură, pe cererea inițială nu este data înregistrării. Totodată, în 165 de cazuri nu au fost identificate divergențe.

Conducerea IMSP CS Durlști a informat: *„cererile nu au fost înregistrate integral de către medicii de familie, dat fiind faptul că procesul a fost întrerupt în perioada pandemică de Covid-19 și de post Covid. Totodată, din motivul suprasolicitării medicilor de familie, procesul confirmării reînregistrării pacienților se prelungește până la momentul actual. Marea majoritate a cererilor au fost perfectate de către asistentele medicale de familie, dar nu sunt contrasemnate de pacienți. La*

³⁴ Pct. 62 din Regulamentul privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.1087/721-A din 30.12.2016.

momentul actual, circa 20% din numărul pacienților înregistrați în Centrul de sănătate Durești au reconfirmat înregistrarea la medicii de familie contra semnătură”.

În opinia CNAM, Sistemul Informațional „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” este interconectat cu ASP, însă datele sunt actualizate de către IMSP care sunt responsabile de evidența cererilor persoanelor.

În martie 2022, CNAM a emis circulara către prestatorii de servicii medicale primare, pentru a reaminti prestatorilor de servicii medicale primare privind necesitatea asigurării procesului de reconfirmare a datelor.

VI. ALTE INFORMAȚII

6.1. Cheltuielile pentru medicina primară nu pot fi evaluate reieșind din serviciile prestate populației contractate, deși sunt relevante deoarece acestea asigură serviciile medicale de profilaxie, prevenire și diagnostic.

Asistența medicală primară constituie primul nivel de contact al individului, familiei și comunității cu sistemul sanitar, în același timp, este primul element al procesului continuu de păstrare a sănătății. Serviciile medicale primare contractate după metoda „per capita” ajustată la riscul de vârstă au constituit 2 387,7 mil. lei, sau 98% din suma totală alocată pentru asistența medicală primară. Metoda de contractare și achitare a asistenței medicale primare se efectuează conform principiului „per capita”, care presupune alocarea mijloacelor financiare în funcție de numărul persoanelor din evidența instituției medicale.

*Prestarea serviciilor medicale este raportată*³⁵ către instituțiile medicale primare, cu indicarea numărului de vizite/solicitări, respectiv, vizite la medicul de familie, divizat pe categorii de persoane asigurate și neasigurate. Se denotă că raportarea de către instituțiile medicale a numărului de vizite acordate nu oferă posibilitatea evaluării cuantumului serviciilor medicale prestate persoanelor unic deservite pe categorii de vârste, așa cum prevede contractul.

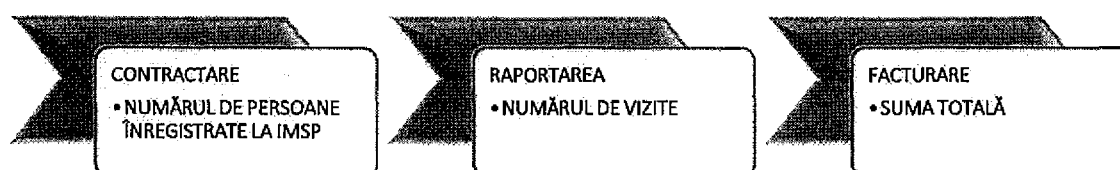


Figura nr.3. Contractarea, raportarea și achitarea serviciilor medicale în cadrul AMP.

Sursă: Întocmit de către auditor.

Asistența medicală primară se realizează cu utilizarea SI „AMP”, însă 61% din toate instituțiile de asistență medicală primară nu au utilizat SI în activitatea de evidență a serviciilor. SIA „AMP” este încă în proces de dezvoltare și implementare a funcționalităților suplimentare, cu interoperabilitatea acestora cu alte sisteme informaționale. Conform informațiilor prezentate de

³⁵ Ordinul comun al MS și CNAM nr.709/163-A din 20.07.2022 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”.

388 de prestatori de asistență medicală primară, doar 152 de instituții medicale utilizează acest sistem, iar alte 236 de instituții medicale nu îl utilizează. SIA „AMP” nu poate genera rapoarte consistente privind numărul persoanelor înregistrate la medicul de familie, după anumite criterii (de ex., după categorii de vârstă a persoanelor înregistrate) și persoane unic deservite, informație necesară pentru contractarea IMS ce prestează AMP. SIA „AMP” nu este interconectat cu Sistemul Informațional „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie”, ceea ce nu oferă posibilitatea evaluării categoriilor de persoane deservite (unice – per capita) stabilite în contract. Potrivit informațiilor prezentate, nivelul scăzut de utilizare a SIA „AMP” este determinat de lipsa specialiștilor TI calificați în instituțiile medico-sanitare publice, existența unor IMSP care dețin propriul sistem informațional, lipsa interoperabilității depline a sistemelor informaționale existente, lipsa serviciilor de dezvoltare pentru ajustarea în timp real a SIA la noile cerințe impuse de politicile în domeniul sănătății la nivel național (rapoarte statistice, fișa medicală a gravidelor, fișa medicală a copilului, indicatorii de performanță etc.), lipsa serviciului de mentenanță, ceea ce determină riscul de apariție a defecțiunilor tehnice și abaterilor de la funcționarea normală, care pot afecta activitatea acestuia.

Începând cu aprilie 2023, CNAM a stabilit condiții speciale în prevederile contractuale privind utilizarea obligatorie a SI de către instituțiile medicale primare. Aceasta va înlesni realizarea obligațiilor contractuale, inclusiv în asigurarea evidenței datelor privind acordarea serviciilor beneficiarilor.

Totodată, auditul a constatat deficiențe cu privire la contractarea, raportarea și achitarea serviciilor medicale primare aferente a 10 instituții medicale care au prestat/executat servicii medicale primare în sumă de 560,7 mil.lei, ceea ce constituie 23% din suma mijloacelor executate pentru acest tip de asistență medicală, care se exprimă prin următoarele:

- nu s-a asigurat respectarea termenelor și mărimii avansurilor lunare pentru unele IMSP.

Auditul menționează că CNAM nu și-a onorat obligațiunea de avansare în termen de până la data 15 a lunii și în mărime de până la 80% din 1/12 parte din suma contractuală. Astfel, prestatorului de servicii medicale primare „Medeferent” SRL, avansul pentru luna ianuarie în sumă de 44,0 mii lei i-a fost transferat la data de 16.02.2022, împreună cu avansul pentru luna februarie de 44,0 mii lei.

De asemenea, și pentru alți prestatori de servicii medicale primare a fost depășită suma avansului, în luna februarie cu 4,6% - 8,8%, în sumă totală de 2,4 mil.lei (IMSP AMT Botanica, IMSP AMT Buiucani, IMSP AMT Centru, IMSP AMT Ciocana, IMSP AMT Râșcani, IMSP CMF Bălți, IMSP CS Ciocâlneni, IMSP CS Durești, IMSP CS Vatra).

Conform explicațiilor prezentate, la achitarea avansurilor CNAM evaluează posibilele riscuri, în special aferente serviciilor medicale acordate de către instituțiile medicale private, iar deciziile sunt adoptate prin decizia Comisiei din cadrul CNAM.

6.2. În cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, se mențin cetățeni care nu sunt asigurați.

Sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova se realizează cu aplicarea principiului solidarității. Acest lucru înseamnă că plătitorii primelor de AOAM achită

contribuțiile respective în funcție de venit, iar persoanele asigurate beneficiază de asistență medicală și farmaceutică în funcție de necesități.

Accesul persoanelor asigurate la serviciile medicale prestate la toate nivelele de asistență medicală (primară, spitalicească, urgentă prespitalicească etc.) nu este corelat cu contribuția bănească în fondurile de medicină. Statutul de persoană asigurată în sistemul AOAM este o calitate atribuită persoanei fizice prin încadrarea în una dintre categoriile de persoane asigurate:

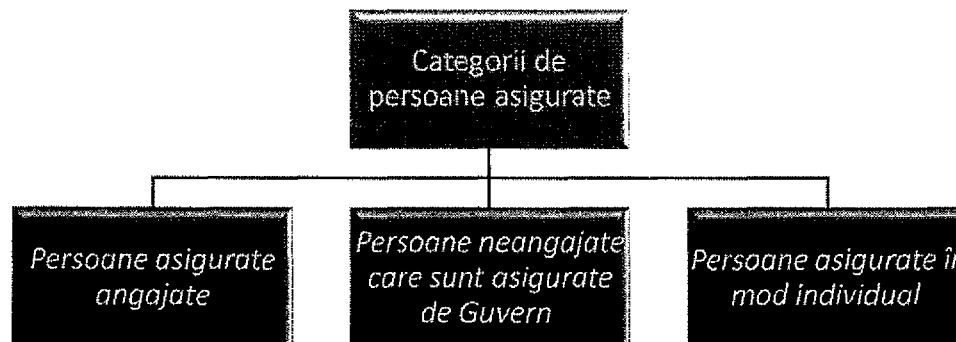


Figura nr.4. Categoriile de persoane asigurate în cadrul AOAM.

Sursa: Pct.6 din Regulamentul privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Pentru persoanele angajate, contribuțiile la asigurările medicale obligatorii sunt achitate în cuantum de 9% de către angajat.

Se denotă că, persoanele încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, se divizează în persoane angajate și neangajate în câmpul muncii, ceea ce determină particularități specifice privind finanțarea sistemului. Pentru anumite categorii de persoane neangajate, legal stabilite³⁶, asigurarea obligatorie de asistență medicală se realizează din contul transferurilor din bugetul de stat.

Asigurarea obligatorie de asistență medicală a altor categorii de persoane neangajate³⁷, pentru care Guvernul nu are calitatea de asigurat, se efectuează individual prin obținerea statutului de persoană asigurată.

Finanțarea sistemului AOAM corelat cu categoriile de persoane asigurate

Tabelul nr.8

Subiecții asigurării	Persoane neangajate care sunt asigurate de Guvern	Persoanele asigurate angajate (salariați)	Persoane care se asigură în mod individual	Total
Metoda de asigurare	Transferuri de la Bugetul de Stat	Contribuție procentuală din salariu și alte recompense 9%	Procurarea poliței AOAM	
Valoarea veniturilor (mil.lei)	5 921,1	6 218, 95	130,8	12 270,9
Numărul persoanelor asigurate	1 583 517	734 467	61 357	2 402,3
Valoarea medie a contribuției per persoană (lei)	3 739,0	8 467,0	2 132,0	5 108,0

Sursa: Elaborat de audit.

³⁶ Art.4 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998.

³⁷ Art.16 din 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.

Evaluările auditului denotă că, pentru 1 583 517 persoane asigurate de Guvern, au fost transferate 5 921,1 mil.lei, ceea ce reprezintă circa 3 740 lei alocați pentru o persoană.

Totuși, calcularea transferurilor de la BS nu se efectuează pentru numărul de persoane, fiind prevăzut³⁸ ca suma transferurilor din bugetul de stat în FAOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate specificate în art.4 alin.(4) din legea prenotată se stabilește anual prin legea bugetului de stat, reprezentând suma aprobată a transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru anul precedent, indexată cu indicele prețurilor de consum pentru anul precedent. Astfel, transferurile de la bugetul de stat în FAOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care Guvernul a avut calitatea de asigurator, în anul 2022, se prezintă după cum urmează:

Informații aferente stabilirii transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate

Tabelul nr.9 (mil.lei)

Denumirea	Aprobat, 2021	IPC 2021 ³⁹	Aprobat, 2022
1	2	3	4
Transferuri de la bugetul de stat <i>pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care Guvernul a avut calitatea de asigurator</i>	5 693.4	104,0	5 921.1

Sursa: Date prezentate de Ministerul Finanțelor.

În același timp, ponderea cea mai semnificativă a veniturilor în sumă de 6 218,9 mil.lei provine din contribuțiile la FAOAM achitate de persoanele încadrate în câmpul muncii, care se calculează în cotă procentuală la salariu. În medie, o persoană a achitat contribuții în FAOAM de 8 467 lei.

Numărul contribuabililor din sistemul unic de calculare a contribuțiilor, în anul 2022, a constituit 734 467 de persoane⁴⁰, inclusiv 181 845 de salariați din sectorul bugetar, cu excepția celor din instituțiile de învățământ superior și din instituțiile medico-sanitare, și 552 622 de salariați din cadrul sectorului privat, instituțiilor de învățământ superior și instituțiilor medico-sanitare. Astfel, în economia țării sunt aproximativ 25% lucrători în sectorul bugetar și 75% în sectorul real.

Auditul denotă că, potrivit informației prezentate la 31.12.2022, în Republica Moldova erau 3 422 007 persoane, dintre care 2 285 074 de persoane asigurate și 1 136 933 de persoane neasigurate. Această situație indică că circa 33 % din populația Republicii Moldova nu este acoperită cu asigurare obligatorie de asistență medicală.

Se menționează necesitatea intensificării acțiunilor de sporire a gradului de acoperire cu AOAM, inclusiv ținând cont de prevederile cadrului legal care stabilesc că, în baza informațiilor disponibile în Sistemul informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, CNAM va identifica persoanele fizice care nu au achitat prima de AOAM în sumă fixă în termenul și în mărimea stabilite de legislație.

³⁸ Art.9 din Legea nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală”.

³⁹ Prognoza actualizată a principalilor indicatori macroeconomici pentru anii 2022-2024 nr. 04-4781 din 29.10.2021, prezentată Ministerului Finanțelor de către Ministerul Economiei.

⁴⁰ Persoanele angajate prin contract individual de muncă, persoanele aflate în raporturi de serviciu în baza actului administrativ ori prin alte tipuri de contracte civile în vederea executării de lucrări sau prestării de servicii, cu excepția celor specificate la pct. 1.2-1.5; pentru angajații și/sau alte persoane fizice, în baza contractelor civile, în vederea executării de lucrări sau prestării de servicii, în cazul rezidenților parcurilor pentru tehnologia informației; pentru cetățenii Republicii Moldova angajați prin contract în proiecte, în instituții și organizații internaționale, indiferent de sursa de finanțare a activităților, în cazul în care acordurile internaționale la care Republica Moldova este parte nu prevăd scutirea de plată a contribuțiilor de asigurări sociale de stat obligatorii; pentru persoanele care desfășoară activitate în funcții electivă ori sunt numite în cadrul autorităților executive; pentru judecători, procurori, Avocați ai Poporului; Anexa 1, Legea 489/1999.

Cu referire la persoanele neasigurate, CNAM a informat că 447 175 de persoane se află în afara țării pentru o perioadă mai mare de 183 de zile pe parcursul unui an bugetar, precum și 25 463 de persoane sunt angajate în structurile de forță, ceea ce atestă că gradul de asigurare ar fi mai mic (85,5%).

6.3. Evidența persoanelor asigurate de Guvern nu este susținută de date veridice cu privire la numărul și statutul acestora, ceea ce poate afecta accesul la servicii medicale.

Cadrul legal⁴¹ stabilește că CNAM este instituția responsabilă de evidența tuturor persoanelor în cadrul sistemului de asigurări. Statutul persoanelor asigurate se realizează prin intermediul sistemului informațional automatizat AOAM, care este gestionat de CNAM. Astfel, Guvernul a transferat în FAOAM mijloace financiare în sumă de 5 921,1 mil. lei pentru asigurarea și susținerea unor categorii de persoane neangajate, iar CNAM, la situația din 31.12.2022, a raportat Guvernului numărul acestora. S-a constatat că datele raportate (*pentru unele categorii verificate*) care se generează din sistemul informațional AOAM nu furnizează date exacte, comparativ cu numărul de persoane aflate în evidența instituției abilitate, informații care se prezintă în tabelul ce urmează:

Analiza datelor aferente categoriilor de persoane asigurate de Guvern

Tabelul nr.10

Persoane asigurate de Guvern	Numărul de persoane conform datelor raportate de CNAM	Numărul total de persoane	Numărul de persoane care lucrează din total	Numărul de persoane care urmau a fi asigurate de Guvern	Divergențe
-	conform datelor de la instituțiile responsabile de evidență				-
1	2	3	4	5 = (3-4)	6 = (5-2)
1. copiii cu vârsta de până la 18 ani	812 693	-	-	813 299	606
2. persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii	132 798	162 295	37 366	124 929	(7 869)
3. pensionari	506 994	675 674	171 019	504 655	(2 339)
4. șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă	16 035	-	-	21 210	5 175
5. persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane	1 996	3 042	9	3 033	1 037
6. persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social	23 373	32 827	2 486	30 341	6 968
7. participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl	41	55	18	37	4
8. veteranii de război	8 985	-	-	33 195	24 210

⁴¹ Art.6¹ din Legea nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

9. donatori de organe în viață	13	26	6	20	3
Total:	1 502 928	-	-	1 530 719	-

Sursa: Raportul privind numărul persoanelor asigurate de către Guvern la 31.12.2022.

Acordarea statutului de persoană asigurată pentru copiii cu vârsta de până la 18 ani se efectuează de către asigurător – CNAM, în baza datelor din Registrul de stat al populației și conform prevederilor stabilite de art. (9¹) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Potrivit datelor solicitate și prezentate de Agenția Servicii Publice, se denotă că numărul copiilor care urmau să dispună de statut de persoană asigurată la 31.12.2022 era de 813 299, ceea ce relevă riscuri pentru 606 copii, deoarece SI AOAM a generat date privind numărul copiilor de numai 812 693 (de persoane).

Pentru persoanele cu *dizabilități severe, accentuate sau medii beneficiare de pensii și alocații sociale de stat, persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă cu vârsta de până la 18 ani care beneficiază de alocații sociale de stat pentru îngrijire, însoțire și supraveghere și pensionarii în sistemul public de pensii al Republicii Moldova*, CNAM menține statutul de persoană asigurată de Guvern conform termenului de acordare a dreptului la prestația socială, în baza informațiilor puse la dispoziție, în regim real, de Casa Națională de Asigurări Sociale, prin intermediul platformei de interoperabilitate (MConnect).

Auditul a solicitat informații de la CNAS cu privire la categoriile de persoane sus-menționate, datele fiind reflectate în tabelul nr.10 și indică asupra necoresponderii acestora. Deși statutul de persoană asigurată asigură accesul la servicii medicale, 6 968 de persoane din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social și 1 037 de persoane care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă cu vârsta de până la 18 ani nu au avut statut de persoană asigurată.

Totodată, datele din SI AOAM, comparativ cu cele de la CNAS, denotă că sunt mai multe persoane cu dizabilități (7 869 de persoane) și pensionari (2 339 de persoane) care dispun în sistemul AOAM de statut de persoană asigurată de Guvern. Această situație poate fi determinată de faptul că persoanele din categoriile menționate sunt încadrate în câmpul muncii și contribuie în FAOAM prin achitarea primei AOAM în cotă procentuală calculată din salariu. Cadrul legal prevede că, în cazul includerii concomitente a persoanei fizice în categoriile „persoană asigurată de Guvern” și „persoană asigurată angajată”, se acordă, în mod prioritar, statutul de „persoană asigurată angajată”.

Cu referire la participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobîl, cadrul legal⁴² stabilește că organele administrativ-militare teritoriale sunt responsabile de evidența acestor categorii de persoane. Nu este stabilită modalitatea și termenul de prezentare a informațiilor cu aceste instituții, ceea ce denotă că nu se dispune de date exacte. Totodată, potrivit datelor oferite de CNAS, la 31.12.2022 persoanele/participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobîl, care au beneficiat de prestații au fost: pensie pentru limită de vârstă – 66 de persoane (dintre care 36 de persoane lucrează), pensie de dizabilitate – 1 439 de persoane (dintre care 303 persoane lucrează), alocații lunare de stat – 55 de persoane (dintre care 18 persoane lucrează).

⁴² Art.9 lit. g¹) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Anexa nr.19 la Ordinul CNAM nr.46-A din 01.03.2021 stabilește că instituțiile obligate să țină evidența persoanelor asigurate de Guvern vor transmite informațiile în temeiul Acordurilor semnate cu CNAM. Auditul nu a dispus de informații cu privire la semnarea Acordurilor respective. Evaluările auditului relevă că, potrivit datelor prezentate de către *Agencia de Transplant, la sfârșitul anului au fost înregistrate 26 de persoane, donatori de organe în viață: dintre care: 16 persoane, potrivit sistemului informațional, aveau statut de donatori de organe în viață, 6 persoane sunt angajate, 4 persoane sunt concomitent încadrate în 2 sau 3 categorii din cele care sunt asigurate de Guvern.* Potrivit analizei informațiilor din sistemul informațional al CNAM, în categoria donatori de organe în viață au fost 13 persoane, numărul efectiv fiind de 16.

Au fost analizate datele din SI AOAM privind 70 de persoane care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă (nevăzătoare), inclusiv persoane cu dezabilități beneficiare de alocație pentru îngrijire și 50 de persoane care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă cu vârstă de până la 18 ani, la situația din 31.12.2022, și s-a stabilit:

- potrivit datelor din sistemul informațional, pentru 12 persoane au statutul de persoană angajată, iar potrivit datelor din sistemul informațional al SFS, aceste persoane nu au fost angajate și nu au contribuit în FAOAM cu prime în cotă procentuală din salariu sau din alte recompense. CNAM acordă/suspendă statutul persoanelor asigurate angajate în baza informațiilor puse la dispoziție de Serviciul Fiscal de Stat (*Formularul IRM 2019 - Informație privind stabilirea drepturilor sociale și medicale aferente raporturilor de muncă*). Totodată, acest formular este transmis SFS de către angajatori. În acest context, se menționează că 3 persoane care îngrijesc la domiciliu persoane cu dizabilități severe cu vârsta de până la 18 ani *au statut de persoană neasigurată*, deși se includ în categoriile de persoane asigurate de Guvern.

Situațiile expuse au fost cauzate de faptul că SIA AOAM nu dispune de instrumente ce țin de:

- *prioritizarea categoriilor (persoanele care concomitent se încadrează în mai multe categorii), respectiv procedura întreagă, de la informația prezentată, sume achitate și până la acordarea statutului;*
- *evidența personificată a achitărilor care s-au efectuat de către angajator (prima în cotă procentuală), inclusiv a persoanelor care s-au asigurat prin achitarea primei de asigurare în sumă fixă.*

Situațiile constatate determină riscuri privind accesul persoanelor la serviciile garantate de către stat și denotă necesitatea stringentă de îmbunătățire a evidenței persoanelor încadrate în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală. De asemenea, necesită a fi reglementat și intensificat procesul de colaborare cu instituțiile responsabile de evidența anumitor categorii de persoane și furnizarea informațiilor în acest sens.

Verificarea încasării primei de AOAM în sumă fixă pentru persoanele ce urmează să se asigure în mod individual a relevat următoarele. În anul 2022, subdiviziunile teritoriale ale CNAM au identificat 2 225 de persoane care urmau să procure poliță de asigurare medicală, dar care nu au efectuat această procurare fiindu-le calculate de CNAM plăți și penalități de 5 772,2 mii lei, din care au fost încasate doar 1 466,0 mii lei.

Auditul a stabilit că, la verificarea calculelor plăților și inițierea litigiilor civile de încasare a acestor plăți, persoanele responsabile din cadrul CNAM nu au acces la informații primare și complete

privind veniturile încasate de persoanele respective și reținerile efectuate de angajator în folosul FAOM, declarate în formularele IPC și IALS. Ca urmare, se relevă existența riscului de calculare neîntemeiată⁴³ a plăților datorate de persoanele fizice, pentru care sunt utilizate atât resurse de personal, cât și resurse financiare ale bugetului public național⁴⁴.

6.4. Sistemul de sănătate al Republicii Moldova a prestat servicii medicale pentru cetățenii străini refugiați din Ucraina, în sumă de 55,5 mil.lei, la toate nivelele de asistență medicală.

În anul 2022, instituțiile medico-sanitare publice au acordat servicii medicale gratuite pentru refugiații din Ucraina, proces prevăzut prin Deciziile Comisiei pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova⁴⁵.

Persoanele refugiate din Ucraina în Republica Moldova au beneficiat de servicii medicale la toate nivelele de asistență medicală, iar cheltuielile pentru serviciile medicale au fost acoperite de patru organizații internaționale, prin transferuri cu destinație specială în fondurile AOAM, care s-au realizat cu încheierea acordurilor de parteneriat cu CNAM, și anume:

- cheltuielile privind serviciile medicale în domeniul sănătății reproducerii pentru *femeile străine refugiate din Ucraina, cu vârsta cuprinsă între 18 și 55 de ani*, au fost acoperite de Fondul Națiunilor Unite pentru Populație, în sumă de 3,8 mil.lei;
- copiii cu vârsta 0-18 ani, refugiați din Ucraina, au beneficiat de servicii medicale incluse în Programul unic, cheltuielile fiind acoperite de către UNICEF, în sumă de 13,6 mil.lei;
- cheltuielile privind serviciile de dializă acordate cetățenilor străini refugiați din Ucraina, au fost acoperite din mijloacele financiare transferate de către Organizația Internațională pentru Migrație, în sumă de 2,4 mil.lei;
- cheltuielile privind serviciile medico-chirurgicale și aferente infecției Covid-19 pentru cetățenii străini refugiați din Ucraina, au fost acoperite de Banca Centrală Europeană, în sumă de 18, 5 mil.lei.

În acest sens, au fost modificate Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM, fiind aprobate rapoarte separate pentru serviciile medicale acordate refugiaților. Cetățenii străini refugiați din Ucraina au *beneficiat de servicii medicale incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aceste servicii fiind contractate de CNAM de la prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul AOAM*. În anul 2022 au fost contractate, acordate și raportate servicii medicale pentru toate tipurile de asistență medicală, în valoare de 55,5 mil.lei. Sursele financiare din care au fost acoperite aceste cheltuieli sunt prezentate în următorul tabel.

Informații cu privire la quantumul serviciilor medicale prestate refugiaților din Ucraina, volumul serviciilor medicale contractate și sursele de acoperire a acestora.

Tabelul nr.11

Tipurile de asistență medicală	Servicii medicale contractate (mil. lei)	Servicii medicale achitate (mil. lei)	din care acoperite din surse externe (lei)				
			Total:	UNFPA	UNICEF	OIM	CEB

⁴³ Art.3 și art.23 din Legea nr.1593/2002 și art.88 alin.5 din Codul fiscal.

⁴⁴ De exemplu, persoanei (IDNP 2004003135141) i s-a calculat pentru perioada 03.08.2021-31.12.2022 plăți și penalități în sumă de 7 101,18 lei, deși aceasta era remunerată, în aceeași perioadă, în baza contractului de prestări servicii, din care au fost reținute și achitate la FAOM prime AOAM, informație care este înregistrată în sistemul informațional al SFS.

⁴⁵ Pct.20 din Dispoziția Comisiei pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova nr.2 din 25.02.2022 (în continuare - DCSE), Pct.26 din DCSE nr.3 din 27.02.2022, Pct.13 din DCSE nr.14 din 14.04.2022, Pct.2 din DCSE nr.23 din 30.05.2022, Pct.1,2,3 din DCSE nr.32 din 08.08.2022, Pct. 9 din DCSE nr.45 din 31.10.2022.

AMUP	14,9	14,9	4,312,457.4	1,080,866.7	3,231,590.7		
AMP	1,1	1,0	362,904.0	103,288.0	259,616.0		
AMSA	3,7	3,6	2,877,317.1	102,510.1	382,957.0	2,391,850.0	
AMS	35,7	35,0	30,772,548.7	2,558,055.7	9,689,688.0	1,995.0	18,522,81
SIP	0,02	0,02	22,298.0	21,696.0	602.0		
ÎMCD	0,03	0,03	31,102.0	19,718.0	11,384.0		
Total:	55,5	54,6	38,378,627.2	3,886,134.5	13,575,837.7	2,393,845.0	18,522,810

Sursa: Date prezentate de CNAM.

Asistența medicală a fost acordată refugiaților din Ucraina de către 160 de instituții medicale publice și private, fiind contractate servicii medicale în sumă de 55,5 mil.lei, achitate fiind 54,6 mil.lei de către Companie din surse externe combinate pentru: AMS – 35,0 mil.lei; AMUP – 14,9 mil.lei; AMSA – 3,6 mil.lei, ceea ce constituie 97% din toate achitățile efectuate. La finele anului au fost achitate 54 664,5 mii lei, din care 38 378,6 lei alocați pentru serviciile medicale acordate refugiaților din Ucraina din sursele externe, diferența de 16,3 mil.lei a fost acoperită din fondurile FAOM, iar conform dispoziției CSE nr.61 din 27.02.2023, au fost restituite din fondul de intervenție al Guvernului⁴⁶.

Se denotă că serviciile medicale prestate refugiaților au fost realizate la toate nivelele de asistență medicală, inclusiv: 80% pentru asistența medicală spitalicească, 11% pentru asistența medicală de urgență și 7,5% au constituit cheltuielile pentru asistența medicală de ambulator.

Auditul denotă că toate serviciile medicale prestate refugiaților din Ucraina au fost facturate de către instituțiile medicale și achitate de CNAM. Astfel, au fost verificate cheltuielile privind serviciile achitate în sumă de 53,6 mil.lei pentru asistența medicală spitalicească, specializată de ambulator, asistența medicală urgentă prespitalicească.

6.5. Serviciile medicale urgente prespitalicești prestate refugiaților din Ucraina au fost raportate cu deficiențe, ceea ce a limitat auditul în evaluarea acestora (0,8 mil.lei).

În anul 2022 IMSP Centrul National de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească a prestat 795 884 de servicii medicale urgente prespitalicești - solicitări, dintre care 11 282 de solicitări au fost efectuate de către cetățenii refugiați din Ucraina. Servicii de asistență medicală urgentă prespitalicească au fost acordate într-un număr semnificativ în primele luni de la începerea războiului. În lunile martie, aprilie, mai au fost prestate servicii medicale urgente în cuantum de 5 549 de solicitări, ceea ce reprezintă 49,0% din totalul de 11 282 de solicitări/servicii prestate refugiaților în anul 2022 de către echipa de urgență, date prezentate în tabelul ce urmează.

Informații privind numărul de solicitări lunare și suma achitată pentru serviciile medicale urgente prespitalicești acordate refugiaților din Ucraina, în anul 2022

Tabelul nr.12

Nr. crt.	Luna/anul	Nr. solicitări raportate conform Ord. 79-A	Nr. solicitări raportate conform Ord. 89-A	Nr. solicitări raportate conform Ord. 135-A	Costul lunar al unei solicitări, lei	Total solicitări	Suma achitată, mil.lei
1	Februarie	179			1 414,6	179	0,25
2	Martie	2 738			1 256,3	2 738	3,4

⁴⁶ Pct.6 din Dispoziția Comisiei pentru Situații Excepționale nr.61 din 27 februarie 2023.

3	Aprilie	1 584	37		1 343,3	1 621	2,2
4	Mai	1 125	65		1 303,5	1 190	1,5
5	Iunie	387	16	377	1 610,1	780	1,2
6	Iulie	481	39	390	1 197,6	910	1,1
7	August	475	15	363	1 226,2	853	1,0
8	Septembrie	254	132	216	1 461,6	602	0,8
9	Octombrie	265	141	259	1 368,8	665	0,9
10	Noiembrie	276	150	259	1 531,5	685	1,0
11	Decembrie	342	194	522	1 236,4	1 058	1,3
Total:		8 107	789	2 386	-	11 282	14,9

Sursa: Întocmit de audit în baza informațiilor CNAM.

Metoda de plată pentru serviciile urgente prespitalicești acordate refugiaților din Ucraina potrivit datelor CNAM a fost „plata retrospectivă per solicitare”, iar costul unei solicitări pentru fiecare lună, s-a stabilit că va fi calculat în baza *„informațiilor privind cheltuielile efective prioritare prezentate de către prestator și suportate în procesul acordării serviciilor medicale, cu excluderea cheltuielilor pentru procurarea imobilizărilor necorporale, mijloacelor fixe, reparațiilor capitale”*.

Se menționează că IMSP Centrul National de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească a prezentat CNAM dările de seamă privind acordarea asistenței medicale de urgență prespitalicească pentru persoanele refugiate din Ucraina, conform ordinelor CNAM nr.79-A din 18 aprilie 2022⁴⁷, nr.89-A din 19 aprilie 2022⁴⁸, nr.135-A din 22 iunie 2022⁴⁹, pentru perioada 24.02.2022-31.12.2022. Potrivit cerințelor s-a solicitat prezentarea informațiilor, după cum urmează: *numele, prenumele, anul nașterii, tip document, numărul actului de identitate, data și ora solicitării, adresa solicitării, diagnosticul prezumtiv, modul de rezolvare a cazului: spitalizat (instituția în care a fost spitalizat)/lăsat pe loc, costul solicitării*.

Astfel, deși a fost prevăzut⁵⁰ de a fi indicată ora la care a fost solicitată echipa de urgență, evaluările auditului au constatat că, pentru 10 224 de servicii urgente, nu a fost documentată ora solicitării. Se denotă că, din totalul de 11 282 de solicitări care au fost raportate, ora a fost indicată doar pentru 1 058 de solicitări ale echipei urgente prespitalicești, efectuate în luna decembrie a anului 2022. De asemenea, la aceleași 1 058 de solicitări raportate în luna decembrie, la 169 de persoane nu a fost indicat numărul actului de identitate.

Totodată, analiza de către audit a constatat deficiențe privind 841 de solicitări de acordare a serviciilor medicale urgente prespitalicești, raportate și achitate, care se exprimă prin:

- *există riscul ca datele raportate privind serviciile urgente prespitalicești acordate în aceeași zi la 108 persoane să se dubleze*. Respectiv, pentru 446 de servicii raportate, informațiile despre serviciul prestat pentru o persoană în aceeași zi se regăsește de două ori în Darea de seamă, iar în cazul a 8 persoane – de trei ori.

Această situație este susținută inclusiv de exemplul prezentat în tabel, care se referă la serviciile prestate și raportate în luna decembrie (unica lună în care a fost indicată ora solicitării echipei AMUP).

⁴⁷ Ordinul CNAM nr.79-A din 18.04.2022 „Cu privire la raportarea serviciilor medicale prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina și a cheltuielilor aferente”.

⁴⁸ Ordinul CNAM nr.89-A din 19.04.2022 „Cu privire la raportarea serviciilor medicale în domeniul sănătății reproductive prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina, care nu sunt titulari ai dreptului de ședere în Republica Moldova și a cheltuielilor aferente”.

⁴⁹ Ordinul CNAM nr.135-A din 22.06.2022 „Cu privire la raportarea serviciilor medicale prestate copiilor refugiați din Ucraina (vârsta 0-18 ani) și a cheltuielilor aferente”.

⁵⁰ Anexa 3 la Ord. nr.79-A din 18.04.2022 Cu privire la raportarea serviciilor medicale prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina și a cheltuielilor aferente.

Exemple privind raportarea serviciilor urgente prespitalicești prestate refugiaților din Ucraina

Tabelul nr.13

Numele, prenumele	Anul nașterii	Data și ora solicitării	Adresa solicitării	Diagnostic stabilit	Modul de rezolvare a cazului	Costul solicitării
Persoana nr.1	2022-03-10	2022-12-24 18:12	Chișinău/str. M. Sadoveanu	Amigdalită acută supurată	Lăsat pe loc	1,236.47
Persoana nr.1	2022-03-10	2022-12-24 18:12	Chișinău/str. M. Sadoveanu	Amigdalită acută supurată	Lăsat pe loc	1,236.47
Persoana nr.1	2022-03-10	2022-12-24 21:17	Chișinău/str. M. Sadoveanu	Amigdalită acută supurată	Lăsat pe loc	1,236.47
Persoana nr.1	2022-03-10	2022-12-24 21:17	Chișinău/str. M. Sadoveanu	Amigdalită acută supurată	Lăsat pe loc	1,236.47

Sursa: Date extrase din raportul cu privire la serviciile urgente prespitalicești acordate refugiaților.

De asemenea, s-a constatat că 690 de servicii urgente prespitalicești au fost prestate în baza a 258 de solicitări efectuate în aceeași zi pe aceeași adresă la diferite persoane concomitent (rude, familie) de la 2-9 persoane. Totodată, echipele AMUP au realizat servicii în cazul a 338 de solicitări raportate în centrele de plasament, în care au fost deservite concomitent de la 2 până la 16 persoane, dintre care 247 de persoane au fost deservite în același interval de timp. Auditul a constatat că, în cazul în care echipa AMUP s-a deplasat la o singură adresă (în aceeași zi), costurile serviciilor au fost raportate pentru fiecare persoană separat (pentru fiecare persoană s-a raportat câte o solicitare).

Aceste prevederi sunt stabilite prin Ordinul ministrului Sănătății nr.430 din 03.04.2019, care denotă că solicitările medicale urgente concomitente se realizează prin solicitarea serviciului de asistență medicală urgentă prespitalicească la aceeași adresă pentru mai mulți pacienți concomitent. Din cauza lipsei indicării orei la care a fost solicitată echipa de urgență, auditul nu se poate expune asupra faptului dacă echipa AMUP a fost solicitată la ore diferite, situație care afectează confirmarea de prestare a serviciului și, respectiv, a limitat auditul în evaluarea cheltuielilor raportate pentru aceste servicii, în sumă de 0,8 mil.lei.

6.6. Serviciile medicale la domiciliu și cele paliative nu au fost valorificate pe deplin și necesită a fi fortificate cel puțin la nivelul realizării prevederilor contractului.

Subprogramele de cheltuieli aferente serviciilor medicale de îngrijiri la domiciliu și cele paliative nu au fost realizate pe deplin. Astfel, pentru anul 2022, cheltuielile pentru Subprogramul „Îngrijiri medicale paliative” au fost precizate în sumă de 69,3 mil.lei, fiind executate în sumă de 61,1 mil.lei, ceea ce constituie 0,6% din mijloacele financiare totale executate din fondul de bază. Cheltuielile Subprogramului „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu” au fost precizate în sumă de 99,7 mil.lei, executarea acestora fiind de 91,9 mil.lei.

Importanța acestor servicii este conferită de categoriile de beneficiari. Astfel,

- *serviciile medicale la domiciliu nu au fost executate în sumă de 7,8 mil.lei*, deși beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoanele care suferă de maladii cronice și/sau au suportat intervenții chirurgicale mari și pacienții geriatrici care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la un prestator de servicii medicale.

Evaluările auditului au constatat că unele instituții medico-sanitare publice nu au acordat niciun serviciu de îngrijiri medicale la domiciliu, deși au fost contractate în sumă de 80,3 mii lei, pentru a presta vizite asistate persoanelor din evidența instituției ce prestează AMP.

Auditul a stabilit că CNAM a contractat aceste servicii în temeiul ofertelor depuse pentru prestarea serviciilor de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu de către următoarele instituții medicale: IMSP Centrul de Sănătate Ciorescu (oferta de 200 de servicii), IMSP Centrul de Sănătate Ochiul Alb (oferta de 34 de servicii), IMSP Centrul de Sănătate Chetrosu (oferta de 45 de servicii), IMSP Centrul de Sănătate Sofia (oferta de 100 de servicii), IMSP Centrul de Sănătate Vălcineț (oferta de 70 de servicii), IMSP Centrul de Sănătate Ciuciuleni (oferta de 120 de servicii).

Aceste circumstanțe denotă că puteau beneficia de servicii de îngrijirilor medicale la domiciliu circa 309 persoane care suferă de maladii cronice și/sau au suportat intervenții chirurgicale mari;

- *serviciile medicale paliative nu au fost executate în sumă de 8,8 mil.lei*, deși beneficiari de îngrijiri paliative sunt pacienții cu maladii cronice în stadiu avansat și alte boli cu pronostic limitat, care au speranța de viață sub 12 luni, cu suferință psihoemoțională sau spirituală semnificativă⁵¹.

Pentru a asigura accesul persoanelor asigurate la serviciile medicale paliative, Compania a încheiat cu 44 de IMS contracte de acordare a îngrijirilor medicale paliative. Ponderea serviciilor de îngrijiri paliative care nu au fost executate este: 33% – IMSP SR Strășeni (contractat – 1,6 mil.lei, achitat – 0,7 mil.lei), 9,5% – IMSP Institutul Oncologic (contractat – 0,4 mil.lei, achitat – 0,1 mil.lei), 7,6% – IMSP SR Anenii Noi (contractat – 1,3 mil.lei, achitat – 1,1 mil.lei), câte 6,7% – IMSP SR Edineț (contractat – 3,6 mil.lei, achitat – 3,4 mil.lei) și IMSP SR Rezina (contractat – 1,7 mil.lei, achitat – 1,5 mil.lei).

Auditul exemplifică că, potrivit contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (05-08/51 din 31 decembrie 2021), IMSP SR Strășeni a fost contractată pentru acordarea serviciilor medicale paliative în condiții de spital. Volumul serviciilor de asistență medicală necesare a fi prestate conform prevederilor contractuale a fost de 1 800 de servicii (zile/pat) la tariful de 885 lei per serviciu, volumul de finanțare fiind de 1,5 mil.lei.

Auditul a constatat că IMSP SR Strășeni a prestat servicii medicale paliative în condiții de spital în sumă de 671,7 mii lei, nefiind prestate servicii medicale în cuantumul stabilit în contract. Instituția medicală a informat că neexecutarea serviciilor a fost condiționată de faptul că, la prezentarea ofertei de servicii, a fost luat în calcul numărul de pacienți din anul 2019 cărora instituția medicală le-a acordat servicii paliative.

Totodată, un alt factor care a determinat nivelul de executare a serviciilor au fost evaluările de către Direcția de evaluare și monitorizare a CNAM prin nevalidarea serviciilor paliative, în sumă totală de 5,0 mil.lei, la 3 IMS private: Asociația Obștească „Prosperare-Zubrești” – 1,4 mil.lei, Fundația „Hospice Angelus Moldova” – 3,4 mil.lei, și Asociația Obștească „Gloria” – 119,5 mii lei.

Auditul a examinat și a contrapus datele raportate de către IMSP Spitalul Municipal nr.4 în Registrul persoanelor asigurate care au beneficiat de servicii de îngrijiri medicale paliative (hospice)⁵² și din Dărilor de seamă *despre volumul de servicii de îngrijiri paliative*⁵³, nefiind stabilite divergențe.

⁵¹ Secțiunea 6¹ art.36⁴ din HG nr.1387 din 10.12.2007 „Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”.

⁵² Ordinul MS și CNAM nr. 709/163 din 20.07.2022 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”.

⁵³ Ordinul MS și CNAM nr. 709/163 din 20.07.2022 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”.

IMSP Spitalul Municipal nr.4 dispune de 30 de paturi de îngrijiri paliative și de 70 de paturi în Secția de geriatrie. Pe parcursul anului 2022, instituția medico-sanitară publică a prestat 16 330 de servicii medicale paliative, raportate către CNAM ca zile-pat, inclusiv 130 de zile-pat contra plată. Secția de îngrijiri paliative a efectuat 12 029 de zile-pat, Secția geriatrie – 4 301 zile-pat. Numărul persoanelor unic deservite pe parcursul anului este de 981 de persoane. Din cauza că în Secția de geriatrie nu sunt utilizate toate paturile, ele sunt folosite pentru îngrijiri paliative în limita disponibilității.

Un alt aspect pe care îl menționăm se referă la reglementările actuale aferente serviciilor paliative, care necesită a fi îmbunătățite. Astfel, la 16 iunie 2021, către Executiv a fost transmis proiectul Hotărârii de Guvern cu privire la serviciile de îngrijiri paliative, prezentat de către MS, care are ca scop sporirea accesului pacienților la îngrijiri paliative, ceea ce va permite planificarea corespunzătoare a mijloacelor din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative raportate la necesitățile reale. De menționat că acest proiect nu a fost aprobat până în prezent, ceea ce face dificilă îmbunătățirea și extinderea acestor servicii.

Important este faptul că la art. 35¹ alin. (2) din Legea nr. 411/1995 legiuitorul a stabilit conceptul de „îngrijire paliativă”: *„Serviciile de îngrijire paliativă se prestează în scopul îmbunătățirii calității vieții pacienților, precum și a familiilor acestora, care se confruntă cu probleme legate de o boală ce amenință viața, prin prevenirea și înlăturarea suferinței datorită identificării timpurii a durerii, evaluării corecte a acesteia, ameliorării durerii și a altor simptome fizice, precum și prin asigurarea suportului sociopsihologic și spiritual pacienților și familiilor acestora”*. În același timp, Guvernul urma să aprobe norme de organizare și funcționare a serviciilor de îngrijire paliativă, Nomenclatorul serviciilor paliative și Standardele minime de calitate pentru serviciile de îngrijire paliativă, în termen de 6 luni. Ca urmare a analizelor efectuate, auditul a constatat că actele normative nominalizate nu au fost aprobate, deși au fost elaborate și înaintate spre aprobare.

De menționat că, deși cadrul legal⁵⁴ a fost ajustat în luna ianuarie 2023, iar potrivit acestuia reglementările și mecanismele de realizare aferente serviciilor respective se aprobă de Ministerul Sănătății, acestea nu au fost aprobate până în prezent.

6.7. Exoprotezele mamare, necesare pentru 850 de persoane, nu au fost incluse în lista dispozitivelor medicale compensate, deși au fost planificate mijloace financiare în acest scop în sumă de circa 400,0 mii lei.

Auditul relevă că, potrivit Legii FAOAM⁵⁵, în anul 2022 cheltuielile destinate compensării medicamentelor și dispozitivelor medicale au fost suplimentate și reflectate în cadrul unui nou subprogram *„Servicii destinate compensării medicamentelor și dispozitivelor medicale”*. Conform Notei informative la Legea FAOAM 2022, cheltuielile aferente acestui subprogram au fost cuantificate reieșind din următoarele priorități strategice pentru anul 2022, după cum urmează:

- extinderea listei medicamentelor compensate cu medicamente de întreținere în îngrijiri paliative;

⁵⁴ Art.35 alin. (1) din Legea ocrotirii sănătății nr.411 din 28.03.1995.

⁵⁵ Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022, nr.207 din 06.12.2021.

- includerea analogilor de insulină în lista medicamentelor compensate;
- compensarea unor tipuri de dispozitive medicale (dispozitive medicale pentru determinarea glicemiei, pungi colectoare pentru stome, urostome și exoproteze mamare).

Verificările auditului au stabilit că în anul 2022 nu au fost compensate/eliberate exoproteze mamare.

Conform cadrului normativ⁵⁶, lista dispozitivelor medicale pentru care urmează a fi depuse dosare privind compensarea din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă prin ordinul ministrului Sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină până la data de 31 martie a anului curent și se publică în Monitorul Oficial al Republicii Moldova. La data de 10 martie 2022 a fost aprobat Ordinul comun al MS și CNAM nr. 226/40-A, prin care a fost aprobată lista dispozitivelor medicale pentru care urmează a fi depuse dosare pentru compensare din fondurile asigurării de asistență medicală, și anume: dispozitive medicale pentru determinarea glicemiei (teste, lanțete, glucometre), pungi colectoare pentru stome intestinale și urinare, exoproteze mamare. Conform scrisorii din 01.10.2021, CNAM a solicitat de la MS informații privind: *lista exhaustivă a dispozitivelor medicale ce urmează a fi compensate începând cu 01.01.2022, formula ce urmează a fi aplicată, în cazul realizării calculului bugetar pentru acoperirea costurilor la dispozitive medicale etc.*

Cu referire la exoprotezele mamare, MS a comunicat următoarele:

pentru exoprotezele mamare, calculele se vor efectua în baza sumei contractate pentru anul 2021 (cota TVA de 0%), adaosului comercial aplicat de farmacie, de până la 15%, și incidenței de 10% pentru anul 2022 (creșterea numărului de beneficiari, conform datelor statistice din anii precedenți). Totodată, estimarea cantității necesare de dispozitive medicale va fi efectuată în baza datelor statistice cu privire la numărul de beneficiari care necesită asemenea dispozitive medicale, prezentate de către IMSP Institutul Oncologic.

Potrivit, informațiilor prezentate de către CAPCS și CNAM, auditul relevă că, pentru anul 2022, CNAM a planificat compensarea a circa 783 de exoproteze mamare în valoare de 399,8 mii lei.

Informații privind estimarea mijloacelor financiare pentru exoproteze mamare, anul 2021

Tabelul nr.14

Categoria de dispozitive medicale	Numărul beneficiarilor în anul 2021	Suma contractuală pentru 2021, cu TVA, mii lei	Prețul mediu al unei exoproteze	Adaos comercial de 15% al farmaciei, lei	10% pentru pacienții noi, lei	Suma spre bugetare în 2022, mii lei
Exoproteze mamare	712	316,0	443,9	47 407,5	36 345,7	399.8

Sursa: Elaborat de auditor în baza datelor CNAM și CAPCS.

Ulterior solicitării CNAM nr.01-07/1014 din 08.04.2022, IMSP Institutul Oncologic a informat⁵⁷ că, potrivit Registrului Național de Cancer, în anul 2022 erau 870 de pacienți, cantitatea planificată de exoproteze mamare pentru anul de raportare fiind de 850 de unități.

⁵⁶ Pct.2 din Hotărârea Guvernului nr.104 din 23.02.2022 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind mecanismul de includere a dispozitivelor medicale pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”.

⁵⁷ Scrisoarea IMSP Institutul Oncologic nr.02-07/435 din 13.04.2022

Conform datelor din Registrul de Stat al Dispozitivelor Medicale, în anul 2022 în Republica Moldova erau înregistrați 2 agenți economici/reprezențați ai producătorilor de exoproteze mamare.

Potrivit informațiilor prezentate de CNAM, doar „Tetis International CO” S.R.L. a depus dosarul pentru a include în Lista dispozitivelor medicale compensate din FAOAM. Potrivit calculelor efectuate de către Comisia de negociere, prețul de achiziție fără adaosuri pentru exoprotezele a fost de 2 090,9 lei, fiind de 4,71 ori mai mare decât prețul planificat inițial. Pentru a asigura pacienții cu exoproteze, au fost necesare 2,1 mil.lei, de 5,3 ori mai mult decât a fost inițial prevăzut. Prin urmare, la data de 25.07.2022⁵⁸, Compania „Tetis International CO” S.R.L. a fost invitată pentru a negocia prețul de achiziție a exoprotezelor mamare. Astfel, a fost negociat un preț de 1 672,7 lei pentru o exoproteză (de 3,8 ori mai mare decât prețul planificat inițial), fiind necesare în acest scop 1,7 mil.lei pentru a asigura 850 de persoane cu exoproteze.

Cele relatate denotă că necesită a fi elaborate reglementări aferente procesului de evaluare și determinare a necesităților de medicamente și dispozitive medicale compensate, inclusiv a costului/valorii acestora. Această situație este cauzată inclusiv de faptul că adaosul comercial la dispozitivele medicale nu este reglementat, ceea ce creează dificultăți la estimarea mijloacelor financiare.

Ulterior, la data de 02.08.2022, Consiliul pentru dispozitive medicale compensate, în urma examinării informațiilor prezentate de Comisia de negociere, a decis⁵⁹ să suspende examinarea includerii în Lista dispozitivelor medicale compensate din FAOAM a exoprotezelor mamare conform ofertei depuse de operatorul economic menționat.

În aceste circumstanțe, auditul menționează că pe parcursul anului 2022 nu au fost efectuate proceduri repetate de negociere. De menționat că, în anul 2023, exoprotezele mamare nu sunt incluse în Lista dispozitivelor medicale pentru care urmează a fi depuse dosare spre compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală⁶⁰. Exoprotezele mamare sunt incluse⁶¹ în cadrul Asistenței medicale specializate de ambulator pentru reabilitarea pacienților cu tumori, din cadrul IMSP Institutul Oncologic.

6.8. Compensarea medicamentelor și dispozitivelor medicale s-a efectuat cu abateri, ceea ce a determinat achitarea nereglementară a mijloacelor financiare în sumă de 8,0 mii lei.

În anul 2022, CNAM a raportat cheltuieli pentru medicamente și dispozitive medicale parțial/integral compensate în sumă de 760,8 mil.lei. Conform datelor din SI „Medicamente compensate”, au fost eliberate medicamente compensate pentru 741 023 de beneficiari în baza a 5 116 036 de rețete. Potrivit cadrului normativ⁶², prestatorii de servicii farmaceutice care au încheiat contracte cu CNAM urmau să asigure verificarea lunară a informațiilor plasate pe pagina web oficială a CNAM, la rubrica „*Medicamente compensate - Farmacii*”, privind actualizarea Listei Denumirilor Comerciale de medicamente compensate și/sau, după caz, modificarea sumelor fixe compensate și asigurarea eliberării acestora conform actualizărilor publicate.

⁵⁸ Scrisoarea nr.01-07/1947 din 21.07.2022.

⁵⁹ Decizia Consiliului pentru dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală nr.07 din 02.08.2022.

⁶⁰ Ordinul comun al MS și CNAM nr.1271/318-A din 30.12.2022 „Cu privire la aprobarea Listei denumirilor de dispozitive medicale pentru care urmează a fi depuse dosare spre compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2023”.

⁶¹ Pct.34 subpct.4) din Anexa la Ordinul MS și CNAM nr.1236/295-A din 28.12.2022 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2023”.

⁶² Pct. 4 subpct.3) din Ordinul comun al MS și CNAM nr.605/133-A din 21.06.2022 „Cu privire la medicamentele și dispozitivele medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”.

În acest aspect, verificările auditului au stabilit deficiențe aferente a 361 de rețete în valoare de 8,0 mii lei, și anume: în cazul a 327 de rețete, prestatorii de servicii farmaceutice au eliberat medicamente în sumă de 93,7 mii lei, aplicând sume fixe compensate mai mari decât cele aprobate de CNAM. Prin urmare, CNAM a compensat și a achitat prestatorilor de servicii farmaceutice cu 5,0 mii lei mai mult. De asemenea, în temeiul a 33 de rețete, persoanele asigurate au beneficiat de 975 de lanțete în valoare de 1 472,7 lei, precum și de 2 025 de teste pentru determinarea glicemiei, în sumă de 7 215,8 lei, necesare persoanelor cu diabet zaharat. Se denotă că, la compensarea acestora, instituțiile farmaceutice au aplicat sume fixe compensate mai mari, respectiv CNAM a achitat cu 2 908,3 lei mai mult, comparativ cu prețurile aprobate de CNAM.

Aceste circumstanțe au fost cauzate de faptul că prestatorii de servicii farmaceutice nu au asigurat modificarea sumelor fixe compensate în baza actualizărilor publicate.

Un alt aspect pe care îl considerăm relevant de menționat este că, potrivit datelor din SI „Medicamente compensate”, un pacient a achitat 40,8 lei pentru medicamentul *Ambroxolum* (prețul preparatului este de 69,87 lei), deși acest preparat este compensat integral de către CNAM. Auditul denotă că CNAM urmează să fortifice controalele interne, precum și să întreprindă măsurile necesare pentru a asigura utilizarea mijloacelor FAOM conform necesităților persoanelor asigurate, cu eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale potrivit reglementărilor.

CNAM a luat măsuri de remediere în acest sens, prin următoarele: *actualizarea și îmbunătățirea filtrului existent în sistemul informațional, pentru a evita astfel de situații pe viitor; implementarea unui sistem nou de prescriere electronică a medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate. Acest nou sistem va fi mai avansat tehnic și va asigura o verificare riguroasă a plafonului și a sumelor compensate, reducând astfel posibilitatea apariției unor erori în procesul de achitare a medicamentelor; evaluarea farmaciilor care au raportat eronat rețetele. Scopul acestei evaluări este de a restabili prejudiciul dacă se confirmă că erorile provin din partea acestor farmacii.*

VII. BUNA GUVERNANȚĂ

7.1. CNAM dispune de un control intern managerial care necesită îmbunătățiri.

Potrivit Legii nr.229 din 23.09.2010, directorul general al CNAM este responsabil de organizarea sistemului de control intern managerial conform Standardelor naționale de control intern în sectorul public, ținând cont de complexitatea și domeniul de activitate al CNAM, în baza principiilor bune guvernări, precum: transparență și răspundere, economicitate, eficiență și eficacitate, legalitate și echitate, etică și integritate.

Respectarea principiilor de bună guvernanță este o obligație pentru autoritățile administrației publice centrale și locale, care gestionează mijloace bugetare și care sunt direct responsabile de instituirea și implementarea sistemului de control intern managerial.

Evaluarea sistemului de control intern managerial relevă că CNAM a instituit sistemul de control intern managerial, iar conform Declarației de răspundere managerială, organizarea și funcționarea acestuia permite furnizarea unei asigurări rezonabile precum că fondurile publice alocate în scopul atingerii obiectivelor strategice și operaționale au fost utilizate în condiții de transparență, economicitate, eficiență, eficacitate, legalitate, etică și integritate.

La momentul actual, CNAM are descrise procesele operaționale de bază privind gestionarea fondurilor publice, precum și a realizat acțiuni în vederea implementării managementului

riscurilor, inclusiv prin identificarea și evaluarea riscurilor care ar putea avea impact negativ în atingerea obiectivelor entității și realizarea performanțelor stabile. În cadrul CNAM este aprobat Registrul consolidat al riscurilor, care este actualizat semestrial. Pe parcursul desfășurării misiunii de audit a fost elaborat și descris procesul de contractare a prestatorilor de servicii medicale.

Totodată, aspectele descrise în prezentul Raport de audit, caracterul permanent al unor aspecte identificate în cadrul actualei misiuni de audit, precum și lipsa remedierii unor deficiențe constatate anterior denotă necesitatea îmbunătățirii sistemului de control intern.

7.2. Activitatea auditului intern contribuie la îmbunătățirea activității CNAM, însă necesită a fi fortificată.

În cadrul CNAM este instituit Serviciul audit intern, care își desfășoară activitatea în baza planului de activitate anual aprobat de către directorul general al Companiei. Misiunea Serviciului este: acordarea consultanței și asigurarea obiectivă privind eficacitatea sistemului de management financiar și control, oferind recomandări pentru perfecționarea acestuia și contribuind la îmbunătățirea activității Companiei. Astfel, pe parcursul anului 2022 au fost realizate activități de consiliere, inclusiv privind evaluarea și implementarea sistemului de control intern managerial din cadrul Companiei, și anume: identificarea și evaluarea punctelor slabe în cadrul sistemului de autoevaluare și raportare a sistemului de control intern managerial (reflectarea opiniei auditului intern în cadrul Raportului anual privind CIM). Conform planului de activitate al SAI, în anul 2022 au fost planificate, efectuate și aprobate 5 misiuni de audit intern.

Potrivit schemei de încadrare, Serviciul de audit intern dispune de 2 angajați (șef serviciu și 1 specialist coordonator). Totodată, potrivit art. 19 din Legea privind controlul financiar public extern nr. 229 din 23.09.2010, se stabilește că „*Subdiviziunea de audit intern se instituie în număr de cel puțin trei unități de personal în structura ministerelor, Casei Naționale de Asigurări Sociale, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și în număr de cel puțin două unități de personal în structurile autorităților administrației publice locale de nivelul al doilea*”. Prin urmare, se denotă că numărul de personal al Serviciului de audit intern este insuficient, reieșind din procesele complexe și sistemice de administrare și gestionare a FAOM, inclusiv prin prisma contractării, înregistrării, raportării și achitării unui spectru vast de servicii medicale. De menționat că, în luna octombrie 2022, a fost publicat anunțul de angajare a unui specialist, nefiind depus niciun dosar, iar funcția vacantă nu a fost suplinită.

7.3. Cu referire la implementarea recomandărilor din Hotărârea Curții de Conturi nr.20 din 26.05.2022 „Cu privire la auditul financiar asupra Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2021”

Auditul a stabilit că acestea au fost implementate la un nivel de 31%, fiind implementate parțial 5 recomandări, iar 3 recomandări nu au fost implementate, date prezentate în Anexa nr.7 la prezentul Raport de audit.

Recomandările de audit au avut drept scop îmbunătățirea proceselor sistemice atestate în administrarea resurselor financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Un impact benefic al recomandărilor de audit reprezintă măsurile întreprinse în anii 2022 și 2023 privind evaluarea necesităților și accesului populației la serviciile medicale de înaltă performanță, și anume: expedierea demersurilor în adresa a 19 comisii de specialitate ale MS pentru solicitarea

opinii privind oportunitatea menținerii sau excluderii unor servicii de înaltă performanță în Lista acestora (Anexa nr. 5 la Programul Unic) și necesitatea acestora pentru populație; analiza serviciilor de înaltă performanță cu evidențierea celor mai solicitate de către pacienți, mai puțin solicitate și a celor neexecutate pe parcursul mai multor ani etc.

Totodată, recomandările neimplementate au determinat caracterul permanent al unor observații de audit care se regăsesc în prezentul Raport de audit și afectează transparența procesului de gestionare a mijloacelor FAOAM. Astfel, nu au fost întreprinse suficiente măsuri privind:

- stabilirea indicatorilor de rezultat pentru volumul de servicii acordate, raportate și achitate după metoda „buget global”;
- ajustarea cadrului de raportare a instituțiilor medicale, în condițiile realizării serviciilor medicale supracontract;
- neactualizarea pe deplin a listei de așteptare pentru persoanele care necesită intervenții în cadrul programelor speciale. Deși au fost întreprinse unele măsuri, acestea nu au fost suficiente pentru a asigura eliminarea erorilor și carențelor stabilite, afectând veridicitatea informațiilor reflectate în listele de așteptare pentru tratament costisitor.

De menționat și nivelul parțial de implementare a unor recomandări, care este cauzat de procesele complexe, cadrul instituțional sistemic și resursele de timp necesare pentru ajustarea reglementărilor ce vizează procesele de contractare, raportare și achitare a serviciilor medicale. Cu referire la determinarea pacienților unic deserviți pe parcursul anului în cadrul asistenței specializate de ambulatoriu, achitate conform principiului „per capita”, se denotă că au fost aprobate formulare de raportare a numărului de persoane unic deservite. Totodată, având în vedere că SI „AMP” este utilizat doar de 61% din instituții, procesul de determinare a persoanelor unic deservite nu oferă date exacte la acest capitol.

Deși au fost întreprinse unele măsuri pentru a asigura continuitatea reformei de extindere a funcționalității SIA „AMP” și implementarea rețetei electronice „e-Rețetă”, până la moment se constată că acest proces nu a fost definitivat. Acțiunile întreprinse aferente dezvoltării SIA „AMP” și modulului „e-Rețetă” vor fi realizate până la finele anului 2023. Respectiv, pentru anul 2022 se denotă persistența riscurilor și posibila afectare a cheltuielilor din cauza erorilor aferente rețetelor înregistrate în SIA „Medicamente compensate”. De asemenea, până la moment SI nu este interconectat cu alte sisteme informaționale pe care le deține CNAM, ceea ce nu asigură eliminarea erorilor din rețetele înregistrate în SI „Medicamente compensate”.

La fel, au fost evaluate acțiunile întreprinse în vederea implementării recomandărilor înaintate de către Curtea de Conturi prin Hotărârea nr.14 din 20 mai 2016⁶³. Auditul denotă în acest sens că nivelul de realizare a recomandărilor a fost de 80%, fiind implementate integral 25 de recomandări, iar 17 recomandări au fost implementate parțial. Recomandările parțial implementate nu vor fi reiterate, dat fiind modificarea cadrului legal în domeniu.

În acest context, urmează a fi excluse din regim de monitorizare HCC nr.20 din 26.05.2022 și HCC nr.14 din 20.05.2016, iar recomandările neimplementate sau parțial implementate sunt reiterate

⁶³ Hotărârea CCRM nr.14 din 20 mai 2016 „Cu privire la Rapoartele de audit asupra conformității Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și asupra conformității gestionării și raportării situațiilor financiare ale acestor fonduri de către Instituțiile Medico-Sanitare Publice Institutul de Medicină Urgentă, Spitalul Clinic Republican și Institutul Mamei și a Copilului în anul 2015”.

În prezentul Raport de audit. Recomandările reiterate vor contribui la îmbunătățirea proceselor, tranzacțiilor și a reglementărilor privind accesul cetățenilor la serviciile medicale garantate de stat.

7.4. Listele de așteptare atestă îmbunătățiri, însă acestea nu au contribuit pe deplin la realizarea serviciilor medicale acordate în cadrul programelor speciale în sănătate.

Realizarea serviciilor medicale spitalicești din cadrul programelor speciale în sănătate are menirea să asigure accesul persoanelor la tratament chirurgical pentru maladiile prioritare: tratament operator pentru cataractă și protezarea aparatului locomotor. Aceste persoane sunt incluse în listele de așteptare, care este gestionată de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Începând cu anul 2018, potrivit Ordinului MSMPS⁶⁴, ANSP a fost desemnată autoritatea responsabilă de gestionarea listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale. Organizarea tratamentului se realiza de către *Comisia pentru tratament în cadrul Programelor speciale*⁶⁵, care a fost responsabilă de evidența, gestionarea și actualizarea trimestrială a listelor de așteptare⁶⁶.

În cadrul misiunilor de audit realizate în anii precedenți s-a constatat că gestionarea programărilor pentru intervențiile chirurgicale nu a fost susținută de evidența transparentă a bazei de date la nivel de țară, ceea ce a determinat situații incerte la realizarea intervențiilor costisitoare.

În scopul sporirii accesului populației pentru tratament în cadrul Programelor speciale acoperite din mijloacele FAOM, cât și pentru asigurarea monitorizării prestării serviciilor medicale acordate de prestatorii de servicii medicale⁶⁷, listele de așteptare au fost transmise către CNAM. Astfel, prin Ordinul MSMPS nr.988/27 din 02.11.2020, CNAM a fost desemnată responsabilă de gestionarea listelor de așteptare pentru tratament în cadrul programelor speciale privind protezarea articulațiilor mari (șold, genunchi, umăr) și operațiile de cataractă⁶⁸. În acest context, CNAM a preluat listele de așteptare de la ANSP⁶⁹, fiind responsabilă de monitorizarea și evidența atât a listelor de așteptare generală, cât și a celor urgente pentru intervențiile de protezare și de cataractă.

Conform prevederilor Ordinului comun al Ministerului Sănătății și CNAM⁷⁰, instituțiile medico-sanitare remit lunar în adresa CNAM „*Lista pacienților care urmează a fi incluși în Lista de așteptare pentru tratament în cadrul Programului special*”⁷¹. În acest scop, Compania urma să monitorizeze și să țină evidența atât a listelor de așteptare generală, cât și a celor urgente pentru intervențiile de protezare și de cataractă. Excluderea din lista de așteptare a pacienților operați⁷² este efectuată de CNAM, în baza datelor din SI DRG (CASE-MIX).

⁶⁴ Pct.2 din Ordinul MSMPS nr.710 din 07.06.2018 „Cu privire la modul de organizare a tratamentului în cadrul Programelor speciale”.

⁶⁵ Pct.3 din Anexa la Ordinul MSMPS nr.710 din 07.06.2018.

⁶⁶ Pct.6 din Anexa la Ordinul MSMPS nr.710 din 07.06.2018.

⁶⁷ Ordinul MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

⁶⁸ Pct.3 din Ordinul MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

⁶⁹ Act de predare-primire a listelor de așteptare pentru tratament în cadrul programelor speciale din 13 noiembrie 2020.

⁷⁰ Pct.3 din Ordinul MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

⁷¹ Pct.16 din Anexa nr.1 și pct.16 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

⁷² Pct.37 din Anexa nr.1 și pct.37 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

În urma analizei datelor privind numărul persoanelor supuse intervențiilor chirurgicale conform SI „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online”, denotă că, în cadrul Programului special „Protezarea aparatului locomotor”, în anul 2022 au fost efectuate 4 208 de intervenții chirurgicale, dintre care 3 639 de intervenții programate și 569 de intervenții de urgență. În cadrul Programului special „Tratament operator pentru cataractă”, în anul 2022 au fost efectuate 7 247 de intervenții chirurgicale, dintre care 6 442 de intervenții programate și 805 de intervenții de urgență, date prezentate în tabel:

Informații privind intervențiile chirurgicale efectuate conform datelor SI DRG

Tabelul nr.15

Programului special	Cazuri tratate raportate	Servicii medicale programate	Servicii medicale de urgență	Cazuri tratate validate	Cazuri tratate nevalidate
Protezarea aparatului locomotor	4 208	3 639	569	3 774	434
Tratament operator pentru cataractă	7 247	6 442	805	6 845	402
TOTAL:	11 455	10 081	1 374	10 619	836

Sursa: Elaborat de audit conform SI „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online”.

Astfel, datele din tabel indică că în cadrul Programului special „Protezarea aparatului locomotor”, din 569 de intervenții de urgență efectuate de prestatorii de servicii medicale, doar 3 intervenții chirurgicale au fost efectuate pacienților care au fost remiși de CNAM urgentat conform listei de așteptare. O situație similară se atestă și în cadrul Programului special „Tratament operator pentru cataractă”: din 805 intervenții efectuate de prestatorii de servicii spitalicești, 43 au fost efectuate pacienților care au fost remiși urgentat conform listei de așteptare.

Această situație denotă că 1 328 de persoane au beneficiat de intervenții costisitoare prin solicitarea directă a echipei de urgență prespitalicească, respectiv fiind transferați la instituția spitalicească. Astfel, se denotă că instituțiile medicale realizează servicii atât pentru persoanele incluse în lista transmisă de CNAM, cât și pentru persoanele care se adresează direct prin intermediul echipei AMUP.

Cu referire la gestionarea listei de așteptare, au fost constatate deficiențe, precum:

- 1 045 de persoane din lista de așteptare generală în cadrul Programului special „Tratament operator pentru cataractă” și 470 de persoane din lista de așteptare în cadrul Programului special „Protezarea aparatului locomotor” au fost trimise de urgență pentru beneficierea de intervenții chirurgicale. Este important de menționat că, potrivit prevederilor⁷³, pacienții ce prezintă o agravare evidentă a maladii de bază și la care tergiversarea intervenției operatorii poate duce la complicații inevitabile, urmează a fi transferați din Lista de așteptare generală în Lista urgentată. S-a constatat că, până la momentul actual, CNAM nu a asigurat elaborarea Listei urgentate de pacienți care necesită intervenții chirurgicale, ceea ce nu asigură transparența procesului de beneficiere a serviciilor medicale;

- 5 persoane au fost trimise (în anul 2021) la instituțiile medicale pentru realizarea tratamentului operator de cataractă, însă nu au fost excluse din lista de așteptare, ceea ce denotă necesitatea actualizării permanente a listelor. *CNAM a informat că persoanele nu au fost excluse din listă deoarece, deși au fost trimise la IMSP pentru intervenții medicale, acestea până în prezent nu au beneficiat de tratament;*

⁷³ Pct.25 din Anexa nr.1 și pct.25 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

- pentru 171 de persoane din listele de așteptare în cadrul ambelor programe speciale, CNAM a indicat că acestea deja au realizat intervenția contra plată. *Situația expusă relevă că timpul de așteptare pentru a beneficia intervențiile chirurgicale este mare, ceea ce a determinat persoanele să se adreseze de sine stătător la instituțiile medicale și să achite costul serviciilor, care în total a constituit circa 957,0 mii lei;*

- pentru 59 de persoane incluse în listă, CNAM a identificat că acestea au statut de persoane neasigurate, deși potrivit cerințelor regulamentului⁷⁴, pacientul care urmează să beneficieze de servicii medicale necesită a avea statut de persoană asigurată. Această situație denotă că, la momentul includerii persoanelor în lista de așteptare, beneficiarii aveau statut de persoană asigurată, însă pe durata timpului de așteptare statutul putea fi modificat, ceea ce poate afecta accesul acestora la servicii medicale.

La situația din 31.12.2021, în listele de așteptare se aflau 19 095 de persoane. În anul 2022 au fost incluse 18 884 de persoane care erau în așteptarea serviciilor medicale costisitoare, ceea ce denotă că numărul total al acestora urma să fie de 37 979 de persoane.

În urma analizei efectuate, auditul a constatat că numărul efectiv de persoane aflate în lista de așteptare la situația din 31.12.2022 a fost de 40 700 de persoane, cu 2 721 de persoane mai mult, date prezentate în tabelul de mai jos.

Analiza numărul de persoane incluse în listele de așteptare

Tabelul nr.16

Denumirea Programului special	Numărul persoanelor din lista de așteptare, la 31.12.2021	Numărul cazurilor noi incluse în 2022	Numărul persoanelor din lista de așteptare, la 31.12.2022	Numărul persoanelor efectiv aflate în lista de așteptare, la 31.12.2022
1	2	3	4 = 2+3	5
Protezarea aparatului locomotor	9 891	6 891	16 782	21 072
Tratament operator pentru cataractă	9 204	11 993	21 197	19 628
TOTAL	19 095	18 884	37 979	40 700

Sursa: Elaborat de audit în baza listelor de așteptare din 31.12.2021 și din 31.12.2022.

La acest aspect CNAM a informat că listele de așteptare au fost reevaluate în septembrie 2022, deoarece persoanele care au fost trimise pentru intervenții chirurgicale în perioada pandemică nu au beneficiat de aceste servicii, deoarece acestea au fost sistate. Aceasta relevă că în perioada pandemică (anul 2020) nu au fost întreprinse suficiente măsuri de actualizare a listei de așteptare, iar în prezent poate afecta accesul altor persoane la aceste servicii.

Auditul a contrapus informațiile despre persoanele din listele de așteptare cu informațiile despre persoanele care au beneficiat de intervenții chirurgicale în cadrul programelor speciale „Protezarea aparatului locomotor” și „Tratament operator pentru cataractă”, conform SI DRG (CASE-MIX).

Astfel, din totalul de 4 208 intervenții chirurgicale efectuate în cadrul programului special „Protezarea aparatului locomotor”, au fost identificate următoarele deficiențe:

⁷⁴ Pct.2 din Regulamentele cu privire la gestionarea listelor de așteptare pentru tratament în cadrul programelor speciale, aprobate prin Ordinul comun al MSMPȘ și CNAM nr. 988/297-A din 02.11.2020 “Cu privire la gestionarea listelor de așteptare pentru tratament în cadrul programelor speciale”.

1. 194 de persoane au beneficiat de intervenție chirurgicală înainte de a fi incluse în lista de așteptare, din care 7 persoane nu au avut statut de persoană asigurată;
2. 25 de persoane care au fost incluse în lista de așteptare și care ulterior au beneficiat de intervenție chirurgicală, la momentul efectuării intervenției au fost neasigurate, deși potrivit prevederilor⁷⁵ cadrului normativ, în lista de așteptare se includ doar persoanele asigurate;
3. 633 de persoane au beneficiat de intervenție în cadrul programului special, deși auditul nu a dispus de informații cu privire la faptul că CNAM a transmis lista acestor persoane către instituțiile medicale pentru efectuarea intervenției, cerință stabilită de Regulament⁷⁶.

Cu referire la 7 247 de intervenții efectuate în cadrul programului special „Tratament operator pentru cataractă”, auditul a identificat următoarele deficiențe:

4. 536 de persoane au beneficiat de intervenție chirurgicală înainte de a fi incluse în lista de așteptare, din care 2 persoane nu au avut statut de persoană asigurată;
5. 23 de persoane care au fost incluse în lista de așteptare și care ulterior au beneficiat de intervenție chirurgicală, la momentul efectuării intervenției au fost neasigurate, deși potrivit prevederilor⁷⁷ cadrului normativ, în lista de așteptare se includ doar persoanele asigurate;
6. 636 de persoane au beneficiat de intervenție în cadrul programului special, deși auditul nu a dispus de informații cu privire la faptul că CNAM a transmis lista acestor persoane către instituțiile medicale pentru efectuarea intervenției, cerință stabilită de Regulament.

CNAM a informat că, în cazul a 11 455 de servicii medicale prestate cetățenilor în cadrul programelor speciale menționate, 836 de servicii medicale în sumă de 31,2 mil. lei nu au fost validate și, respectiv, nu au fost achitate.

7.5. Numărul persoanelor care așteaptă realizarea intervenției în cadrul programelor speciale este în continuă creștere, situație ce nu asigură diminuarea riscurilor de sănătate pentru persoanele incluse în listele de așteptare.

Auditul denotă că numărul persoanelor care așteaptă realizarea intervenției în cadrul acestor programe speciale este în continuă creștere. Astfel,

- în cadrul *Programului special „Tratament operator pentru cataractă”*, în lista de așteptare până în prezent au fost incluse 19 628 de persoane. Astfel, din anul 2017 au fost în listă 3 persoane, din 2018 – 270 de persoane, din 2019 – 3 090 de persoane, din 2020 – 601 persoane, din 2021 – 3 671 de persoane, iar în anul 2022 în lista de așteptare au fost incluse 11 993 de persoane;

- în cadrul *Programului special „Proteizarea aparatului locomotor”*, au fost incluse până în prezent 21 072 de persoane: din anul 2010 – 45 de persoane, din 2011 – 114, din 2012 – 32, din 2013 – 102, din 2014 – 647, din 2015 – 445, din 2016 – 799, din 2017 – 947, din 2018 – 1 415, din 2019 – 3 080, din 2020 – 2 448, din 2021 – 4 114, din 2022 – 6 891 de persoane. Aceste circumstanțe sunt condiționate de potențialul redus al instituțiilor medicale de a presta servicii spitalicești. Pe de altă parte, neactualizarea listei persoanelor care sunt în așteptare nu a sporit realizarea serviciilor medicale și transparența acestor procese, ceea ce ar asigura accesul cetățenilor la serviciile medicale garantate de către stat.

⁷⁵ Pct.1 din Anexa nr.1 și pct.1 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPs și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

⁷⁶ Pct.1 din Anexa nr.1 și pct.1 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPs și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

⁷⁷ Pct.1 din Anexa nr.1 și pct.1 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPs și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

În acest context se denotă că, în anul 2022, CNAM a transmis către instituțiile medicale lista a 2 776 de persoane pentru protezarea aparatului locomotor. Se denotă că, doar 1 158, sau 42%, din persoanele trimise de CNAM au beneficiat de servicii medicale prestate de instituțiile medicale. Cu referire la tratamentul operator la cataractă, se relevă că lista a 4 537 de persoane a fost transmisă de către CNAM pentru intervenții chirurgicale, iar instituțiile medicale au realizat aceste servicii doar pentru 2 100 de persoane, sau 46%. Situația a fost motivată de refuzul pacienților, de plecarea acestora peste hotare etc.

Analiza auditului relevă că, pentru ca să beneficieze de protezarea aparatului locomotor, o persoană urmează să aștepte până la 2 ani și 6 luni (937 de zile). Cu referire la tratamentul operator la cataractă, o persoană poate beneficia de intervenție medicală în timp de până la 5 ani și 4 luni, sau circa 1 961 de zile. Acest calcul a luat în considerare că din anul 2017 au fost în listă 3 persoane, în 2018 – 270 de persoane, timpul de așteptare fiind 4-5 ani. De menționat că CNAM și-a pus ca obiectiv diminuarea timpului de așteptare la 1-2 ani pentru persoanele din listele de așteptare.

Analiza timpului de așteptare pentru a beneficia de intervenție chirurgicală în cadrul Programelor speciale

Tabelul nr.17

Denumirea Programului special	Timp de așteptare până la jumătate de an	Timp de așteptare de la jumătate de an până la un an	Timp de așteptare de la un an și mai mult
Protezarea aparatului locomotor	600	356	816
Tratament operator pentru cataractă	1 030	742	1 171
TOTAL	1 630	1 098	1 987

Sursa: Elaborat de audit conform SI „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online” și listelor de așteptare pentru anul 2022.

Analiza datei de introducere a persoanei în lista de așteptare și a datei de efectuare a investigației denotă netransparența procesului privind beneficierea de servicii medicale, și anume:

1. spre exemplu, o persoană a fost inclusă în lista de așteptare pentru protezarea aparatului locomotor la data de 15 iunie 2022, fiind trimisă pentru intervenție medicală peste două zile, la 17 iunie 2022;

2. în cazul a 2 persoane, menționăm că acestea au fost incluse în lista de așteptare pentru tratament operator la cataractă la data de 25 mai 2022 și la data de 10 iunie 2022 au beneficiat de intervenție medicală în aceeași zi.

Această situație nu contribuie la diminuarea timpului de așteptare pentru persoanele care necesită servicii medicale costisitoare și se află în lista de așteptare.

În cadrul auditului precedent⁷⁸, au fost înaintate recomandări pentru eliminarea divergențelor constatate privind gestionarea listelor de așteptare pentru intervențiile chirurgicale în cadrul Programelor speciale. Astfel, CNAM a informat că a revăzut listele de așteptare generală, fiind apelate telefonic circa 7 000 de persoane aflate în listele de așteptare, pentru a asigura actualizarea datelor.

De menționat că, la data de 07.03.2023, a fost publicat pe site-ul particip.gov.md proiectul ordinului ministrului Sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină privind aprobarea Regulamentului cu privire la modul de gestionare și actualizare a

⁷⁸ Hotărârea Curții de Conturi nr.20 din 26.05.2022.

Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul programelor de activitate spitalicească „Protezarea aparatului locomotor” și „Tratament operator pentru cataractă”. În cadrul Notei informative la proiect, CNAM menționează că, în cadrul misiunilor de audit realizate de Curtea de Conturi, au fost constatate deficiențe aferente gestionării listelor de așteptare, iar prevederile regulamentului vor contribui la responsabilizarea părților implicate în procesul de realizare a serviciilor medicale.

7.6. CNAM a realizat pilotarea indicatorilor de performanță în cadrul a 7 instituții medicale spitalicești, iar indicatorii de performanță necesită a fi stabiliți pentru toate instituțiile medicale spitalicești.

În contextul angajamentelor prevăzute în cadrul Proiectului „Modernizarea sectorului sănătății în Republica Moldova”, CNAM a realizat, în perioada 1 ianuarie – 1 iunie 2022, exercițiul de pilotare a indicatorilor de performanță în cadrul asistenței medicale cu 7 prestatori de servicii medicale spitalicești (IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, IMSP Institutul Mamei și Copilului, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, IMSP Spitalul Raional Orhei, IMSP Spitalul Raional Hâncești, IMSP Spitalul Raional Anenii Noi). Au fost stabiliți 9 indicatori la pilotarea mecanismului de plată pentru performanță, care acoperă 5 domenii clinice (nașterea, sistemul circulator, doi indicatori sunt asociați cu sistemul nervos, sistemul respirator, un indicator se referă la domeniul boli infecțioase și parazitare, alți doi indicatori măsoară complicațiile după o procedură chirurgicală și rata decesului).

Raportul privind rezultatele obținute în cadrul pilotării a fost transmis Ministerului Sănătății și Băncii Mondiale, pentru confirmare și aprobare, fiind validată confirmarea atingerii indicatorului stabilit în realizarea activității ILD 7.3. Astfel, în anul 2022, în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală a fost debursată suma de 23,3 mil. lei. Mecanismul de calcul al plăților pentru performanța spitalelor necesită a fi dezvoltat, cu extinderea numărului de instituții la nivel național. Aceasta ar contribui la eficientizarea utilizării mijloacelor FAOM și ar spori calitatea serviciilor medicale acordate.

VIII. RECOMANDĂRI

Recomandări Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru:

1. monitorizarea și controlul realizării contractelor de prestări servicii în cadrul AOAM, în scopul gestionării resurselor financiare alocate cu asigurarea revizuirii și ajustării cadrului de raportare a instituțiilor medicale, în condițiile realizării serviciilor medicale supra contract (Capitolul II);
2. în cadrul modificării cadrului normativ aferent asigurării obligatorii de asistență medicală, potrivit Planului de Acțiuni al Guvernului pentru anul 2023, să asigure inclusiv elaborarea și aprobarea criteriilor de selectare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice care întrunesc principiile ce stau la baza încheierii contractelor (subpunctul nr.5.1);
3. elaborarea și stabilirea criteriilor specifice la contractarea volumului asistenței medicale stomatologice, inclusiv a serviciilor medicale anuale profilactice stomatologice, ceea ce ar asigura responsabilizarea prestatorilor de servicii medicale (subpunctul nr.5.4);
4. stabilirea acțiunilor menite să realizeze prioritățile strategice privind politicile de compensare a medicamentelor și dispozitivelor medicale din FAOM, ceea ce ar asigura determinarea necesităților de mijloace financiare, fundamentate prin analize și calcule (subpunctul nr.6.7);

5. asigurarea elaborării și aprobării formelor de raportare de către instituțiile de profil a volumului de servicii medicale prestate, precum și de determinare/calculare a pacienților unic deserviți pe parcursul anului, în vederea utilizării rezultative a mijloacelor financiare contractate („per capita”) achitate și raportate de către CNAM (subpunctul nr. 6.1);

Recomandări Ministerului Finanțelor, pentru:

6. revizuirea Normelor de raportare FAOM, cu corelarea acestora cu normele de raportare ale instituțiilor bugetare (subpunctul 3.1);

Recomandări Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru:

7. documentarea procesului de negociere a tarifelor pentru serviciile medicale spitalicești cu prestatorii de servicii medicale, ceea ce ar oferi date confirmative privind cererea acestora și oferta CNAM care au stat la baza contractării și achitării volumului de servicii medicale (subpunctul nr.5.2);

8. stabilirea modalității de conlucrare cu instituțiile responsabile de evidența anumitor categorii de persoane, în special privind prezentarea documentelor justificative/informației care atribuie dreptul CNAM de a acorda/suspenda statutul de persoană asigurată în sistemul AOAM (subpunctul nr.6.3);

9. definitivarea consultării și aprobării reglementărilor cu privire la lista de așteptare la tratament în cadrul programelor speciale, ceea ce ar contribui la responsabilizarea părților, realizarea mecanismelor la toate nivelele privind actualizarea și revizuirea permanentă a bazei de date a pacienților din lista de așteptare, precum și sporirea transparenței accesului persoanelor asigurate la tratament costisitor (subpunctul nr.7.4);

10. asigurarea monitorizării și controlului privind realizarea procesului de confirmare a datelor de către instituțiile medicale, cu stabilirea termenului de prezentare a acestora către CNAM, ceea ce ar asigura validarea informațiilor privind înregistrarea populației la medicii de familie, care stau la baza contractării și achitării serviciilor medicale primare (subpunctul nr.5.5);

11. asigurarea dezvoltării și implementării sistemului nou performant de prescriere electronică a medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate (subpunctul nr.6.8);

Recomandări Ministerului Sănătății, pentru:

12. elaborarea și aprobarea ordinului cu privire la organizarea anuală obligatorie a examenelor medicale stomatologice pentru copiii din instituțiile de învățământ, ceea ce ar asigura accesul pe deplin la servicii medicale garantate de către Programul unic (subpunctul nr.5.3);

13. modificarea reglementărilor *„Cu privire la organizarea serviciilor stomatologice pentru copii din localitățile rurale”* cu specificarea necesității conlucrării echipelor mobile cu centrele stomatologice raionale (subpunctul nr.5.4);

În prezentul Raport de audit se reiterează următoarele recomandări:

Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru:

14. reexaminarea modului de contractare „buget global”, cu stabilirea indicatorilor de rezultat pentru volumul de servicii acordate, raportate și achitate;

Recomandări Ministerului Sănătății, pentru:

15. reglementarea procesului de *inițiere, desfășurare și selectare a candidaților* la ocuparea funcțiilor vacante de conducători ai instituțiilor medico-sanitare publice;
16. asigurarea întreprinderii măsurilor ce se impun, în scopul asigurării continuității reformelor prin extinderea funcționalității SIA „Asistență Medicală Primară” și implementarea rețelei electronice „e-Rețetă”.

IX. RESPONSABILITĂȚILE CELOR ÎNSĂRCINAȚI CU GUVERNANȚA PENTRU RAPORTUL GUVERNULUI

Responsabilitatea Guvernului, în domeniul finanțelor publice, este de a exercita conducerea generală a activității executive în domeniul gestionării finanțelor publice, în conformitate cu principiile și regulile stabilite⁷⁹.

Responsabilitatea Ministerului Sănătății a constat în monitorizarea și analiza executării FAOM⁸⁰.

Responsabilitatea Ministerului Finanțelor ține de⁸¹:

- elaborarea și aprobarea, în baza Legii contabilității și în conformitate cu Planul de conturi contabile, a metodologiei privind evidența contabilă în sistemul bugetar, inclusiv privind contabilitatea executării FAOM;
- elaborarea și aprobarea metodologiei privind implementarea cadrului normativ-legal în domeniul finanțelor publice, inclusiv privind evidența contabilă și raportarea bugetelor componente ale bugetului public național, precum și acordarea asistenței metodologice în procesul bugetar.

Responsabilitatea Serviciului Fiscal de Stat constă în asigurarea administrării fiscale prin crearea de condiții contribuabililor pentru conformare la respectarea legislației și monitorizarea procesului de conformare, aplicarea uniformă a politicii și reglementărilor în domeniul fiscal; efectuarea controlului asupra calculării corecte și a virării în termen a contribuțiilor la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și aplică sancțiuni pentru încălcarea prevederilor legale referitoare la calcularea acestora.

Responsabilitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a constat în pregătirea și prezentarea fidelă către Guvern, Ministerul Sănătății și Ministerul Finanțelor a rapoartelor privind executarea FAOM, în conformitate cu cadrul de raportare aplicabil și asigurarea publicării acestora⁸².

Directorul General al Companiei, în calitate de ordonator principal de credite și administrator al fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală⁸³, este responsabil de pregătirea și prezentarea fidelă a Raportului Guvernului privind executarea FAOM pentru anul 2022 în conformitate cu cadrul de raportare aplicabil⁸⁴. De asemenea, responsabilitatea managementului este de a organiza și a implementa sistemul de control intern⁸⁵, în scopul de a asigura desfășurarea

⁷⁹ Art.19 din Legea nr.181 din 25.07.2014.

⁸⁰ Art.22 din Legea privind controlul financiar public intern nr.229 din 23.09.2010.

⁸¹ Legea nr.181 din 25.07.2014.

⁸² Art.22 din Legea nr.181 din 25.07.2014.

⁸³ Legea contabilității și raportării financiare nr.287 din 15.12.2017.

⁸⁴ Legea contabilității și raportării financiare nr.287 din 15.12.2017; Ordinul ministrului Finanțelor nr.118 din 06.08.2013 „Privind aprobarea Standardelor Naționale de Contabilitate”; Ordinul ministrului Finanțelor nr.02 din 05.01.2018 „Cu privire la aprobarea formularelor Rapoartelor privind executarea FAOM”.

⁸⁵ Art.28, art.29 lit.(d) din Hotărârea Guvernului nr.156 din 11.02.2002 „Cu privire la aprobarea Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină”.

și organizarea eficientă a activității economice, inclusiv respectarea strictă a integrității activelor, prevenirea și descoperirea cauzelor de fraudă și eroare, exactitatea și plenitudinea datelor raportate.

X. RESPONSABILITĂȚILE AUDITORULUI ÎNTR-UN AUDIT AL RAPORTULUI GUVERNULUI

Auditorul este responsabil de planificarea și realizarea misiunii de audit, cu obținerea probelor suficiente și adecvate în vederea susținerii bazei pentru opinia de audit.

Obiectivele auditorului sunt: obținerea unei asigurări rezonabile că Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală nu este afectat de denaturări semnificative, cauzate de fraude sau erori, precum și emiterea unei opinii.

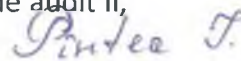
Asigurarea rezonabilă este un nivel ridicat de asigurare, dar nu este o garanție că un audit efectuat în conformitate cu SIA va detecta întotdeauna o denaturare semnificativă atunci când ea există. Denaturările pot fi urmare a fraudelor sau erorilor. Totodată, denaturările pot fi considerate semnificative dacă, în mod individual sau în ansamblu, pot influența deciziile economice ale utilizatorilor acestor situații financiare.

O informație mai detaliată privind responsabilitățile auditorului este prezentată pe pagina web a Curții de Conturi, la adresa: <https://www.ccrm.md/ro/responsabilitati-in-auditul-financiar-3596.html>.

SEMNĂTURA AUDITORULUI

Echipa de audit:

Șefa Direcției de audit III din cadrul Direcției generale de audit II,
șefa echipei de audit,



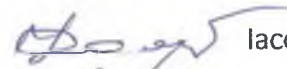
Irina Pîntea

Auditor public principal,



Evghenii Grosu

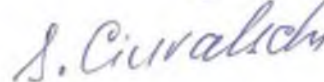
Auditor public superior,



Iacob Cocos

Responsabilă de audit:

șefa Direcției generale de audit II,



Sofia Ciuvalschi

Structura cazurilor contractate, executate, supraexecutate și achitate în cadrul asistenței medicale spitalicești

Denumirea IMS	Denumirea programului	Contractat final 2022				Executat 01.01-31.12.2022				Achitat		CT DRG validate	Calcul efectuate de auditor		
		Nr.CT	Tarif (lei)	ICM	Suma (mil.lei)	Nr.CT executate validate	Tarif (lei)	ICM	SUMA (mil.lei)	Nr.CT achitate	Suma achitată (mil.lei)		SUMA DRG (mil.lei)	Cazuri supra executate / subexecutate	Suma supra executată / subexecutată (mil.lei)
IMSP „Institutul Mamei și Copilului”	Program general	38.328	6.616	1,1929	302,5	38.823	6.616	1,1931	306,5	38.328	302,5	38.823	306,5	495	4,0
IMSP „Spitalul Clinic Republican”	Program general	23.500	6.616	2,0910	325,1	23.630	6.616	2,0924	327,1	23.500	325,1	23.630	327,1	130	2,0
IMSP „Institutul de Cardiologie”	Program general	6.000	6.616	1,8165	72,1	6.170	6.616	1,8134	74,0	6.000	72,0	6.170	74,0	170	2,0
IMSP „Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie”	Program general	2.570	6.616	2,5124	42,7	2.621	6.616	2,4847	43,1	2.570	42,2	2.621	43,1	51	0,8
IMSP „Institutul Oncologic”	Program general	24.565	6.616	1,8526	301,1	26.702	6.616	1,8564	328,0	24.565	301,1	26.702	328,0	2.137	26,9
IMSP „Spitalul Clinic Bălți”	Program general	22.341	6.616	1,2609	186,4	25.580	6.616	1,2665	214,3	22.341	186,4	25.580	214,3	3.239	28,0
IMSP „Spitalul Clinic Municipal nr.1”	Program general	24.360	6.575	1,0076	161,4	24.423	6.575	1,0132	162,7	24.360	161,4	24.423	162,7	63	1,3
IMSP „Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”	Program general	20.140	6.575	1,9595	259,5	20.342	6.575	1,9637	262,6	20.140	259,5	20.342	262,6	202	3,2
IMSP „Spitalul Clinic Republican”	Chirurgie de zi	1.610	6.616	1,7963	19,1	1.639	6.616	1,7636	19,1	1.610	18,8	1.639	19,1	29	0,3
IMSP „Institutul de Medicina Urgenta”	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	1.100	8.932	4,788	47,0	1.104	8.932	4,7860	47,2	1.100	47,0	1.104	47,2	4	0,2
IMSP „Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie”	Chirurgie de zi	550	6.616	1,1822	4,3	559	6.616	1,1834	4,4	549	4,3	559	4,4	10	0,1
IMSP „Institutul Oncologic”	Chirurgie de zi	1.559	6.616	0,9547	9,8	1.879	6.616	0,9627	12,0	1.546	9,8	1.879	12,0	333	2,1
IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”	Chirurgie de zi	1.045	6.575	1,2953	8,9	1.443	6.575	1,3038	12,4	1.038	8,9	1.443	12,4	405	3,5
IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	998	8.932	2,3726	21,1	1.000	8.932	2,3709	21,2	998	21,1	999	21,2	1	0,0
IMSP „Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale”	Program general	3.360	6.616	1,3268	29,5	3.534	6.616	1,3329	31,2	3.360	29,5	3.534	31,2	174	1,7
IMSP „Institutul de Neurologie și Neurochirurgie”	Program general	4.600	6.616	2,5734	78,3	4.618	6.616	2,5539	78,0	4.600	77,7	4.618	78,0	18	0,3
IMSP „Spitalul clinic de boli infecțioase „Toma Ciorba”	Program general	2.911	6.616	1,1721	22,6	2.962	6.616	1,1645	22,8	2.911	22,4	2.962	22,8	51	0,4
IMSP „Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile”	Program general	2.700	6.616	1,9175	34,3	2.786	6.616	1,9166	35,3	2.700	34,2	2.786	35,3	86	1,1
IMS „Serviciul Medical al Ministerului Afacerilor Interne”	Program general	580	6.575	1,2438	4,7	634	6.575	1,2860	5,4	580	4,7	634	5,4	54	0,6
IMSP „Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1”	Program general	5.900	6.575	1,0183	39,5	5.905	6.575	1,0419	40,5	5.900	39,5	5.905	40,5	5	1,0
IMSP „Spitalul Clinic Municipal de Copii „V. Ignatenco”	Program general	12.320	6.575	0,9627	78,0	12.521	6.575	0,9635	79,3	12.320	78,0	12.521	79,3	201	1,3
IMSP „Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail”	Program general	8.017	6.575	1,6902	89,1	8.350	6.575	1,6878	92,7	8.017	89,0	8.350	92,7	333	3,7
IMSP Spitalul Clinic Municipal de Fiziopneumologie	Program general	100	6.575	1,5696	1,0	126	6.575	1,5681	1,3	100	1,0	126	1,3	26	0,3
IMS „Spitalul Clinic Militar Central”	Program general	490	6.187	1,4196	4,3	495	6.187	1,3544	4,1	490	4,1	495	4,1	5	0,0
IMSP „Spitalul Raional Edinet”	Program general	8.595	5.598	1,0393	50,0	8.744	5.598	1,0462	51,2	8.595	50,0	8.744	51,2	149	1,2
IMSP „Spitalul Raional Briceni”	Program general	2.500	5.598	1,2179	17,0	3.200	5.598	1,2006	21,5	2.500	16,8	3.200	21,5	700	4,7
IMSP „Spitalul Raional Râșcani”	Program general	4.960	5.598	1,1247	31,2	4.990	5.598	1,1156	31,2	4.960	31,0	4.990	31,2	30	0,2
IMSP „Spitalul Raional Glodeni”	Program general	4.285	5.598	1,2512	30,0	4.516	5.598	1,2562	31,8	4.285	30,0	4.516	31,8	231	1,7
IMSP „Spitalul Raional Sângerei”	Program general	4.705	5.598	1,2786	33,7	5.234	5.598	1,2841	37,6	4.705	33,7	5.234	37,6	529	3,9
IMSP „Spitalul Raional Soroca „A. Prisacari”	Program general	7.983	5.598	1,0869	48,6	8.187	5.598	1,0867	49,8	7.983	48,6	8.187	49,8	204	1,2
IMSP „Spitalul Raional Drochia „Nicolae Testemitanu”	Program general	7.100	5.598	1,0808	43,0	7.442	5.598	1,0889	45,4	7.100	43,0	7.442	45,4	342	2,4
IMSP „Spitalul Raional Florești”	Program general	8.550	5.598	1,0229	49,0	9.147	5.598	1,0268	52,6	8.550	49,0	9.147	52,6	597	3,6
IMSP „Spitalul Raional Ocnița”	Program general	3.686	5.598	1,0889	22,5	3.847	5.598	1,0947	23,6	3.686	22,5	3.847	23,6	161	1,1
IMSP „Spitalul Raional Donduseni”	Program general	3.075	5.598	1,1590	20,0	3.197	5.598	1,1586	20,7	3.075	19,9	3.197	20,7	122	0,8
IMSP „Spitalul Raional Orhei”	Program general	8.850	5.598	1,1084	54,9	8.975	5.598	1,1212	56,3	8.850	54,9	8.975	56,3	125	1,4
IMSP „Spitalul Raional Soldanesti”	Program general	2.961	5.598	1,1099	18,4	3.032	5.598	1,1228	19,1	2.961	18,4	3.032	19,1	71	0,7
IMSP „Spitalul Raional Rezina”	Program general	3.399	5.598	1,0721	20,4	3.685	5.598	1,0708	22,1	3.399	20,4	3.685	22,1	286	1,7
IMSP „Spitalul Raional Telenesti”	Program general	4.093	5.598	1,1986	27,5	4.150	5.598	1,1986	27,8	4.093	27,5	4.150	27,8	57	0,4
IMSP „Spitalul Raional Criuleni”	Program general	4.377	5.598	1,0702	26,2	4.853	5.598	1,0787	29,3	4.377	26,2	4.853	29,3	476	3,1

IMSP "Spitalul Raional Ungheni"	Program general	10.023	5.598	1.1084	62,2	10.076	5.598	1.1121	62,7	10.023	62,2	10.076	62,7	53	0,5
IMSP "Spitalul Raional Calarasi"	Program general	4.390	5.598	1.1744	28,9	4.704	5.598	1.1760	31,0	4.390	28,9	4.704	31,0	314	2,1
IMSP "Spitalul Raional Strasen"	Program general	4.660	5.598	1.1989	31,3	4.837	5.598	1.2002	32,5	4.660	31,3	4.837	32,5	177	1,2
IMSP "Spitalul Raional Falesti"	Program general	4.120	5.598	1.3684	31,6	4.169	5.598	1.3651	31,9	4.120	31,5	4.169	31,9	49	0,4
IMSP "Spitalul Raional Ialoveni"	Program general	2.524	5.598	1.2134	17,1	2.770	5.598	1.2169	18,9	2.524	17,1	2.770	18,9	246	1,7
IMSP "Spitalul Raional Hâncesti"	Program general	7.860	5.598	1.3550	59,6	8.092	5.598	1.3705	62,1	7.860	59,6	8.092	62,1	232	2,5
IMSP "Spitalul Raional Causeni"	Program general	6.373	5.598	1.1794	42,1	6.815	5.598	1.1843	45,2	6.373	42,1	6.815	45,2	442	3,1
IMSP "Spitalul Raional Stefan Voda"	Program general	4.407	5.598	1.1075	27,3	4.490	5.598	1.1096	27,9	4.407	27,3	4.490	27,9	83	0,6
IMSP "Spitalul Raional Anenii Noi"	Program general	5.491	5.598	1.0942	33,6	5.636	5.598	1.0904	34,4	5.491	33,5	5.636	34,4	145	0,9
IMSP "Spitalul Raional Cismilia"	Program general	3.160	5.598	1.3496	23,9	3.197	5.598	1.3412	24,0	3.160	23,7	3.197	24,0	37	0,3
IMSP "Spitalul Raional Basarabasca"	Program general	1.463	5.598	1.0773	8,8	1.502	5.598	1.0775	9,1	1.463	8,8	1.502	9,1	39	0,2
IMSP "Spitalul Raional Cahul"	Program general	8.916	5.598	1.3943	69,6	9.030	5.598	1.3918	70,4	8.916	69,5	9.030	70,4	114	0,9
IMSP "Spitalul Raional Cantemir"	Program general	4.342	5.598	1.2741	31,0	4.606	5.598	1.2775	32,9	4.342	31,0	4.606	32,9	264	2,0
IMSP "Spitalul Raional Leova"	Program general	3.500	5.598	1.3198	25,9	3.802	5.598	1.3155	28,0	3.500	25,8	3.802	28,0	302	2,2
IMSP "Spitalul Raional Comrat "Isaac Gurfinchel""	Program general	6.460	5.598	1.3695	49,5	6.550	5.598	1.3774	50,5	6.460	49,5	6.550	50,5	90	1,0
IMSP "Spitalul Raional Vulcanesti"	Program general	2.807	5.598	1.1537	18,1	2.855	5.598	1.1661	18,6	2.807	18,1	2.855	18,6	48	0,5
IMS "Directia Medico-Sanitara a Serviciului de Informatii si Securitate"	Program general	430	4.955	1.2443	2,7	437	4.955	1.2438	2,7	430	2,7	437	2,7	7	0,0
IMSP "Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății"	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	1.230	8.932	2.1908	24,1	1.974	8.932	2.2358	39,4	1.205	24,1	1.974	38,0	769	15,4
IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail"	Chirurgie de zi	200	6.575	0,9337	1,2	240	6.575	0,9306	1,5	200	1,2	240	1,5	40	0,2
IMSP Spitalul Raional Edineț	Chirurgie de zi	285	5.598	0,7564	1,2	337	5.598	0,7576	1,4	285	1,2	337	1,4	52	0,2
IMSP Spitalul Raional Briceni	Chirurgie de zi	380	5.598	1,0387	2,2	412	5.598	1,0384	2,4	380	2,2	412	2,4	32	0,2
IMSP Spitalul Raional Râșcani	Chirurgie de zi	260	5.598	0,9186	1,3	358	5.598	0,9197	1,8	260	1,3	358	1,8	98	0,5
IMSP Spitalul Raional Glodeni	Chirurgie de zi	300	5.598	0,9518	1,6	309	5.598	0,9623	1,7	297	1,6	309	1,7	12	0,1
IMSP Spitalul Raional Sângerei	Chirurgie de zi	600	5.598	0,9797	3,3	851	5.598	0,9785	4,7	600	3,3	851	4,7	251	1,4
IMSP Spitalul Raional Soroca „A. Prisacari"	Chirurgie de zi	400	5.598	1,0319	2,3	434	5.598	1,03	2,5	400	2,3	434	2,5	34	0,2
IMSP Spitalul Raional Florești	Chirurgie de zi	180	5.598	0,8759	0,9	188	5.598	0,8797	0,9	179	0,9	188	0,9	9	0,0
IMSP Spitalul Raional Ocnița	Chirurgie de zi	184	5.598	1,1915	1,2	202	5.598	1,1829	1,3	184	1,2	202	1,3	18	0,1
IMSP Spitalul Raional Donușeni	Chirurgie de zi	230	5.598	1,1501	1,5	235	5.598	1,1504	1,5	230	1,5	235	1,5	5	0,0
IMSP Spitalul Raional Rezina	Chirurgie de zi	180	5.598	0,9894	1,0	184	5.598	0,9766	1,0	180	1,0	184	1,0	4	0,0
IMSP Spitalul Raional Criuleni	Chirurgie de zi	309	5.598	0,7021	1,2	354	5.598	0,703	1,4	309	1,2	354	1,4	45	0,2
IMSP Spitalul Raional Ialoveni	Chirurgie de zi	200	5.598	0,5863	0,7	205	5.598	0,5845	0,7	200	0,7	205	0,7	5	0,0
IMSP Spitalul Raional Hâncești	Chirurgie de zi	450	5.598	0,8536	2,2	473	5.598	0,877	2,3	438	2,2	473	2,3	35	0,2
IMSP Spitalul Raional Leova	Chirurgie de zi	100	5.598	1,1228	0,6	102	5.598	1,0889	0,6	100	0,6	102	0,6	2	0,0
IMSP Spitalul Raional Ceadâr-Lunga	Chirurgie de zi	247	5.598	0,9948	1,4	250	5.598	0,992	1,4	247	1,4	250	1,4	3	0,0
IMSP Spitalul Raional Vulcanești	Chirurgie de zi	115	5.598	0,9294	0,6	120	5.598	0,9286	0,6	115	0,6	120	0,6	5	0,0
IMSP Spitalul Clinic Municipal de Fiziopneumologie	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	638	8.932	1,9648	11,2	639	8.932	1,9650	11,2	638	11,2	639	11,2	1	0,0
Total		376.177			3.257,4	392.480			3.406,1	376.115	3.254,2	392.479	3.404,7	16.364	151,9

Sursa: Elaborat de auditor în baza contractelor încheiate cu prestatorii de servicii spitalicești, datelor raportate de prestatori în SI DRG și achitărilor efectuate de CNAM.

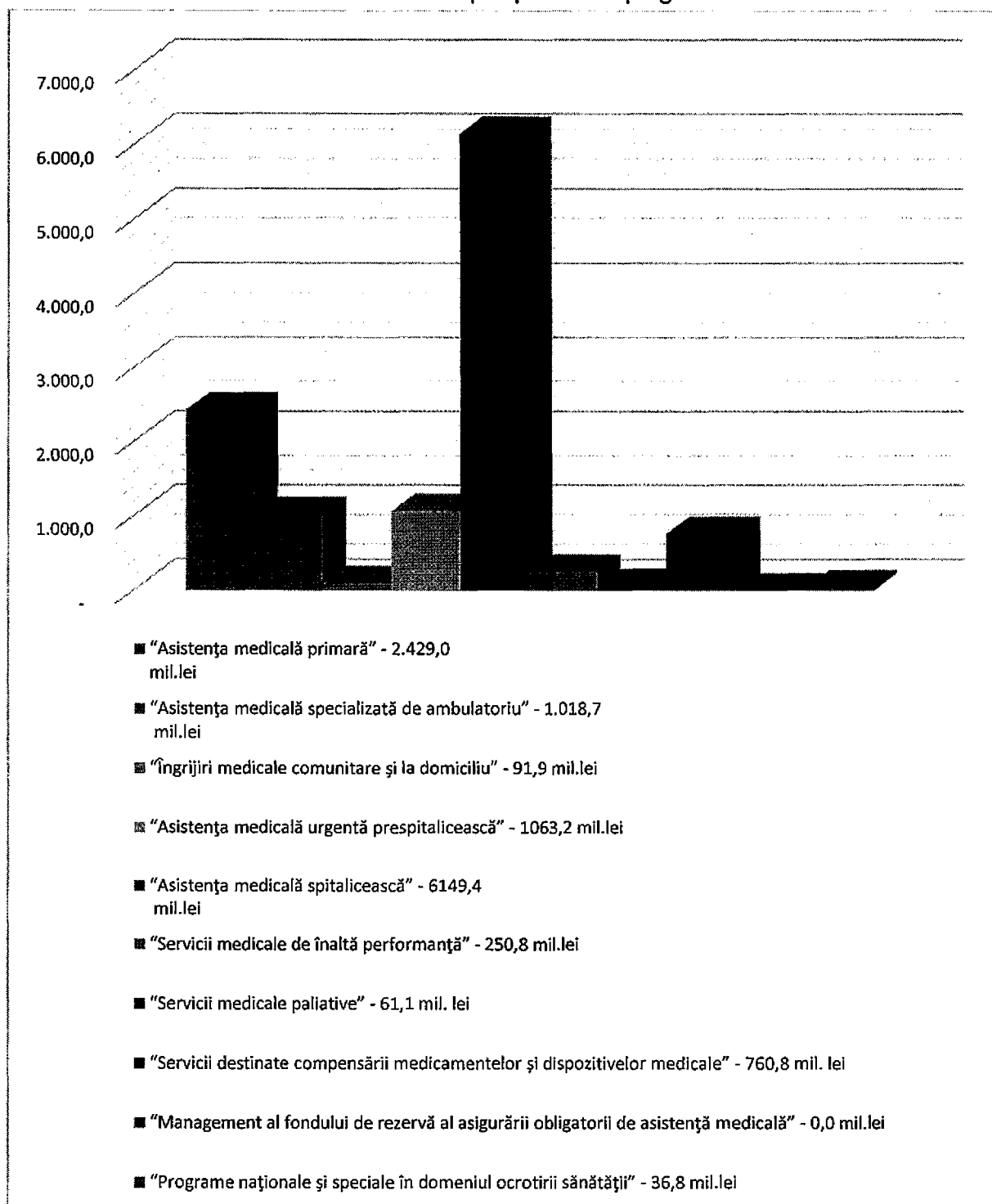
Opinia/dezacordul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină privind baza pentru opinia de audit și opinia echipei de audit

Nr. crt.	Observația	Opinia CNAM	Opinia echipei de audit
	Capitolul II. BAZA PENTRU OPINIE CU REZERVA „Menționăm că, în Sistemul Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online”, sunt raportate toate cazurile tratate⁸⁶, inclusiv cele acordate contra plată, iar sistemul nu dispune de mecanisme de delimitare a serviciilor care au fost achitate conform contractelor și care au fost executate supracontract. Nici instituțiile medicale nu dispun de mecanisme de evidență a serviciilor medicale prestate peste cuantumul de servicii spitalicești contractate. De menționat că aceste informații privind volumul de servicii spitalicești prestate sunt utilizate de către CNAM la achitarea cazurilor tratate. Deoarece nu au putut fi distinct delimitate serviciile medicale achitate, auditul denotă că a fost în imposibilitate de a evalua cheltuieli în sumă de 3 254,2 mil.lei raportate în subprogramul „Asistență medicală spitalicească”, date prezentate în Anexa nr.1 la prezentul raport de audit”.	„CNAM anual încheie contracte de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice (în continuare - PSM), prin care este stabilită suma contractuală anuală și volumul anual de servicii medicale pe care urmează să le realizeze PSM, iar CNAM - să le achite (Contractul-tip, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1636/2002, în vigoare pentru perioada auditată). Mai mult decât atât, PSM, conform pct. 3.1 din Contractul sus-menționat, se obligă să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate în volumul prevăzut în Contract, iar CNAM se obligă (pct. 3.2 din Contractul - tip): să transfere PSM mijloacele financiare, în conformitate cu facturile prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele Contractului; să verifice corespunderea cu clauzele Contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate. La fel, volumul anual de servicii medicale achitat din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în funcție de activitatea PSM și a posibilităților financiare ale CNAM. Angajamentele CNAM față de PSM sunt stabilite în clauzele contractuale, iar suma contractuală și volumul de servicii medicale pot fi modificate doar dacă există resurse financiare suficiente sau prestarea de către PSM a serviciilor supra contract este justificată din punctul de vedere al gradului de argumentare a spitalizărilor și corectitudinii codificării cazurilor tratate. Astfel, din 16,1 mii de cazuri în valoare de 151,8 mil.lei, circa 87% sunt cazuri realizate în cadrul programului general, care în mare parte nu întrunesc criteriile de spitalizare. Aceeași situație se constată	Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022, aprobate prin ordinul MS și CNAM nr.1227/350-A din 29.12.2021 (cu modificările ulterioare) <i>stabilesc principiile care stau la baza încheierii contractelor de asistență medicală cu prestatorii de servicii medicale, modalitățile de plată pe tipurile de asistență medicală prevăzute în Programul unic, modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate etc.</i> Particularitățile de contractare și achitare a asistenței medicale spitalicești sunt determinate de tipurile de servicii acordate. Astfel, pentru serviciile spitalicești realizate în cadrul programului general, programelor speciale, chirurgia de zi, programului privind tratamentul pacienților confirmați cu infecția Coronavirus de tip nou (Covid-19), metoda de plată este pe „caz tratat” finanțată în cadrul sistemului DRG (Case-Mix). <i>Pct. 48 din Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022</i> prevăd: pentru spitalele rambursate în funcție de complexitatea cazurilor (DRG și CASE-MIX), pe programul general, chirurgie de zi, programul privind tratamentul pacienților confirmați cu infecția Coronavirus de tip nou (Covid-19), în contractul de acordare a asistenței medicale se specifică: - numărul estimativ de cazuri pus la baza calculului sumei contractuale;

	și cu referire la cazurile realizate supra contract în cadrul programului „chirurgia de zi” și programul „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)”, situații confirmate și de echipa de evaluatori a CNAM. Delimitarea cazurilor tratate de către CNAM prin sistemul DRG, nu poate fi realizată din considerentele că, în conformitate cu Ordinul ministrului Sănătății și directorului general al CNAM nr.397/125-A/2013 privind aprobarea Regulamentului cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), cu modificările ulterioare, datele la nivel de pacient în Sistemul Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG” se colectează de toți PSM din Fișa medicală a bolnavului de staționar, care se întocmește pentru toți pacienții spitalizați. Astfel, sistemul CASE-MIX mai întâi de toate se bazează pe mixul de pacienți tratați, bazat pe sistemul de clasificare a pacienților, calculat prin intermediul aplicației informatice GROUPER, care clasifică pacienții externati după omogenitatea clinică (diagnostic, vârstă, intervenția chirurgicală, greutatea la naștere etc.) și de costuri. Finanțarea propriu-zisă a spitalelor se face prospectiv, ceea ce presupune stabilirea unui buget având ca principiu de constituire tariful de bază”, calculat în baza cheltuielilor PSM pe anul precedent, numărul de cazuri negociate și ICM (indicele de complexitate) calculat de sistemul DRG. Bugetul unui spital se constituie din: Număr de cazuri tratate * Indice de Case-Mix realizat * Tariful spitalului. Din această perspectivă, numărul de cazuri este important atât pentru calcularea bugetului prospectiv al spitalului, cât și pentru decontarea serviciilor realizate pe parcursul anului. Formula de calcul al indicelui de Case-Mix este: $ICM = \frac{\text{Suma numărului de cazuri ponderate}}{\text{Suma numărului de cazuri realizate}}$. Din formulă se observă că principalul determinant al indicelui de Case-Mix este setul de valori relative DRG calculat în baza costurilor anului precedent. Utilizarea acestei modalități de finanțare este determinată de necesitatea de redistribuire a riscului financiar între finanțator și spital, care asigură	- ICM pus la baza calcului sumei contractuale (ICM - indicele de complexitate a cazului tratat); - tariful de bază. Achitarea cazurilor tratate va fi calculată în baza numărului de cazuri tratate care au fost raportate/ validate și ICM real. Ordinul ministrului Sănătății și directorului general al CNAM nr.397/125-A/2013 stabilește modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX). Sistemul Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online” este utilizat de către instituțiile medicale spitalicești la înregistrarea și raportarea cazurilor tratate. Auditul a constatat că 52 de instituții medicale au prestat supracontract 16 364 de cazuri tratate, în sumă de 151,9 mil.lei, care nu au fost achitate de CNAM. Instituțiile medicale au raportat aceste servicii spitalicești în sistemul DRG. Respectiv, din 392 479 de cazuri tratate raportate, au fost achitate 376 115 servicii medicale spitalicești. Auditul denotă că nu a putut delimita care anume cazuri tratate au fost achitate de către CNAM, în situația în care instituțiile medicale au înregistrat și au raportat un număr de servicii care depășește suma contractată și achitată. Nici instituțiile medicale nu dispun de mecanisme de evidență a serviciilor medicale prestate peste cuantumul de servicii spitalicești contractate. De menționat că aceste informații privind volumul de servicii spitalicești prestate este utilizat de către CNAM la achitarea cazurilor tratate. Deoarece nu au putut fi distinct delimitate serviciile medicale achitate, auditul denotă că a fost în imposibilitatea să se expună asupra exactității și regularității cheltuielilor în sumă de 3 254,2 mil.lei raportate în subprogramul „Asistență medicală spitalicească”.
--	---	---

	sustenabilitatea sistemului spitalicesc pentru răspunsul corect și prompt la necesitățile populației. Delimitarea cazurilor tratate și raportate prin sistemul DRG în limita contractului de cele realizate supra contract va deteriora logica sistemului, care este utilizat în multe țări similar ca în Republica Moldova. Atragem atenția asupra faptului că observațiile echipei de audit tind către forma de plată cu achitarea per serviciu, ceea ce ar crea premise ca spitalele să supraspitalizeze cazuri simple, care în mod obișnuit ar fi trebuit să rămână la nivel de ambulator, ceea ce ar însemna costuri mari și ineficiența utilizării banilor publici. Reiterăm că, CNAM achită serviciile medicale conform și în limita contractului încheiat cu fiecare PSM, iar nerespectarea clauzelor contractuale de către CNAM nu a fost constatată de echipa de audit. În măsura în care CNAM, pe parcursul anului 2022, a respectat clauzele contractelor încheiate cu PSM, utilizând regulamentar funcționalitățile sistemului DRG, nu există premise ca echipa de audit să fie în imposibilitate de a se expune asupra veridicității achitării sumei de 3 254,2 mil. lei. Opinia „cu rezerve”, formulată de echipa de audit, și recomandarea foarte generală „de elaborare a mecanismului de monitorizare și control al realizării contractelor de prestări servicii în cadrul AOAM în scopul gestionării resurselor financiare alocate cu asigurarea revizuirii și ajustării cadrului de raportare a instituțiilor medicale în condițiile realizării serviciilor medicale supracontractat”, de fapt va avea un impact esențial non-benefic asupra sistemului sănătății, drepturilor și intereselor persoanelor asigurate. O analiză exhaustivă a situației pentru a formula o asemenea opinie „cu rezerve” și o asemenea recomandare nu a fost efectuată. Din păcate, echipa de audit s-a limitat doar la studierea fragmentată a procesului de raportare, recepționare, validare și achitare a serviciilor.”	Cu referire la acest aspect, se denotă că această constatare și observație de audit au stat la baza opiniei cu rezerve și în cadrul Raportului auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2019, aprobat prin Hotărârea Curții de Conturi nr.30 din 16.07.2020. Pentru anul 2020 acest risc nu s-a materializat deoarece, prin dispozițiile Comisiei pentru Situații Excepționale, serviciile medicale spitalicești programate au fost sistate, respectiv instituțiile medicale nu au realizat cazuri tratate supra contract. În anul 2021, de asemenea, acest risc nu s-a materializat din considerentul că serviciile medicale spitalicești au fost achitate fără stabilirea numărului de cazuri tratate contractate și acceptate spre plată, prin metoda buget global. Este relevant de menționat că, începând cu anul 2019, auditul a înaintat recomandarea privind îmbunătățirea procesului de evidență și delimitare a cazurilor tratate supra contract, recomandarea având următorul conținut: <i>monitorizarea și controlul realizării contractelor de prestări servicii în scopul gestionării resurselor financiare alocate cu asigurarea revizuirii și ajustării cadrului de raportare a instituțiilor medicale, în condițiile realizării serviciilor medicale supra contract.</i> Această recomandare a fost înaintată și acceptată de CNAM în anul 2019 și reiterată în Rapoartele de audit din anii 2020 și 2021, ca rezultat al neimplementării acesteia. Astfel, ca rezultat al neimplementării recomandării de audit, pentru anul 2022 riscul s-a materializat. Auditul denotă importanța acestui proces și își menține poziția prin continuitatea abordării de audit privind necesitatea delimitării serviciilor medicale supra contract.
--	---	---

Structura cheltuielilor pe tipuri de subprograme în anul 2022



**Executarea veniturilor și cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală
în anul 2022, mil.lei**

Denumirea	Cod Eco	Plan		Executat	Executat față de precizat	
		Aprobat pe an	Precizat pe an		devieri (+/-)	în %
<i>A</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=4-3</i>	<i>6=4/3</i>
I. Venituri, total	1	12.287,6	12.559,7	12.639,6	79,8	100,6
<i>inclusiv transferuri de la bugetul de stat</i>		6.071,9	6.095,2	6.095,2	0,0	100,0
II. Cheltuieli, total	2+3	12.287,6	12.833,7	11.963,3	-870,4	93,2
III. Sold bugetar	1-(2+3)	0,0	-274,0	676,2	950,2	
IV. Surse de finanțare, total	4+5+9	0,0	274,0	-676,2	-950,2	
Sold de mijloace bănești la începutul perioadei	910	286,7	674,7	674,7	0,0	
Sold de mijloace bănești la sfârșitul perioadei	930	286,7	400,7	1.350,9	950,2	

Sursa: Raport privind executarea indicatorilor generali și surselor de finanțare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la situația din 31 decembrie 2022 (Formularul nr.1 CNAM).

Analiza tarifelor diferențiate aplicate pentru 9 prestatori de servicii medicale spitalicești (tratament operator la cataractă) în anul 2022

Denumirea prestatorului de servicii medicale	Contract 01.01-31.12.2022 final			Tarif aprobat (lei)	Suma contractată conform tarifului aprobat (mil. lei)	Diferența din suma contractată și aprobată (mil. lei)
	Nr.CT	Tarif (lei)	Suma (mil.lei)			
„MEDCLINIC INTERNATIONAL” SRL	379	6.558	4,8	6.575	4,9	0,01
IMSP Spitalul Raional Drochia „Nicolae Testemițanu”	105	4.131	0,9	5.598	1,2	0,3
Întreprinderea Științifică de Producere „Incomed” SRL	300	5.322	4,0	6.575	5,0	1,0
IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	1.882	5.090	25,0	6.616	32,5	7,5
IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”	2.000	5.150	27,0	6.575	34,5	7,5
IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”	1.000	5.054	13,5	6.616	17,6	4,1
Întreprinderea cu Capital Străin „Health Forever International” SRL (Spitalul Internațional „Medpark”)	170	5.047	2,3	6.575	3,0	0,7
IMSP Spitalul Raional Călărași	463	5.047	6,3	5.598	6,9	0,6
IMS Societatea Comercială „Repromed” SRL	100	5.047	1,3	6.575	1,8	0,5
Total	6.399	-	85,1	-	107,3	22,2

Sursa: Elaborat de audit în baza tarifelor aprobate de Ministerul Sănătății și contractelor încheiate de prestatori cu CNAM.

**Informații aferente serviciilor stomatologice profilactice prestate de echipa mobilă a Policlinicii
Stomatologice Republicane și de centrele stomatologice raionale în anul 2022**

Nr. crt.	Raionul, localitatea	Centrul stomatologic raional		Echipa mobilă		Suma contractată și achitată Centrului Stomatologic Raional, mil.lei	Numărul de examinări privind sigilarea fisurilor unui dinte
		Perioada examinării	Numărul de copii examinați	Perioada examinării	Numărul de copii examinați		
1	Orhei, Podgoreni			1.12.2022	63	2,0	48
2	Vâscăuți	09.12.22	403	2-5.12.2022	132		92
3	Vatici	21.12.22	495	6-7.12.2022	115		84
4	Puținței			8.12.2022	113		92
5	Pohrebenei			9-12.12.22	84		94
6	Ciocâlteni			13-14.12.22	130		100
7	Brăviceni			15-16.12.22	112		102
8	Piatra			19-20.12.22	164		122
9	Jora de Mijloc	09.12.22		21-23.12.22	196		104
10	Step-Soci			28-29.11.22	83		62
11	Zahoreni			30.11.22	110		104
12	Florești, Prajila	05.22	380	1-2.12.22	234	1,5	80
13	Băhrinești			5-6.12.22	139		90
14	Mărculești	05.22	274	7-8.12.22	150		98
15	Ghindești	05.22	410	9-12.12.22	235		36
16	Roșietici	05.22	216	13-14.12.22	179		66
17	Cașunca	05.22	238	15.12.22	161		68
18	Ciutulești	05.22	224	16-19.12.22	175		59
19	Prodănești	05.22	246	20-21.12.22	160		84
20	Vertiujeni			14-15.11.22	211		52
21	Japca	05.22	111	16.11.22	95		54
22	Sănătăuca	12.22	324	17-18.11.22	183		53
23	Cuhureștii de Jos	09/12.22	221	21-22.11.22	150		53
24	Cuhureștii de Sus			23-24.11.22	215		92
25	Gura Camencii	09/22	324	25.28.11.22	274		69
26	Vărvăreuca	05.22	306	29-30.11.22	224		76
27	Dondușeni, Arionești	01/04.22	86	10.11.22	110	0,7	4
28	Sudarca	05/08.22	48	11-14.11.22	82		24
29	Plop	01/03.22	45	15.11.22	104		30
30	Climăuți	02.22	5	16.11.22	28		46
31	Cernoleuca	04.22	33	17.11.22	98		0
32	Moșana	05.22	32	18.11.22	105		18
33	Baraboi	03/05/07.22	67	21-22.11.22	132		94
34	Frasin	03/06.22	51	23.11.22	89		50
35	Scăieni	04.22	57	24.11.22	72		56
36	Târnova	01/07.22	202	25.11.22	26		0
37	Comrat, Dezghingea			27.01,1.11.22	282	1,4	0
38	Avdarma	11.22	147	2-7.11.22	319		19

39	Cioc-Maidan	12.22	82	7-9.11.22	119		0
40	Congaz	12.22	507	6-13.10.22	673		36
41	Chirsova	12.22	237	20-26.10.22	399		0
42	Congazcic	12.22	110	30-3.10.22	106		0
43	Beșalma	12.22	141	4-5.10.22	36		0
44	Svetlâi	12.22	88	17,21.10.22	259		
45	Ocnița, s. Ocnița			25.10,31.11.22	323	0,9	16
46	Otaci			27.10,2-3.11.22	130		91
47	Vălcineț			27.10,4-7.11.22	141		72
48	Călărășeuca			8.10.22	92		46
49	Sauca			28.10,9.11.22	152		40
50	Bârlădeni			26.10,10.11.22	135		64
51	Grinăuți-Moldova	10.11.22	90	26.10,11.11.22	88		62
52	Hădărăuți/Corestăuți			17-18.10.22	72		50
53	Bârnova			19-20.10.22	173		6
54	Lipnic	06.12.22	108	21,24.10.22	128		45
55	Rezina, Peciste			3-5.10.22	197	0,8	16
56	Mateuți			1-5.09.22	205		42
57	Solonceni			6-7.09.22	66		26
58	Păpăuți			8-9.09.22	123		36
59	Cinișeuți			12-14.09.22	307		74
60	Echimăuți			15-16.09.22	155		41
61	Lalova			21.09.22	40		26
62	Horodiște			19-20.09.22	140		26
63	Cuizăuca			23,27.09.22	199		12
64	Ignăței			28-30.09.22	275		22
65	Țareuca			27.05.22	161		0
66	Ceadâr-Lunga, Baurci			16,20.09.22	152	1,1	0
67	Chiriet-Lunga	05.05/17.11	41	14-15.09.22	114		0
68	Beșghioz	28.04/27.10	51	12-13.09.22	282		0
69	Gaidar	21.04/03.11	35	8-9.09.22	114		0
70	Joltai	12.05/24.11	46	6-7.09.22	120		8
71	Copceac	24.03/19.05 09.06/06.11	157	21-29.09.22	617		36
72	Tomai	14.04/10.11	54	1-5.09.22	68		0
73	Taraclia, Tvardița	14.04.22	151	4,5,8.08.22	57	0,7	186
74	Căraclia, Novoselovca, Albota de Sus și Jos	04.05.22	106	10-19.08.22	201		606
75	Vulcănești, Chișmichioi			22,23.08.22	48	0,4	68
76	Etulia			24.08.22	20		52
77	Corten	31.03.22	63	26.08.22	32		140
78	Budăi			29.08.22	9		30
79	Ciumai			30.08.22	1		8
80	Șoldănești, Râspopeni			17-19.05.22	441	0,7	140
81	Găuzeni			13-16.05.22	206		76

82	Chipeșca			11-12.05.22	161		90
83	Cotiujenii Mari			5-10.05.22	468		88
84	Pohoarna			3-4.05.22	153		68
85	Sămășcani			20-23.05.22	206		88
86	Vadul-Rașcov			30-31.05.22	142		26
87	Cușmirca			27.05.22	227		36
88	Cobălea			25-26.05.22	215		40
89	Olișcani			24-25.05.22	247		44
90	Fălești, Obreja Veche	14.11.22	330	4-6.05.22	229	1,4	21
91	Hiliuți	24.10.22		16.05.22	220		2
92	Răuțel	17.10.22	643	17-18.05.22	357		4
93	Mărândeni	17.10.22		12-13.05.22	242		0
94	Năvârneț	12.10.22	365	11.05.22	303		0
95	Călinești	19.10.22	440	10.05.22	295		0
96	Ciolacu Nou	23.11.22	180	24.05.22	54		0
97	Ișcălău	24.11.22	215	23.05.22	24		0
98	Glinjeni			20,23.05.22	342		0
99	Pârlița	24.10.22	486	19.05.22	249		7
100	Țareuca			27.05.22	135		0
101	Sârcova			30-31.05.22	193		0
102	Fălești Noi	17.11.22	464	5-8.04.22	429		11
103	Călugăr	25.10.22	280	13-15.04.22	281		11
104	Pânzăreni	01.11.22	332	22-26.04.22	149		0
105	Scumpia	02.11.22	330	18-21.04.22	353		6
106	Albinețul Vechi	09.11.22	309	11-13.04.22	322		7
	Total:	-	11 386	-	18 906	11,7	5123

Sursa: Elaborat de auditor în baza informațiilor prezentate de Policlinica Stomatologică Republicană și de centrele stomatologice raionale în anul 2022.

Informații cu privire la implementarea recomandărilor din Hotărârea Curții de Conturi nr.20 din 26.05.2022 „Cu privire la auditul financiar asupra Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2021”

Cerințele și recomandările specificate în hotărârea anterioară a Curții de Conturi	Măsurile luate de entitate în conformitate cu scrisorile adresate Curții de Conturi	Statutul implementării recomandării
Ministrei Sănătății și Directorului General al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină		
1. reexaminarea modului de contractare „buget global”, cu elaborarea bazei de contractare a serviciilor medicale din FAOAM și stabilirea indicatorilor de rezultat pentru volumul de servicii acordate, raportate și achitate (pct.3.1, pct.3.2);	Răspunsul CNAM: Prin Ordinul comun al ministrului Sănătății și directorului general al CNAM nr. 1227/350-A din 29 decembrie 2021 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022”, în Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM, în anul 2022, pe tipul de asistență medicală urgentă prespitalicească a fost stabilită metoda de plată „per capita”. Răspunsul MS: Ministerul Sănătății (MS) de comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) a elabora și aprobat Ordinul nr.1227/350-A din 29.12.2021 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022”, prin care a fost stabilită metoda de plată în asistență medicală urgentă prespitalicească „per capita” (Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1227/350-A din 29.12.2021 https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135130&lang=ro).	Neimplementat
2. asigurarea elaborării și aprobării metodologiei de raportare de către instituțiile de profil a volumului de servicii medicale prestate, precum și de determinare/calculare a pacienților unici deserviți pe parcursul anului, în vederea utilizării rezultative a mijloacelor financiare contractate („per capita”) achitate și raportate de către CNAM (pct.4.1);	Răspunsul CNAM: Ordinul comun al ministrului Sănătății și directorului general al CNAM nr. 709/163-A din 27.07.22 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență primară a dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală” este în proces de revizuire și modificare. Ulterior, în baza ordinului aprobat, vor fi analizate posibilitățile ajustării unor modificări în „Sistemul Informațional de Asistență Medicală Primară”. Totodată, în discuții cu Curtea de Conturi a fost solicitată explicarea termenului de „beneficiar unic.” Răspunsul MS: SIA AMP este utilizat insuficient. Se menține înregistrarea dublă a datelor medicale (pe hîrtie și electronică) cauzată de lipsa interoperabilității dintre SIA AMP, SIA AMS și serviciile de diagnostic și laborator. Această reprezintă o povară enormă pentru lucrătorii	Parțial implementat

3. monitorizarea și controlul realizării contractelor de prestări servicii în cadrul AOAM, în scopul gestionării resurselor financiare alocate cu asigurarea revizuirii și ajustării cadrului de raportare a instituțiilor medicale, în condițiile realizării serviciilor medicale supracontract (pct.3.3);

8. evaluarea necesităților și accesului populației la serviciile medicale de înaltă performanță.

medicali. Totodată menționăm, că volumul de servicii medicale este format din vizite primare și repetate (consultații, investigații primare și repetate). Având ca bază, principiul de solidaritate în AOAM, un pacient consumă servicii multiple, repetate. Respectiv, considerăm nerelevant monitorizarea servicii per pacient. Ordinul comun al ministrului Sănătății și directorului general al CNAM nr.709/163- A din 27.07.22 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență primară a dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală” este în proces de revizuire și modificare, în vederea modificării formei de raportare la nivel de AMP și AMSA.	
Răspunsul CNAM: Trimestrial, se monitorizează și analizează volumele de servicii medicale prestate de către prestatorii de servicii medicale încadrați în AOAM. Totodată, volumele executate sunt prezentate spre examinare „Grupului de lucru pentru coordonarea procesului de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”. În urma proceselor-verbale elaborate de către grupul menționat se emit decizii cu privire la modificarea volumelor contractuale la prestatorii de servicii medicale care au executat servicii medicale supracontract în limita <u>mijloacelor financiare disponibile</u>.	Parțial implementat
Răspunsul CNAM: Pe parcursul anului 2022, în baza rapoartelor prezentate de prestatorii SIP către CNAM, a fost efectuată analiza privind structura SIP-urilor prestate în anul 2021 și 7 luni ale anului 2022, cu evidențierea serviciilor medicale supra solicitate, neexecutate, ponderea lor, sumele achitate. Totodată, au fost structurate SIP-urile din punct de vedere al complexității și costului. Urmare a analizelor efectuate au fost întocmite și expediate demersuri în adresa a 19 Comisii de specialitate ale MS întru informarea și solicitarea de opinii privind oportunitatea prezenței serviciilor neefectuate în anul 2021 și în 7 luni ale anului 2022 în Lista SIP (anexa nr. 5 la PU) și necesitatea acestora pentru populație în contextul constatărilor urmare a analizelor efectuate. În contextul opiniilor expuse de către Comisiile de specialitate, care au parvenit în format electronic în adresa CNAM, informația cu referire la SIP-uri a fost analizată și generalizată cu întocmirea unei note informative prezentată conducerii CNAM. În contextul constatărilor expuse au fost elaborate și prezentate propuneri privind modificarea listei SIP din anexa nr. 5 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, care au fost prezentate MS la data de 13.12.2022.	Parțial implementat

	Ulterior, la data de 13.01.2023, MS a prezentat spre avizare proiectul de hotărâre cu privire la modificarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387/2007. <u>Răspunsul MS:</u> În scopul îmbunătățirii accesului populației la servicii medicale de înaltă performanță, a fost modificată lista SIP din anexa nr.5 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală prin Hotărârea Guvernului nr. 245/2022 pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Totodată, la finele anului 2022 a fost elaborat un alt proiect de hotărâre de Guvern pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, care prevede și modificarea listei SIP din anexa nr. 5. Proiectul este în proces de expertizare la CNA și avizare repetată. Urmează să fie definitivat în baza avizelor și remis pentru examinare și aprobare în modul stabilit. Completare 23.02.2023 Scrisoarea MS nr16/596 din 20.02.2023: În scopul îmbunătățirii accesului populației la servicii medicale de înaltă performanță, a fost modificată lista SIP din anexa nr.5 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală prin Hotărârea Guvernului nr. 245/2022 pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Totodată, la finele anului 2022 a fost elaborat un alt proiect de hotărâre de Guvern pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, care prevede și modificarea listei SIP din anexa nr. 5. Proiectul este în proces de expertizare la CNA și avizare repetată. Urmează să fie definitivat în baza avizelor și remis pentru examinare și aprobare în modul stabilit.	
Directorului General al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină		
4. actualizarea și revizuirea permanentă a bazei de date a pacienților din lista de așteptare și asigurarea transparenței accesului persoanelor asigurate la tratament costisitor (pct.5.4, pct.5.5);	Au fost revăzute și actualizate listele de așteptare generală prin excluderea persoanelor cu statut „decedat”, „operat”, „cod de identitate eronat” cu identificarea ulterioară a persoanei din acestea. Listele de așteptare generală au fost remise de către CNAM prestatorilor de asistență medicală primară pentru reevaluare de către medicii de familie. După reevaluare, acestea au fost remise în adresa CNAM.	Parțial implementat

	CNAM monitorizează permanent procesul de includere a persoanelor în lista de așteptare generală și direcționează persoanele pentru intervenții chirurgicale. Reprezentanții CNAM apelează telefonic persoanele care se regăsesc în lista de așteptare generală, pentru confirmarea acceptării intervenției chirurgicale. Persoanele care nu acceptă intervenția chirurgicală la momentul apelării de către reprezentanții CNAM din diverse motive (de sănătate, refuz de a mai suporta intervenția chirurgicală, ș.a.) se exclud din lista generală. Persoanele care solicită amânarea intervenției chirurgicale, revin ulterior cu apel telefonic pentru a fi repartizați la instituțiile medicale contractate de către CNAM.	
Ministrei Sănătății		
5. asigurarea întreprinderii măsurilor ce se impun, în scopul asigurării continuității reformelor prin extinderea funcționalității SIA „Asistență Medicală Primară” și implementarea rețelei electronice „e-Rețetă”, cu stabilirea termenelor de realizare raportați (pct.4.1, pct.5.6);	Pe parcursul anului 2022 a fost elaborat Caietul de sarcini privind achiziția serviciilor de dezvoltare și implementare a SI „e-Rețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”. Una din acțiuni a PAG pentru anul 2023 este dezvoltarea și punerea în aplicare a SI „e-Rețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”. CNAM se află în proces de achiziționare a serviciului de dezvoltare a funcționalității SI „e-Rețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”. Se planifică că până la finele anului 2023 și să fie dezvoltat și lansat. În cadrul Proiectului „Modernizarea serviciilor guvernamentale în Republica Moldova”, finanțat de Banca Mondială, Ministerul Sănătății implementează cu suportul Agenției de Guvernare Electronică (AGE), serviciile de reinginerie a certificatelor medicale de constatare a nașterii și decesului. Dezvoltarea conturului funcțional de înregistrare a certificatelor medicale constatatoare ale nașterii și ale decesului (SI eCMND) se efectuează în cadrul Contractului № MD-EGA-71314-CS- QCBS încheiat între Ministerul Sănătății, Agenția de Guvernare Electronica (AGE) și consorțiul S&T IT Services și Genius IT Solutions SRL. Sistemul presupune extinderea funcționalității SIA AMP cu generarea electronică a certificatelor de constatare medicală electronică a nașterii și decesului, care implică înregistrarea de date și preluarea de date, de către reprezentanții ai instituțiilor medicale publice și private, în timp real, către Registrul de Stat al Populației (RSP).	Parțial implementat

6. reglementarea procesului de <i>inițiere, desfășurare și selectare a candidaților</i> la ocuparea funcțiilor vacante de conducători ai instituțiilor medico-sanitare publice (pct.5.7);	MS va opera modificările respective la HG nr.1016/2016.	Neimplementat
Directorului IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală		
7. asigurarea elaborării și încheierii contractelor bilaterale de prestare a serviciilor medicale cu includerea prevederilor aferente valorii contractelor și a tipurilor de servicii contractate și prestate, precum și a cerințelor aferente specificului realizării investigațiilor pentru persoanele cu statut asigurat/neasigurat (pct.4.3);	Nu au fost prezentate informații	Neimplementat

Sursa: Elaborat de audit în baza informațiilor prezentate de MS și CNAM.

Bilanțul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină la 31.12.2022, mii lei

Nr. crt.	Indicatori	Cod rd.	Sold la	
			Începutul perioadei de gestiune	Sfârșitul perioadei de gestiune
1	2	3	4	5
	ACTIV			
	ACTIVE IMOBILIZATE			
	I. Imobilizări necorporale			
	1. Imobilizări necorporale în curs de execuție	10	9 376,1	9 376,1
	2. Imobilizări necorporale în exploatare, total	20	8 020,6	5 160,2
	din care:			
	2.1. concesiuni, licențe și mărci	21	40,5	-
	2.2. drepturi de autor și titluri de protecție	22	-	-
	2.3. programe informatice	23	7 980,1	5 159,3
	2.4. alte imobilizări necorporale	24	-	0,9
	3. Fond comercial	30	-	-
	4. Avansuri acordate pentru imobilizări necorporale	40	-	-
	Total imobilizări necorporale (rd.010 + rd.020 + rd.030 + rd.040)	50	17 396,7	14 536,2
	II. Imobilizări corporale		-	-
	1. Imobilizări corporale în curs de execuție	60	-	858,6
	2. Terenuri	70	-	-
	3. Mijloace fixe, total	80	30 162,0	27 023,3
	din care:			
	3.1. clădiri	81	28 207,2	25 304,6
	3.2. construcții speciale	82	334,3	317,4
	3.3. mașini, utilaje și instalații tehnice	83	760,6	502,3
	3.4. mijloace de transport	84	482,2	233,3
A.	3.5. inventar și mobilier	85	95,0	31,8
	3.6. alte mijloace fixe	86	282,7	633,9
	4. Resurse minerale	90	-	-
	5. Active biologice imobilizate	100	-	-
	6. Investiții imobiliare	110	-	-
	7. Avansuri acordate pentru imobilizări corporale	120	-	-
	Total imobilizări corporale (rd.060 + rd.070 + rd.080 + rd.090 + rd.100 + rd.110 + rd.120)	130	30 162,0	27 881,9
	III. Investiții financiare pe termen lung		-	-
	1. Investiții financiare pe termen lung în părți neafiliate	140	-	-
	2. Investiții financiare pe termen lung în părți afiliate, total	150	-	-
	din care:			
	2.1. acțiuni și cote de participație deținute în părțile afiliate	151	-	-
	2.2 împrumuturi acordate părților afiliate	152	-	-
	2.3 împrumuturi acordate aferente intereselor de participare	153	-	-
	2.4 alte investiții financiare	154	-	-
	Total investiții financiare pe termen lung (rd.140 + rd.150)	160	-	-
	IV. Creanțe pe termen lung și alte active imobilizate		-	-

B.	1. Creanțe comerciale pe termen lung	170	-	-
	2. Creanțe ale părților afiliate pe termen lung	180	-	-
	inclusiv: creanțe aferente intereselor de participare	181	-	-
	3. Alte creanțe pe termen lung	190	-	-
	4. Cheltuieli anticipate pe termen lung	200	-	-
	5. Alte active imobilizate	210	-	-
	Total creanțe pe termen lung și alte active imobilizate (rd.170 + rd.180 + rd.190 + rd.200 + rd.210)	220	-	-
	TOTAL ACTIVE IMOBILIZATE (rd.050 + rd.130 + rd.160 + rd.220)	230	47 558,7	42 418,1
	ACTIVE CIRCULANTE			
	I. Stocuri		-	-
	1. Materiale și obiecte de mică valoare și scurtă durată	240	1 727,1	1 983,7
	2. Active biologice circulante	250	-	-
	3. Producția în curs de execuție	260	-	-
	4. Produse și mărfuri	270	-	-
	5. Avansuri acordate pentru stocuri	280	0,3	0,4
	Total stocuri (rd.240 + rd.250 + rd.260 + rd.270 + rd.280)	290	1 727,4	1 984,0
	II. Creanțe curente și alte active circulante		-	-
	1. Creanțe comerciale curente	300	-	-
	2. Creanțe ale părților afiliate curente	310	-	-
	inclusiv: creanțe aferente intereselor de participare	311	-	-
	3. Creanțe ale bugetului	320	-	-
	4. Creanțele ale personalului	330	70,1	14,2
	5. Alte creanțe curente	340	130 683,0	183 406,8
	6. Cheltuieli anticipate curente	350	34,7	116,0
	7. Alte active circulante	360	64,0	55,2
	Total creanțe curente și alte active circulante (rd.300 + rd.310 + rd.320 + rd.330 + rd.340 + rd.350 + rd.360)	370	130 851,8	183 592,2
	III. Investiții financiare curente		-	-
	1. Investiții financiare curente în părți neafiliate	380	-	-
	2. Investiții financiare curente în părți afiliate, total	390	-	-
	din care:			
	2.1. acțiuni și cote de participație deținute în părțile afiliate	391	-	-
	2.2. împrumuturi acordate părților afiliate	392	-	-
	2.3. împrumuturi acordate aferente intereselor de participare	393	-	-
	2.4. alte investiții financiare în părți afiliate	394	-	-
	Total investiții financiare curente (rd.380 + rd.390)	400	-	-
	IV. Numerar și documente bănești	410	674 689,8	1 350 913,8
	TOTAL ACTIVE CIRCULANTE (rd.290 + rd.370 + rd.400 + rd.410)	420	807 269,0	1 536 490,0
	TOTAL ACTIVE (rd.230 + rd.420)	430	854 827,7	1 578 908,1
C.	P A S I V		-	-
	CAPITAL PROPRIU			
	I. Capital social și neînregistrat		-	-
	1. Capital social	440	-	-

D.	2. Capital nevărsat	450	()	()
	3. Capital neînregistrat	460	-	-
	4. Capital retras	470	()	()
	5. Patrimoniul primit de la stat cu drept de proprietate	480	-	-
	Total capital social și neînregistrat (rd.440 + rd.450 + rd.460 + rd.470 + rd.480)	490	-	-
	II. Prime de capital	500	-	-
	III. Rezerve		-	-
	1. Capital de rezervă	510	-	-
	2. Rezerve statutare	520	-	-
	3. Alte rezerve	530	-	-
	Total rezerve (rd.510 + rd.520 + rd.530)	540	-	-
	IV. Profit (pierdere)		-	-
	1. Corecții ale rezultatelor anilor precedenți	550	X	-
	2. Profit nerepartizat (pierdere neacoperită) al anilor precedenți	560	-	-
	3. Profit net (pierdere netă) al perioadei de gestiune	570	X	-
	4. Profit utilizat al perioadei de gestiune	580	X	()
	Total profit (pierdere) (rd.550 + rd.560 + rd.570 + rd.580)	590	-	-
	V. Rezerve din reevaluare	600	-	-
	VI. Alte elemente de capital propriu	610	-	-
	TOTAL CAPITAL PROPRIU (rd.490 + rd.500 + rd.540 + rd.590 + rd.600 + rd.610)	620	-	-
	DATORII PE TERMEN LUNG		-	-
	1. Credite bancare pe termen lung	630	-	-
	2. Împrumuturi pe termen lung	640	-	-
	din care:			
	2.1. împrumuturi din emisiunea de obligațiuni	641	-	-
	inclusiv: împrumuturi din emisiunea de obligațiuni convertibile	642	-	-
	2.2. alte împrumuturi pe termen lung	643	-	-
	3. Datorii comerciale pe termen lung	650	-	-
	4. Datorii față de părțile afiliate pe termen lung	660	-	-
	inclusiv: datorii aferente intereselor de participare	661	-	-
	5. Avansuri primite pe termen lung	670	-	-
	6. Venituri anticipate pe termen lung	680	405 088,4	402 666,6
	7. Alte datorii pe termen lung	690	-	-
	TOTAL DATORII PE TERMEN LUNG (rd.630 + rd.640 + rd.650 + rd.660 + rd.670 + rd.680 + rd.690)	700	405 088,4	402 666,6
	DATORII CURENTE		-	-
	1. Credite bancare pe termen scurt	710	-	-
	2. Împrumuturi pe termen scurt, total	720	-	-
	din care:			
	2.1. împrumuturi din emisiunea de obligațiuni	721	-	-
	inclusiv: împrumuturi din emisiunea de obligațiuni convertibile	722	-	-
	2.2. alte împrumuturi pe termen scurt	723	-	-
	3. Datorii comerciale curente	730	320 303,3	335 359,5
	4. Datorii față de părțile afiliate curente	740	-	-

E.	inclusiv: datorii aferente intereselor de participare	741	-	-
	5. Avansuri primite curente	750	-	-
	6. Datorii față de personal	760	-	-
	7. Datorii privind asigurările sociale și medicale	770	-	-
	8. Datorii față de buget	780	-	-
	9. Datorii față de proprietari	790	-	-
	10. Venituri anticipate curente	800	129 037,0	836 339,4
	11. Alte datorii curente	810	399,0	1 269,7
	TOTAL DATORII CURENTE (rd.710 + rd.720 + rd.730 + rd.740 + rd.750 + rd.760 +rd.770 + rd.780 + rd.790 + rd.800 + rd.810)	820	449 739,3	1 172 968,6
F.	PROVIZIOANE		-	-
	1. Provizioane pentru beneficiile angajaților	830	-	-
	2. Provizioane pentru garanții acordate cumpărătorilor/clientilor	840	-	-
	3. Provizioane pentru impozite	850	-	-
	4. Alte provizioane	860	-	3 272,9
	TOTAL PROVIZIOANE (rd.830 + rd.840 + rd.850 + rd.860)	870	-	3 272,9
	TOTAL PASIVE (rd.620 + rd.700 + rd.820 + rd.870)	880	854 827,7	1 578 908,1



Comisia de control al finanțelor publice

Raport **privind audierea Raportului auditului financiar al Raportului** **Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii** **de asistență medicală în anul 2022** **(nr. 1326 din 30.05.2023)**

I. Informație generală

Comisia de control al finanțelor publice a audiat în ședința din 7 iunie 2023 Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022, aprobat prin Hotărârea Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023.

Raportul menționat a fost remis Parlamentului pentru informare, ulterior fiind distribuit membrilor Comisiei pentru examinare.

În cadrul ședinței Comisiei privind audierea rezultatelor misiunii de audit, reprezentanții Curții de Conturi, responsabili de realizarea misiunii în cauză, au prezentat principalele constatări și concluzii pe marginea Raportului menționat *supra*.

De asemenea, pe acest subiect au fost audiați reprezentanții Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, responsabili de întocmirea Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022, precum și reprezentanții Ministerului Sănătății.

II. Constatările Comisiei

În cadrul audierilor pe marginea Raportului Curții de Conturi, Comisia atestă că, Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 oferă, cu excepția posibilelor efecte ale aspectelor descrise în secțiunea Baza pentru opinia cu rezerve, o imagine corectă și fidelă în conformitate cu cadrul de raportare financiară aplicabil.

Comisia reiterează faptul că, pentru cheltuielile raportate în subprogramul "Asistență medicală spitalicească" în sumă de 3 miliarde 254 milioane lei auditul a fost în imposibilitatea evaluării acestora, situație

cauzată de faptul că, serviciile medicale spitalicești raportate de către instituțiile medicale nu pot fi delimitate în cele achitate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină față de cele executate de instituțiile medicale dar neachitate de Companie.

Membrii Comisiei evidențiază și alte aspecte problematice la raportarea anuală privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, care necesită o atenție sporită, și anume:

- serviciile medicale spitalicești prestate în cadrul programului special „Tratament operator pentru cataractă” au fost contractate și achitate cu aplicarea tarifelor mai mici decât cele aprobate de Ministerul Sănătății pentru anul 2022;

- numărul persoanelor din listele de așteptare pentru tratament operator la cataractă și protezarea aparatului locomotor, care așteaptă realizarea intervenției în cadrul acestor programe speciale, este în continuă creștere. Deși în anul 2022, Compania a transmis către instituțiile medicale lista cu un număr de 2776 persoane pentru protezarea aparatului locomotor, doar 1158 sau 42% din persoanele remise au beneficiat de aceste servicii medicale. De servicii medicale pentru tratamentul operator la cataractă au beneficiat 2100 persoane sau 46% din cele incluse în liste;

- procesele de realizare a serviciilor medicale în anul 2022 au atestat în continuare deficiențe. Astfel, nu este elaborată regulamentar lista urgentată de pacienți, care necesită intervenții chirurgicale, nefiind evaluate toate persoanele din lista de așteptare generale, care necesită intervenții medicale, unele din acestea realizând intervenția contra plată. Situația respectivă denotă că, timpul de așteptare pentru a beneficia de intervențiile chirurgicale este mare, ceea ce determină în unele cazuri persoanele să achite costul serviciilor. Totodată în alte cazuri persoanele au beneficiat de intervenție chirurgicală înainte de a fi incluse în lista de așteptare;

- instituțiile medicale verificate, contractate de Companie, nu au asigurat organizarea anuală obligatorie a examenelor medicale stomatologice a tuturor copiilor din grădinițe, instituțiile de învățământ secundar general și profesional.

Comisia evidențiază că, nivelul de executare al recomandărilor înaintate de către Curtea de Conturi în cadrul auditului anterior, constituie în medie circa 30%. Deși acțiunile realizate au contribuit la îmbunătățirea unor procese sistemice aferente administrării fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, totuși recomandările neimplementate au determinat caracterul persistent al unor deficiențe constatate de audit.

III. Rezoluția Comisiei

Compania Națională de Asigurări în Medicină urmează să fortifice controalele interne, precum și să întreprindă acțiunile necesare pentru a asigura utilizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală conform necesităților persoanelor asigurate. Astfel,

Comisia a hotărât:

1. Se ia act de Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022, aprobat prin Hotărârea Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023.
2. Se recomandă conducerii Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Ministerului Sănătății să execute punctual și în termenul stabilit recomandările Curții de Conturi.
3. Se recomandă Curții de Conturi să monitorizeze și să evalueze nivelul de executare a Hotărârii Curții nr. 23 din 29 mai 2023, informând Comisia despre rezultatele monitorizării.
4. Prezentul Raport se remite Curții de Conturi, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Ministerului Sănătății și se publică pe pagina web a Parlamentului.


Tatiana CUNEȚCHI,
Președintele Comisiei