



## CANCELARIA DE STAT A REPUBLICII MOLDOVA

Nr. 21-05-4161

Chișinău

„30” 05. 2017”

### Biroul Permanent al Parlamentului

În temeiul art.73 din Constituția Republicii Moldova, se prezintă spre examinare proiectul de hotărîre a Parlamentului pentru aprobarea Raportului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.346 din 29 mai 2017.

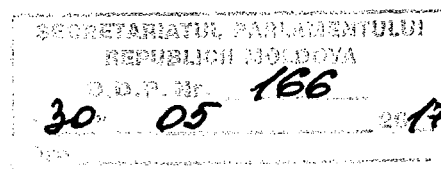
Responsabil de prezentarea în Parlament a proiectului de lege este Compania Națională de Asigurări în Medicină.

#### Anexe:

1. Hotărîrea Guvernului cu privire la aprobarea proiectului de hotărîre a Parlamentului (în limba română – 1 filă și în limba rusă – 1 filă);
2. Proiectul de hotărîre a Parlamentului (în limba română – 1 filă și în limba rusă – 1 filă);
3. Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016 (40 file);
4. Nota informativă la proiectul de hotărîre a Guvernului (1 filă);

Secretar general al Guvernului

Lilia PALII



Ex. A. Isac,  
tel. 250-604

Casa Guvernului,  
MD-2033, Chișinău,  
Republica Moldova

Telefon:  
+ 373-22-250104

Fax:  
+ 373-22-242696



# GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

## HOTĂRÎRE nr.346

din 29 mai 2017

Chișinău

**Cu privire la aprobarea proiectului de hotărîre a Parlamentului  
pentru aprobarea Raportului privind executarea fondurilor asigurării  
obligatorii de asistență medicală în anul 2016**

-----  
Guvernul HOTĂRĂȘTE:

Se aprobă și se prezintă Parlamentului spre examinare proiectul de hotărîre a Parlamentului pentru aprobarea Raportului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016.

Prim-ministru

Contrasemnează

Ministrul sănătății

Ministrul finanțelor



PAVEL FILIP

Ruxanda Glavan

Octavian Armașu

**PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA****HOTĂRÎRE****pentru aprobarea Raportului privind executarea  
fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală  
în anul 2016**

Parlamentul adoptă prezenta hotărîre.

**Art.1.** – Se aprobă Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016 la venituri în sumă de 5 764 158,3 mii lei și la cheltuieli în sumă de 5 673 446,2 mii lei, cu un excedent de 90 712,1 mii lei.

**Art.2.** – Guvernul va asigura publicarea integrală în Monitorul Oficial al Republicii Moldova a Raportului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016.

**Art.3.** – Prezenta hotărîre intră în vigoare la data adoptării.

**Președintele Parlamentului**

**Nota informativă**  
la proiectul Hotărârii Parlamentului Republicii Moldova  
„Pentru aprobarea Raportului privind executarea fondurilor asigurării  
obligatorii de asistență medicală  
în anul 2016”

Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016 este întocmit și prezentat Guvernului, în conformitate cu prevederile art. 47, alin.(1), lit.h) și lit.i) și art. 73 din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale, nr.181 din 25.07.2014.

Conform cadrului legislativ nominalizat Compania Națională de Asigurări în Medicină întocmește raportul anual în cauză și îl prezintă Guvernului spre examinare și aprobare.

Guvernul aprobă raportul și îl prezintă Parlamentului până la data de 1 iunie. Raportul anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se examinează și se aprobă prin Hotărâre de Parlament până la data de 15 iulie.

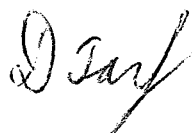
În conformitate cu art. 47, alin.(1), lit.f) a Legii nr. 181 din 25.07.2014 raportul a fost transmis prin scrisoarea nr.04/02-10-88/578 din 14.04.2017 Curții de Conturi spre auditare.

Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016 a fost aprobat de către Consiliul de administrație al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină prin Decizia nr.1 din 27 aprilie 2017.

Raportul în cauză a fost elaborat în baza structurii aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.304 din 22 aprilie 2010 și este constituit din 5 compartimente și anexe. În raport sunt reflectate dinamica și tendințele indicatorilor sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală în comparație cu anii precedenți; nivelul de executare a veniturilor și cheltuielilor în/din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în raport cu indicatorii planificați și comparativ cu anul precedent, cu explicarea cauzelor devierilor; utilizarea mijloacelor fondurilor sub aspectul subprogramelor; nivelul de realizare a performanței în cadrul programelor; structura cheltuielilor instituțiilor medico-sanitare contractate; etc.

Executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016 la venituri constituie **5 764 158,3 mii lei** sau 99,7% din suma precizată și la cheltuieli constituie **5 673 446,2 mii lei** sau respectiv 98,2%, cu un excedent de **90 712,1 mii lei**.

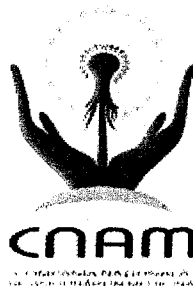
**Director general al CNAM**



**Dmitrii PARFENTIEV**

**REPUBLICA MOLDOVA  
COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ**

**R A P O R T  
PRIVIND EXECUTAREA FONDURILOR  
ASIGURĂRII OBLIGATORII DE  
ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN  
ANUL 2016**



## **CUPRINS**

<b>1. Context general</b>	<b>3</b>
<b>2. Sinteza privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală</b>	<b>4</b>
<b>3. Veniturile fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală raportate pe tipuri de surse</b>	<b>4</b>
<b>3.1. Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense</b>	<b>6</b>
<b>3.2. Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, achitate de persoanele fizice cu reședința sau domiciliul în Republica Moldova</b>	<b>6</b>
<b>3.3. Alte venituri</b>	<b>8</b>
<b>3.4. Transferuri de la bugetul de stat</b>	<b>9</b>
<b>4. Utilizarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sub aspectul programelor și subprogramelor aprobate</b>	<b>10</b>
<b>4.1. Cheltuieli din fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)</b>	<b>11</b>
<b>4.2. Cheltuieli din fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)</b>	<b>21</b>
<b>4.3. Cheltuieli din fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală</b>	<b>23</b>
<b>4.4. Cheltuieli din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale</b>	<b>24</b>
<b>4.5. Cheltuieli din fondul de administrare al sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală</b>	<b>27</b>
<b>5. Cheltuielile instituțiilor medicale contractate sub aspectul priorităților</b>	<b>30</b>
<b>6. Anexe</b>	<b>34</b>

## 1. Context general

Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM) în anul 2016 a fost elaborat în conformitate cu prevederile art.47 și art.73 din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181 din 25.07.2014 și Hotărârea Guvernului despre aprobarea structurii Raportului anual privind executarea (utilizarea) fondurilor AOAM nr.304 din 22.04.2010.

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

Activitatea sistemului de AOAM se bazează, în primul rând, pe Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de AOAM.

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

Caracteristica cadrului indicatorilor de bază pentru anul 2016, dinamica și tendințele în comparație cu anii precedenți sunt prezentate în tabelul ce urmează.

**Tabelul 1.** Indicatori cheie ai sistemului AOAM (anii 2012 – 2016)

	2012	2013	2014	2015	2016
Cota persoanelor asigurate din total populație (%)	82,1	83,2	85,0	85,6	85,8
Numărul persoanelor fizice care se asigură în mod individual	51 780	59 183	48 926	48 307	40 113
Veniturile fondurilor AOAM (mil.lei)	3 870,0	4 161,0	4 637,7	5 062,9	5 764,2
Pondere transferurilor din bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de către Guvern în veniturile fondurilor AOAM (%)	52,8	51,3	46,9	42,0	41,1
Cheltuielile fondurilor AOAM (mil.lei)	3 951,2	4 226,1	4 679,5	5 152,5	5 673,4
Pondere cheltuielilor fondurilor AOAM în PIB (%)	4,5	4,2	4,2	4,3	4,2
Pondere cheltuielilor fondurilor AOAM în bugetul public al ocrotirii sănătății (%)	83,2	81,5	79,4	79,8	87,2
Mărimea primei de AOAM în cotă procentuală (%)	7	7	8	9	9
Mărimea primei de AOAM în sumă fixă (lei)	2 982,0	3 318,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0
Fondul de remunerare a muncii din care se calculează prima de AOAM în cotă procentuală (mird.lei)	24,6	26,8	29,0	30,7	35,0
Numărul instituțiilor medicale și farmaceutice contractate	517	590	673	690	692
Numărul de rețete compensate achitate	3 481 225	3 120 779	3 476 901	3 678 614	4 593 565

Cheltuielile pentru medicamente compensate (mil.lei)	166,2	163,5	205,9	279,7	425,0
Prețul mediu cu amănuntul pentru medicamente compensate per rețetă (lei)	73,0	75,6	83,1	106,4	113,7
Suma medie compensată pentru o rețetă	47,8	52,4	59,2	78,9	90,8
Salariul mediu lunar pentru o unitate în instituțiile medico-sanitare (lei)	2 796	3 021	3 413	3 688	4 242

## 2. Sinteza privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală

Prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2016 nr.157 din 01.07.2016 veniturile și cheltuielile fondurilor AOAM au fost aprobate în sumă de **5 838 515,5 mii lei**. Ulterior, în temeiul rectificărilor operate prin Legea nr.238 din 03.10.2016, suma veniturilor și cheltuielilor fondurilor AOAM a fost modificată și aprobată în mărime de **5 779 298,2 mii lei**.

Executarea fondurilor AOAM în anul 2016 a constituit la venituri **5 764 158,3 mii lei** și la cheltuieli – **5 673 446,2 mil lei** și s-a încheiat cu un sold bugetar (excedent) în sumă de **90 712,1 mii lei**. Astfel, comparativ cu începutul anului, soldurile mijloacelor bănești în conturile fondurilor AOAM s-au majorat și la situația din 31 decembrie 2016 au constituit **243 856,9 mii lei**.

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

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

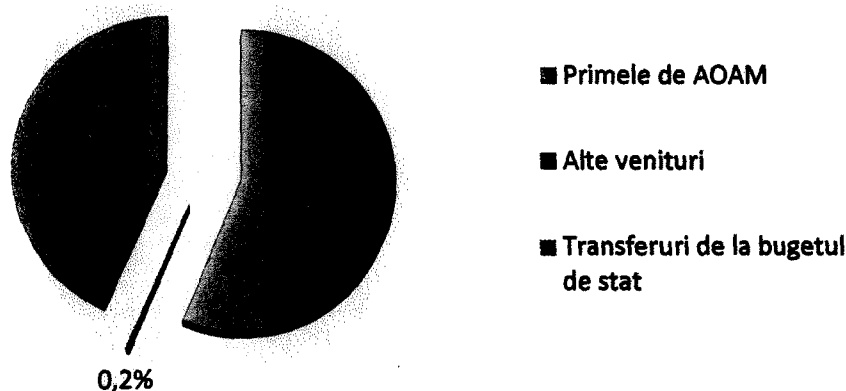
## 3. Veniturile fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală raportate pe tipuri de surse

Veniturile fondurilor AOAM se constituie din primele de AOAM achitate de contribuabili, transferuri de la bugetul de stat și alte venituri (amenzi și sancțiuni pecuniare, dobânzi bancare, etc.). Prima de AOAM reprezintă o sumă fixă sau o contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, pe care contribuabilul este obligat să o plătească în fondurile AOAM pentru preluarea riscului de îmbolnăvire.

Mărimea primei de AOAM se stabilește anual prin legea fondurilor AOAM. Prima de AOAM în cotă procentuală a evoluat pe parcursul anilor 2012-2016, fiind în corelație cu evoluția economiei naționale, pe când prima de AOAM în sumă fixă rămânând la nivelul anului 2014.

În anul 2016 veniturile fondurilor AOAM au fost acumulate în sumă de **5 764 158,3 mii lei**, ceea ce constituie 99,7% în raport cu prevederile anuale. Mai mult de jumătate din acumulările fondurilor AOAM – și anume **3 251 446,0 mii lei** sau 56,4% au constituit încasările proprii și alte venituri și **2 512 712,3 mii lei** sau 43,6% au însumat transferurile de la bugetul de stat.

**Diagrama 1. Structura veniturilor acumulate în fondurile AOAM pe tipuri de venit, anul 2016**



Informația detaliată cu privire la veniturile încasate în fondurile AOAM pe tipuri de acumulare este prezentată în Tabelul 2.

**Tabelul 2. Veniturile fondurilor AOAM pe anul 2016**

Formularul nr.2

(mii lei)

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	Raportul (In %) executat față de precizat
<b>Venituri, total</b>	<b>5 838 818,5</b>	<b>5 779 298,2</b>	<b>5 764 188,3</b>	<b>+ 16 139,9</b>	<b>99,7</b>
<i>inclusiv:</i>					
Primele de AOAM, în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense	3 168 667,9	3 168 667,9	3 152 995,4	- 13 672,5	99,6
Primele de AOAM în sumă fixă, achitate de persoanele fizice cu reședința sau domiciliul în Republica Moldova	93 288,0	93 288,0	87 183,7	- 6 104,3	93,5
Alte venituri	6 630,0	6 630,0	11 268,9	+ 4 638,9	169,9
<i>inclusiv:</i>					
dobânzi	x	x	4 880,5	x	x
alte venituri	x	x	4 156,2	x	x
amenzii și sancțiuni	x	x	2 231,2	x	x
Transferuri de la bugetul de stat pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern	2 419 185,0	2 369 185,0	2 369 185,0	0,0	100,0
Transferuri de la bugetul de stat pentru compensarea veniturilor ratate, conform art.3 din Legea nr.39-XVI din 02.03.08	738,5	738,5	738,5	0,0	100,0
Transferuri de la bugetul de stat pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății	62 033,7	52 816,4	52 816,4	0,0	100,0
Transferuri de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului "Modernizarea sectorului sănătății"	89 972,4	89 972,4	89 972,4	0,0	100,0
Granturi interne	-	-	-	-	-
Granturi externe	-	-	-	-	-

Acumularea veniturilor fondurilor AOAM sub nivelul aprobat este urmare a diminuării în anul 2016 a fondului de salariu din care se calculează primele de AOAM și a numărului

de persoane care se asigură în mod individual. Astfel, încasările din primele în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense au constituit 3 152 995,4 mii lei sau la nivel de 99,6% în raport cu prevederile anuale, iar acumulările din primele în sumă fixă - 87 183,7 mii lei sau 93,5% din prevederi.

În comparație cu anul 2015, suma veniturilor acumulate în fondurile AOAM s-a majorat cu 701 211,8 mii lei sau cu 13,8%.

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

Mărimea primei de AOAM în cotă procentuală în raport cu salariul și cu alte recompense, în conformitate cu prevederile politicii bugetar-fiscale, a fost aprobată prin Legea fondurilor AOAM pe anul 2016 în cuantum de **9,0%**.

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

Primele în cauză au fost achitate de către angajați și angajatori în sumă de **3 152 995,4 mii lei**, ce este cu 13 672,5 mii lei mai puțin sau la nivel de 99,6% față de prevederile anuale. Acest tip de venit deține ponderea cea mai mare și constituie 54,7% din totalul acumulărilor fondurilor AOAM în anul 2016.

Comparativ cu anul precedent, încasările primelor de AOAM în cotă procentuală s-au majorat cu 388 737,1 mii lei sau cu 14,1%, ce se datorează creșterii fondului de remunerare a muncii la nivel de țară.

Categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în cotă procentuală sunt prevăzute în anexa nr.1 la Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de AOAM.

Conform informației Serviciului Fiscal de Stat, în anul 2016 primele de AOAM în formă de contribuție procentuală au fost calculate în sumă de 3 019 114,7 mii lei. Sumele restante la plățile respective la 31.12.2016 se cifrează la 48 347,7 mii lei. Potrivit art.17, alin.(1), lit. b) din Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de AOAM, responsabil de evidența și controlul corectitudinii calculării și virării în termen la contul CNAM a primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală este Serviciul Fiscal de Stat.

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

Conform art.17 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27.02.1998, mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă se calculează prin aplicarea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală

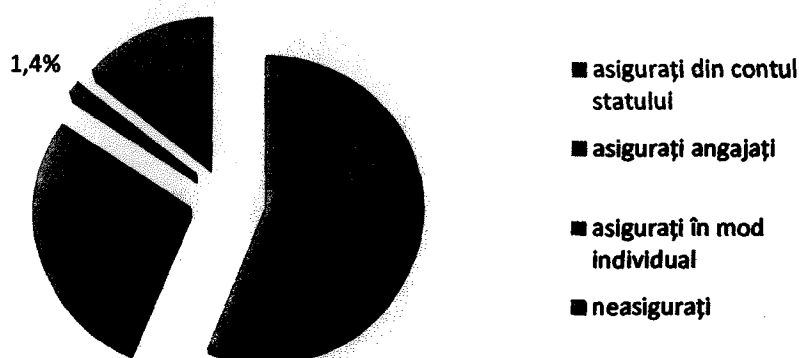
la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici.

Pentru anul de referință, în conformitate cu Legea fondurilor AOAM pe anul 2016, prin derogare de la prevederile sus-menționate, prima de AOAM calculată în sumă fixă în valoare absolută a fost stabilită în mărime de 4 056 lei, fiind menținută la nivelul anului 2014.

În anul 2016, la plata primei în sumă fixă în termenul stabilit de legislație, și anume pînă la 31 martie 2016, s-au aplicat, ca și în anii precedenți, reduceri de 50% și 75%. Astfel, cu respectarea acestei condiții, persoanele care se asigură în mod individual au beneficiat de reducere în mărime de 50%, iar proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, indiferent de faptul dacă au dat sau nu aceste terenuri în arendă sau folosință pe bază de contract, au beneficiat de reducere în mărime de 75%.

La data de 31 decembrie 2016, numărul persoanelor asigurate în sistemul AOAM a constituit 2 575 586 persoane, din care 40 113 persoane s-au asigurat în mod individual prin achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă.

**Diagrama 2. Gradul de asigurare a persoanelor în sistemul de AOAM, anul 2016**



Practica aplicării înlesnirilor acordate la achitarea primei de asigurare în sumă fixă constituie un mijloc de susținere și integrare a categoriilor de populație cu venituri mici în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, astfel fiind protejate financiar aceste categorii de persoane în cazul survenirii riscului de îmbolnăvire.

Cât privește dimensiunea reducerilor cu care au fost realizate polițele de asigurare obligatorie de asistență medicală, predomină categoria beneficiarilor de reduceri în cuantum de 50% - 24 744 persoane. Proprietarii de terenuri cu destinație agricolă au beneficiat de reduceri în mărime de 75% și s-au asigurat - 10 846 persoane.

În anul 2016 acumulările din primele de AOAM în sumă fixă au constituit 87 183,7 mii lei, ce este cu 6 104,3 mii lei sau cu 6,5% mai puțin față de prevederile anuale. Diminuarea încasărilor s-a produs în legătură cu reducerea numărului persoanelor care au obligația să se asigure în mod individual.

Ponderea veniturilor din primele de AOAM în sumă fixă în veniturile totale acumulate în fondurile AOAM a constituit 1,5%, fiind în descreștere față de anul 2015 cu 0,3 puncte procentuale.

Categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în sumă fixă sunt expuse în anexa nr.2 la Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de AOAM. Printre acestea se regăsesc proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, fondatorii de întreprinderi individuale, titularii de patentă de întreprinzător, notarii publici, executorii judecătorești și avocații și alții.

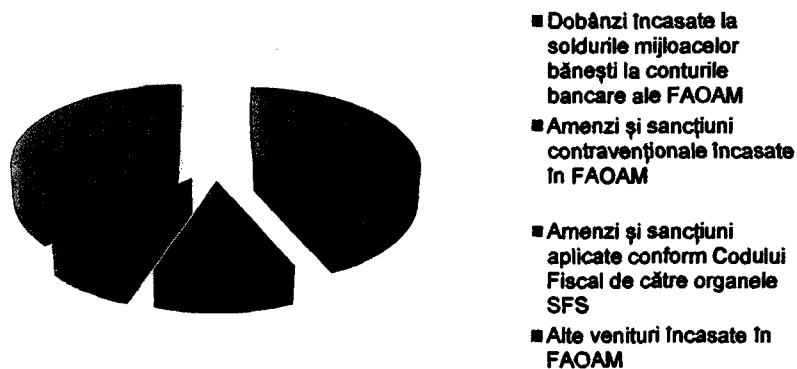
### 3.3 Alte venituri

În total la acest capitol au fost acumulate mijloace în sumă de **11 266,9 mii lei**, cu 4 636,9 mii lei sau cu 69,9% mai mult față de prevederi.

Din structura acestei categorii de venituri fac parte:

- dobânzile încasate la soldurile mijloacelor bănești la conturile bancare ale fondurilor AOAM – 4 880,5 mii lei;
- amenzile și sancțiunile contravenționale încasate în fondurile AOAM – 1 337,6 mii lei;
- amenzile aplicate conform Codului Fiscal de către organele Serviciului Fiscal de Stat încasate în bugetul fondurilor AOAM constituie 893,6 mii lei, amenzile calculate - 1 408,1 mii lei, iar suma restantă la data de 31.12.2016 - 1 482,4 mii lei (conform datelor Serviciului Fiscal de Stat);
- alte venituri încasate în fondurile AOAM – 4 155,2 mii lei.

**Diagrama 3.** Structura „Alte venituri” acumulate în fondurile AOAM pe surse, anul 2016



Creșterea substanțială a „Alte venituri”, în mare parte, se datorează majorării considerabile, comparativ cu anul precedent, a veniturilor acumulate din dobânzile încasate la soldurile mijloacelor bănești la conturile bancare ale fondurilor AOAM, deservite în bază contractuală de către Trezoreria de Stat, cu 1 921,0 mii lei sau cu

64,5% și a încasărilor amenzilor și sancțiunilor contravenționale, cu 505,4 mii lei sau 60,7%.

Comparativ cu anul 2015 la capitolul „Alte venituri” s-a înregistrat o creștere cu 589,2 mii lei sau de 5,5%.

### 3.4 Transferuri de la bugetul de stat

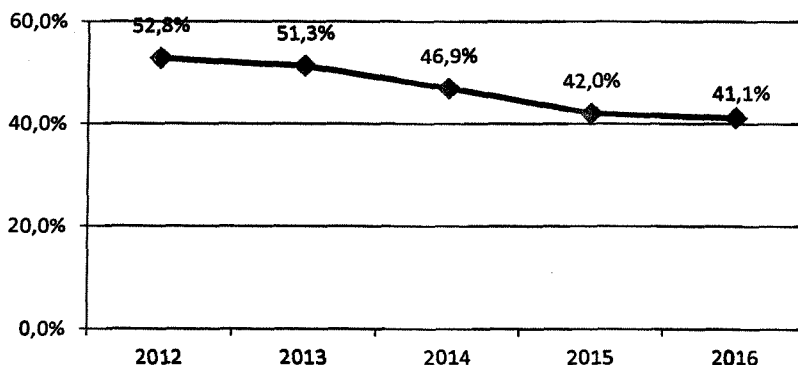
Guvernul asigură persoanele neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate, cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual (art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27.02.1998). Sunt asigurate de Guvern **15 categorii** de persoane, inclusiv copiii până la 18 ani, pensionari, persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii, șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă, persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social, etc.

Pe parcursul anului de gestiune, pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern, de la bugetul de stat au fost virate **2 369 185,0 mii lei**, transferurile în cauză fiind alocate integral conform prevederilor stabilite. Concomitent, comparativ cu anul 2015 s-a înregistrat o creștere de 11,4% (243 287,7 mii lei) a acestora.

Ca pondere, acest tip de venit constituie 41,1% din totalul acumulărilor fondurilor AOAM și ocupă a doua poziție după veniturile din acumulările primei de AOAM în cotă procentuală.

Totodată, pe parcursul ultimilor ani se conturează o tendință constantă de diminuare a ponderii transferurilor pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern în veniturile fondurilor AOAM. Așa, dacă în anul 2012 ponderea transferurilor în cauză constituia 52,8% din venituri, în anul 2016 - aceasta s-a diminuat cu 11,7 puncte procentuale. Ilustrarea grafică a tendinței menționate este prezentată în diagrama ce urmează.

**Diagrama 4.** Ponderea transferurilor pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern în veniturile FAOAM în dinamică (anii 2012 – 2016)



Transferurile de la bugetul de stat destinate compensării veniturilor ratate, conform art.3 din Legea nr.39-XVI din 2 martie 2006 pentru compensarea de către Guvern a primelor de AOAM pentru deținătorii de terenuri agricole situate după traseul Râbnîța-Tiraspol au constituit 738,5 mii lei, ce este la nivelul sumei planificate. Totodată, în comparație cu transferurile respective virate în anul 2015 se atestă o majorare de 25,2% (148,5 mii lei).

Transferurile de la bugetul de stat pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății, predestinate procurării medicamentului antidiabetic injectabil (insulina) au constituit 52 816,4 mii lei, virările fiind la nivelul aprobat.

Transferurile de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului „Modernizarea sectorului sănătății” au fost efectuate în sumă de 89 972,4 mii lei, ce corespunde sumei aprobate.

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

Mijloacele financiare, indiferent de sursa de achitare, se acumulează la contul unic al CNAM, fiind ulterior repartizate conform normativelor legale în următoarele fonduri (conform anexei nr.1.2 la Legea fondurilor AOAM pe anul 2016):

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

Fondurile AOAM sunt structurate pe programe și subprograme, conform anexei nr.2 la Legea fondurilor AOAM pe anul 2016.

Programul „Sănătate publică și servicii medicale”, include următoarele subprograme:

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

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

Partea de cheltuieli a fondurilor AOAM în întregime pe toate subprogramele s-a realizat în sumă de 5 673 446,2 mii lei, cu 105 852,0 mii lei mai puțin sau cu un nivel de executare de 98,2% față de prevederile anuale, ceea ce este, totodată, cu 520 975,5 mii lei sau cu 10,1% mai mult comparativ cu anul 2015.

**Tabelul 3. Utilizarea mijloacelor fondurilor AOAM pe anul 2016**

Formularul nr.3

(mii lei)

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	Raportul (în %) executat față de precizat
<b>Cheltuieli, total</b>	<b>5 838 515,5</b>	<b>5 779 298,2</b>	<b>5 673 446,2</b>	<b>- 105 852,0</b>	<b>98,2</b>
<i>inclusiv:</i>					
Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)	5 611 092,4	5 611 092,4	5 570 241,8	- 40 850,6	99,3
Fondul de rezervă	41 720,1	41 720,1	15 139,7	- 26 580,4	36,3
Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)	56 865,1	17 647,8	2 510,1	- 15 137,7	14,2
Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale	50 000,0	30 000,0	12 800,3	- 17 199,7	42,7
Fondul de administrare a sistemului AOAM	78 837,9	78 837,9	72 754,3	- 6 083,6	92,3

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

În conformitate cu pct.9 din Hotărârea Guvernului nr.594 din 14.05.2002, în fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) se repartizează nu mai puțin de 94% din veniturile fondurilor AOAM. Mijloacele financiare, acumulate în fondul de bază, se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM, prestate la toate nivelurile de asistență medicală: urgentă prespitalicească, primară, specializată de ambulatoriu, spitalicească, servicii medicale de înaltă performanță, îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu.

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

Întru sporirea accesului populației la servicii medicale de calitate, în anul 2016 în Programului unic au fost incluse noi servicii medicale. Astfel, din fondurile AOAM sunt acoperite costurile pentru exoprotezele și implanturile mamare necesare reabilitării pacienților cu tumori maligne, protezele individuale și consumabilele necesare reabilitării chirurgicale și protetice a pacienților cu tumori maligne ale capului, gâtului și ale aparatului locomotor.

Printre noile servicii, de asemenea, se mai numără testele de screening prenatal al gravidelor din grupul de risc, în scopul depistării malformațiilor congenitale și serviciile de intervenție timpurie acordate copiilor de la naștere până la trei ani cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit și familiilor acestora. La fel, copiii de până la

14 ani, precum și persoanele cu nevoi speciale pot beneficia, la necesitate, de anestezie în cadrul unor servicii medicale de înaltă performanță.

Pentru sporirea accesului populației la servicii medicale la nivel de comunitate și dezvoltarea serviciilor de alternativă celor spitalicești, tratamentul medical (proceduri intramusculare, intravenoase) este realizat în sala de tratamente/staționar de zi, în cabinete de proceduri și la domiciliu, la indicația medicului de familie și/sau a medicului specialist de profil. Dispozitivele medicale de o singură utilizare și medicamentele necesare sunt asigurate de instituția medicală.

Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) este fondul care deține ponderea covârșitoare în totalul cheltuielilor fondurilor AOAM și în anul de gestiune acestuia i-au revenit 98,2% din cheltuieli.

Pentru achitarea serviciilor medicale curente, în anul 2016, din fondul de bază al AOAM, au fost direcționate mijloace în sumă de **5 570 241,8 mii lei**, aceasta constituind 99,3% din prevederile anuale sau cu 40 850,6 mii lei mai puțin.

Informația detaliată cu privire la cheltuielile din fondul de bază pe subprograme de cheltuieli este prezentată în Tabelul 4.

**Tabelul 4.** Structura cheltuielilor din fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) pe anul 2016

Formularul nr.4  
(mii lei)

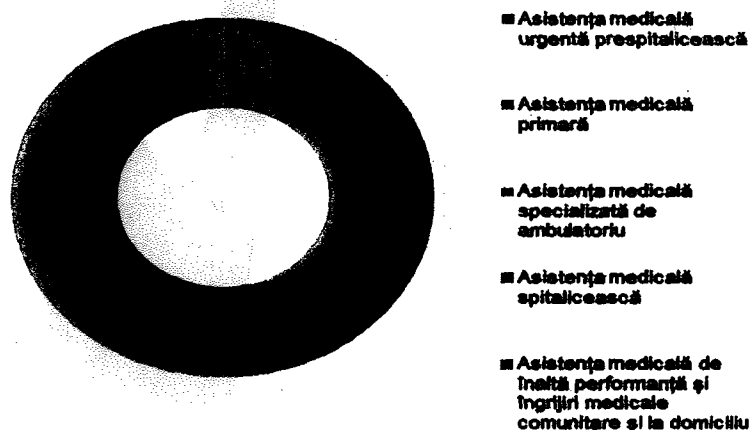
Denumirea subprogramelor	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	Raportul (în %) executat față de precizat
Asistența medicală urgentă prespitalicească	456 633,8	456 633,8	456 613,8	-20,0	100,0
Asistența medicală primară,	1 808 929,2	1 734 929,2	1 729 199,1	-5 730,1	99,7
<i>inclusiv: medicamente compensate</i>	<i>502 500,0</i>	<i>428 500,0</i>	<i>424 952,5</i>	<i>-3 547,5</i>	<i>99,2</i>
Asistența medicală specializată de ambulatoriu	390 893,9	390 893,9	389 217,2	-1 676,7	99,6
Asistența medicală spitalicească	2 769 454,2	2 855 454,2	2 827 659,5	-27 794,7	99,0
Servicii medicale de înaltă performanță	176 349,3	164 349,3	158 855,0	-5 494,3	96,7
Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	8 832,0	8 832,0	8 697,2	-134,8	98,5
Alte tipuri de asistență medicală	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>5 611 092,4</b>	<b>5 611 092,4</b>	<b>5 570 241,8</b>	<b>-40 850,6</b>	<b>99,3</b>

Executarea fondului de bază sub nivelul planificat se explică, pe de o parte prin neîndeplinirea de către instituțiile medico-sanitare (IMS) a volumului serviciilor medicale prevăzute de contractele corespunzătoare încheiate cu CNAM, și pe de alta - prin invalidarea serviciilor medicale în urma controalelor efectuate. În acest caz valoarea serviciilor invalidate a fost reținută din contul sumelor destinate transferului prestatorilor în cauză sau a fost returnată de către aceștia în FAOAM.

În comparație cu anul 2015, cheltuielile fondului de bază au crescut cu 670 663,8 mii lei sau cu 13,7%.

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

**Diagrama 5. Structura cheltuielilor pe subprograme finanțate din fondul de bază, anul 2016**



Peste jumătate din mijloacele financiare destinate achitării serviciilor medicale curente sau 50,8% au fost alocate pentru realizarea subprogramului „Asistența medicală spitalicească” și 31,0% - pentru subprogramul „Asistența medicală primară”, inclusiv medicamente compensate.

Celelalte 18,2% ale fondul de bază au fost utilizate pentru acoperirea cheltuielilor privind serviciile acordate în cadrul asistenței medicale urgente, celei specializate de ambulatoriu, serviciile de înaltă performanță și îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu.

În cheltuielile fondului de bază, efectuate în anul 2016, creșterea cea mai mare față de anul precedent au înregistrat-o cheltuielile pentru acordarea asistenței medicale spitalicești – de 17,8%, urmate de asistența medicală primară – cu creștere de 13,4%.

Pentru prestarea serviciilor de *asistență medicală spitalicească* în anul 2016 au fost încheiate contracte cu 75 de IMS, inclusiv: 15 republicane, 10 municipale, 35 raionale, 7 departamentale și 8 private.

În anul de gestiune, practic s-a dublat numărul intervențiilor chirurgicale pentru tratamentul cataractei și al operațiilor minim-invazive la adulți în cazul infarctului miocardic, acoperite din fondurile AOAM.

Astfel, de către IMS contractate de CNAM au fost efectuate 2 289 de operații minim-invazive la adulți în cazul infarctului miocardic (a.2015 – 1 138 operații). Pentru aceste intervenții au fost alocate 82 676,0 mii lei, cu 37 747,4 mii lei mai mult comparativ cu a.2015. Concomitent, 28 873,6 mii lei, ce este de peste cinci ori mai mult față de a.2015, au fost direcționate spre acoperirea costurilor a 3 177 de operații pentru tratamentul cataractei (a.2015 – 1 794 de operații).

Creșterea alocațiilor financiare pentru astfel de operații a permis efectuarea unui număr mai mare de intervenții chirurgicale costisitoare în cadrul programelor speciale.

În anul 2016 a crescut numărul operațiilor și în cadrul programelor precum protezările vasculare, chirurgia endovasculară, cardiochirurgie, neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale, protezarea de șold și genunchi. Suma totală achitată din fondurile AOAM pentru aceste intervenții ce cifrează la 59 681,3 mii lei.

În creștere față de anul 2015 a fost finanțarea procurării consumabilelor costisitoare, utilizate în cadrul operațiilor sus-menționate, achitate separat din fondurile AOAM, care au atins cifra de 53 842,0 mii lei. Cheltuielile respective le-au depășit pe cele înregistrate în anul precedent cu 48,0% (25 863,0 mii lei).

În afară de aceasta, pe parcursul anului 2016 din fondurile AOAM au fost finanțate 9 operații de transplant de ficat (a.2015 – 4) și 22 de intervenții de transplant de rinichi (a.2015 – 13) în sumă totală de 8 050,0 mii lei (a.2015 – 3 900,0 mii lei), precum și 47 de operații de transplant de cornee în valoare de 1 331,7 mii lei, efectuate de către IMS specializate în cadrul asistenței medicale spitalicești.

De asemenea, din fondurile AOAM au fost acoperite cheltuielile pentru prestarea serviciilor de dializă, fiind alocate 96 705,5 mii lei, cu 26 994,4 mii lei mai mult decât în anul 2015.

Pentru prestarea *asistenței medicale primare* au fost încheiate contractate cu 280 IMS, inclusiv: 2 republicane, 20 municipale, 239 raionale, 5 departamentale și 14 private.

În procesul monitorizării activității prestatorilor de asistență medicală primară s-a constatat că pe parcursul anului de gestiune la medicul de familie au fost efectuate 9 745,2 mii vizite de către persoanele asigurate și 525,6 mii vizite au fost întreprinse de către persoanele neasigurate. Astfel, numărul total de vizite efectuate în anul 2016 se cifrează la 10 270,8 mii și acesta depășește cu 144,1 mii numărul de vizite înregistrat în anul precedent.

De asemenea, în anul 2016 în cadrul asistenței medicale primare au fost încheiate contractate de prestare a serviciilor cu 38 Centre Prietenoase Tinerilor și 39 Centre Comunitare de Sănătate Mintală, care sunt subdiviziuni ale Centrelor Medicilor de Familie. Menirea centrelor respective este să contribuie la reducerea incidenței HIV/SIDA, diminuarea nivelului sarcinilor nedorite și avortului, utilizării drogurilor, abuzului de alcool, tulburărilor psiho-emoționale în rândul tinerilor.

În rezultatul monitorizării efectuate de către CNAM s-a constatat că, pe parcursul anului 2016 la Centrele Prietenoase Tinerilor au fost întreprinse 95,6 mii vizite și la Centrele Comunitare de Sănătate Mintală – 239,5 mii vizite. Numărul de vizite întreprinse în anul 2016 a fost în creștere față de cel înregistrat în anul precedent cu 3,4 mii și 110,3 mii vizite respectiv.

Din mijloacele direcționate spre realizarea subprogramului „Asistența medicală primară” 24,6% au revenit celor destinate acoperirii costului medicamentelor parțial/integral compensate. Astfel, cheltuielile pentru **medicamentele parțial/integral compensate** s-au ridicat în anul 2016 la **424 952,5 mii lei**, fiind în creștere cu 51,9% (145 232,1 mii lei) față de anul precedent.

Majorarea considerabilă a volumului alocațiilor din fondurile AOAM pentru medicamente compensate în anul 2016 a fost generată de următorii factori:

- modificarea și extinderea Listei medicamentelor compensate până la 134 de denumiri comune internaționale;
- majorarea ratei de compensare la unele medicamente din listă;
- creșterea semnificativă a numărului de beneficiari de medicamente compensate în cadrul unor categorii de compensare;

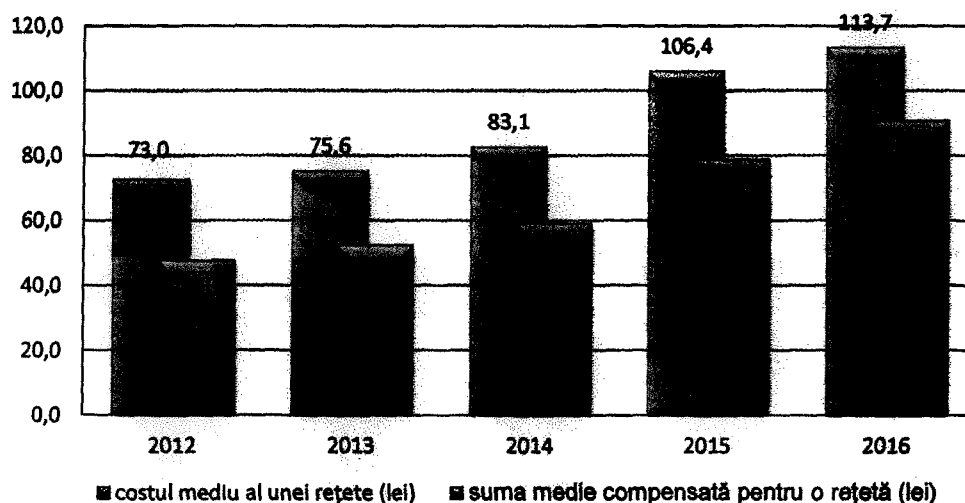
- tendința existentă de creștere continuă a prețurilor la medicamente compensate costul cărora se compensează integral (100%).

Eliberarea medicamentelor compensate în anul 2016 au fost efectuată de către 260 de prestatori de servicii farmaceutice contractați de CNAM.

De către farmaciile contractate de CNAM au fost eliberate medicamente compensate în baza a 4 593 565 de rețete, ce este cu 914 951 de rețete mai mult decât în anul 2015.

Concomitent, s-a înregistrat creșterea prețului mediu cu amănuntul pentru medicamente compensate per rețetă și a sumei medii de compensare pentru o rețetă în raport cu datele înregistrate pentru anul 2015. Așa, prețului mediu cu amănuntul pentru medicamente compensate per rețetă a crescut până la 113,7 lei față de 106,4 lei în anul precedent, iar suma medie de compensare pentru o rețetă a constituit 90,8 lei, în timp ce în anul precedent era egală cu 78,9 lei.

**Diagrama 6.** Evoluția costului mediu al unei rețete și a sumei medii compensate pentru o rețetă (anii 2012 – 2016)



În anul 2016 de medicamente compensate acoperite din fondurile AOAM au beneficiat peste 708 mii de persoane, cu 118 mii mai mult față de anul 2015. Din numărul total de beneficiari, mai mult de 223 de mii au fost copii cu vârsta de până la 18 ani.

În structura cheltuielilor pentru medicamente compensate, ponderea cea mai mare a revenit preparatelor administrate în cazul tratamentului maladiilor cardiovasculare (35,5%) și tratamentului diabetului zaharat (27,9%).

Pe parcursul anului de gestiune 18 733 persoane au fost asigurate cu preparate antidiabetice injectabile (insuline umane) în sumă totală de 56 146,5 mii lei. Totodată, transferurile de la bugetul de stat pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății, destinația cărora este compensarea costului preparatelor antidiabetice injectabile-insuline umane, au constituit 52 816,4 mii lei, ce este cu 3 330,1 mii lei mai

puțin în comparație cu suma compensată, diferența fiind acoperită din mijloacele fondurilor AOAM.

De menționat, că în anul 2016 ponderea medicamentelor compensate integral (100%) din fondurile AOAM a constituit circa 53,7% din volumul total al cheltuielilor pentru medicamente compensate. Potrivit estimărilor, cheltuielile respective au însumat 223 854,0 mii lei și s-au majorat cu 32 391,6 mii lei sau cu 16,9% comparativ cu datele anului precedent.

*Asistența medicală urgentă prespitalicească*, care cu 8,2% ocupă poziția a treia ca pondere în cheltuielile fondului de bază, a cunoscut în anul 2016 o creștere de 6,6% în comparație cu anul 2015.

Reieșind din politicile Ministerului Sănătății în acest domeniu, unicul prestator de asistență medicală urgentă prespitalicească este Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească, care dispune de capacități suficiente pentru prestarea serviciilor respective pentru toată populația republicii.

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

Pe parcursul anului 2016 de către serviciul de asistență medicală urgentă au fost deservite circa 953,8 mii de solicitări.

*Asistența medicală specializată de ambulatoriu*, care deține 7,0% din cheltuielile fondului de bază s-a majorat față de anul precedent cu 8,0%.

Pentru prestarea asistenței medicale specializate de ambulatoriu, în anul 2016 au fost încheiate contracte cu 117 IMS, inclusiv: 17 republicane, 21 municipale, 63 raionale, 5 departamentale și 11 private.

Pe parcursul anului de gestiune persoanelor asigurate le-au fost prestate servicii medicale în cadrul a peste 6 565,6 mii vizite consultative, inclusiv circa 699,3 mii vizite – în asistența medicală stomatologică.

În cadrul asistenței medicale specializate de ambulatoriu în anul 2016 pentru acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu persoanelor bolnave de tuberculoză au fost alocate peste 11 723,5 mii lei. Suma respectivă este cu 1 893,4 mai mare față de cea alocată în același scop în anul 2015.

*Serviciile medicale de înaltă performanță* au constituit 2,8% din cheltuielile fondului de bază, reducându-se față de anul 2015 cu 10,2%

Pentru prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță în anul 2016 au fost încheiate contracte cu 43 IMS, inclusiv: 8 republicane, 5 municipale, 1 departamentală și 29 private.

Numărul investigațiilor de înaltă performanță prestate a constituit circa 515,9 mii.

*Serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu*, care dețin o pondere infimă de doar 0,2% în cheltuielile fondului de bază, s-au majorat comparativ cu anul 2015 cu 10,1%.

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

În anul 2016 în cadrul îngrijirilor medicale la domiciliu au fost efectuate 84,6 mii vizite, ce depășește cu 0,7 mii numărul vizitelor întreprinse în anul precedent.

Finanțarea din fondul de bază a activităților profilactice realizate în asistența medicală primară și cea specializată de ambulatoriu în anul 2016 a constituit 134,4 mil. lei, înregistrând o creștere de 11,1 mil. lei comparativ cu anul 2015, când a constituit 123,3 mil. lei.

**Tabelul 5. Activități pentru profilaxie achitate din fondul de bază în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, anul 2016**

(mii lei)	
Indicator AMP	Suma
Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea maladiilor cardiovasculare	30 345,2
Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea maladiilor diabet zaharat	35 998,8
Prevenirea, depistarea precoce și supravegherea maladiilor oncologice	37 560,6
Supravegherea gravidei	2 961,3
Supravegherea copilului primului an de viață	12 922,3
<b>Total Indicatori în AMP</b>	<b>119 788,2</b>
<b>Centre Prietenoase Tinerilor</b>	<b>13 993,6</b>
<b>Centrul Colonoscopic</b>	<b>646,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>134 428,3</b>

De remarcat că activitățile de prevenție și depistare precoce de către asistența medicală primară sunt achitate pentru indicatori de performanță ce țin de prevenirea, depistare precoce a maladiilor cardiovasculare, oncologice, diabetul zaharat, școlarizarea pacienților hipertensivi și cu diabet zaharat, sănătatea gravidelor și copiilor, fiind efectuate 3 079 625 servicii profilactice.

Activitatea profilactică finanțată din fondul de bază este efectuată, conform prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007. Acestea sunt activitățile acordate de medicul de familie, în comun cu echipa sa, precum și de specialiștii de profil, ce realizează serviciile profilactice, care includ promovarea modului sănătos de viață, supravegherea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului, imunizarea, supravegherea gravidelor și îngrijirea postnatală a lăuzelor, planificarea familiei, controalele medicale profilactice, anuale și periodice al persoanelor în vârstă de peste 18 ani, prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor, consilierea pre- și post-test în cadrul serviciilor de testate voluntară și confidențială la infecția HIV și hepatite virale B, C a solicitanților, inclusiv a gravidelor, prestarea serviciilor de depistare precoce a patologiilor în cadrul screening-urilor.

Toate serviciile medicale, achitate de CNAM din fondul de bază, au corespuns spectrului stipulat în Programul unic al AOAM, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007, cu modificările ulterioare. Achitarea s-a efectuat pentru serviciile real îndeplinite, în limita volumului de servicii medicale contractat.

La finele anului 2016 datoriile creditoare ale CNAM pentru serviciile medicale contractate au constituit 315,8 mii lei, acestea reducându-se substanțial, cu 89,2% față de suma datoriilor înregistrată la începutul anului.

În scopul asigurării respectării de către IMS și farmaceutice încadrate în sistemul AOAM a prevederilor contractelor încheiate cu CNAM, activitatea acestora a fost supusă verificării în modul stabilit de către diviziunea respectivă a CNAM. Astfel, activitatea de evaluare și control a fost orientată spre îndeplinirea atribuțiilor legale privind:

- verificarea corespunderii cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate;
- verificarea gestionării eficiente și după destinație a mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM;
- asigurarea accesibilității persoanelor la serviciile medicale prevăzute în Programul unic al AOAM;
- examinarea petițiilor, solicitărilor parvenite din partea persoanelor asigurate și soluționarea, în limita competenței, a problemelor enunțate.

În scopul monitorizării volumului și calității serviciilor medicale prestate precum și gestionării mijloacelor provenite din fondurile AOAM, în anul 2016 au fost efectuate 411 controale la prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, care includ controale complexe și tematice conform Planului de evaluare și control al CNAM, controale privind revalidarea cazurilor în sistemul Grupe de Diagnosticale (DRG), examinarea petițiilor și controale inopinate, inclusiv la solicitarea altor organe.

În cadrul controalelor complexe a fost evaluată perioada anului 2015, excepție fiind doar serviciile de asistență medicală primară, unde au fost evaluați și indicatorii de performanță pentru anul 2016. Controlului au fost supuse 225 IMS, ce constituie 52,1% din totalul instituțiilor cu care au fost încheiate contracte.

În rezultatul evaluărilor efectuate au fost constatate servicii raportate nejustificat și servicii medicale prestate sub nivelul cerut al volumului și calității în valoare totală de 8 958,4 mii lei. Serviciile respective au fost invalidate, iar valoarea lor reținută din finanțare. Comparativ cu anul 2015, valoarea serviciilor invalidate s-a micșorat cu 152,0 mii lei sau cu 1,7%.

Cota valorii serviciilor invalidate în raport cu suma contractată a constituit 0,4%.

**Tabelul 6.** Valoarea serviciilor medicale invalidate în dinamică (anii 2015 – 2016)  
(mii lei)

Tipurile de servicii medicale evaluate	Suma serviciilor invalidate în a.2015	Suma serviciilor invalidate în a.2016
Asistența medicală primară	906,5	1 157,0
Asistența medicală specializată de ambulatoriu	54,8	22,8

Asistența medicală spitalicească	6 878,4	6 928,3
Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	43,2	40,6
Servicii medicale de înaltă performanță	1 227,5	809,7
<b>TOTAL</b>	<b>9 110,4</b>	<b>8 968,4</b>

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

Pe parcursul anului 2016, la solicitarea prestatorilor de servicii spitalicești, au fost efectuate 119 controale tematice cu evaluarea datelor la nivel de pacient în Sistemul Informațional DRG. În rezultat, din 2 438 de cazuri pentru care a fost solicitată revalidarea au fost validate 1 359 cazuri, ce constituie 55,7%.

Concomitent, în cadrul controalelor asupra legalității și eficienței utilizării de către IMS a mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM s-au stabilit încălcări financiare privind utilizarea mijloacelor fondurilor AOAM în alte scopuri decât îndeplinirea prevederilor Programului unic al AOAM și a contractului bilateral încheiat cu CNAM, precum și utilizarea mijloacelor în cauză cu derogare de la actele legislative și normative în vigoare, în sumă totală de 8 216,0 mii lei, la care au fost calculate penalități în sumă de 2 348,0 mii lei. De asemenea, a fost constatată dezafectarea mijloacelor fondurilor AOAM în sumă de 290,9 mii lei, ca urmare a prescrierii neargumentate a medicamentelor compensate și eliberarea biletelor de trimitere pentru spitalizări programate și servicii de înaltă performanță.

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

➤ **Realizarea indicatorilor de performanță pe subprogramele din cadrul fondului de bază**

Subprogramul „Asistența medicală urgentă prespitalicească”. Scopul este “Sănătatea populației îmbunătățită prin asigurarea accesului la asistența medicală urgentă prespitalicească de calitate”. Acest scop a fost realizat, necătând la faptul că numărul solicitărilor de urgență s-a diminuat în anul 2016 de la 1 020 000 (nivel aprobat) la 953 753. CNAM a asigurat în anul 2016 transferarea deplină a mijloacelor prevăzute de legislație la subprogramul dat, ceea ce a generat majorarea costului estimativ al unui serviciu prestat, aceasta fiind componenta pe baza căreia a fost asigurată sporirea calității serviciului medical. Ținând cont că la momentul actual, în urma reorganizării sistemului de sănătate, funcționează un singur prestator de AMU, plățile pentru performanță au devenit inutile. De asemenea, pentru asigurarea unui acces cât mai larg a populației la AMU, CNAM achită serviciile de asistență medicală urgentă prespitalicească acordate populației indiferent de statutul persoanei (asigurate sau neasigurate).

Subprogramul „Asistența medicală primară”. Scopul este “Sănătatea populației îmbunătățită prin asigurarea accesului la asistența medicală primară de calitate”. Urmare

a aplicării în prima jumătate a anului 2016 a bugetului provizoriu, modificările privind extinderea listei medicamentelor compensate, majorarea vârstei copiilor beneficiari până la 18 ani, completarea cu forme noi și doze noi a fost posibilă doar în a 2-a jumătate a anului, cu intrare în vigoare începând cu 01.10.2016. Din această cauză nu a fost posibilă valorificarea deplină a sumei destinate pentru medicamentele compensate, astfel cheltuielile în acest sens diminuându-se de la aprobat în mărime de 152,3 lei până la 128,8 lei pe cap de locuitor înregistrat la medicul de familie în anul 2016. În rezultat, având în vedere că medicamentele compensate sunt atribuite la asistența medicală primară, s-a constatat o diminuare a cheltuielilor în AMP pe cap de locuitor înregistrat la medicul de familie de la 548,3 lei la 524,1 lei. Totodată, menționăm că ponderea sumei contractate în baza indicatorilor de performanță în mărimea aprobată de 15% a fost asigurată. De asemenea, a crescut numărul mediu de vizite la medicul de familie, iar ponderea vizitelor cu scop profilactic la medicul de familie a înregistrat o creștere cu 0,1 puncte procentuale față de nivelul aprobat (1,0). Reieșind din cele expuse, concluzionăm că în anul 2016 scopul de a îmbunătăți asigurarea accesului la asistența medicală primară a fost atins.

Subprogramul „Asistența medicală specializată de ambulatoriu”. Scopul este „Sănătatea populației îmbunătățită prin asigurarea accesului populației la servicii medicale specializate de ambulatoriu de calitate”. Acest scop a fost realizat parțial, având în vedere că la general indicatorii au fost realizați, cu excepția numărului de vizite la medicii specialiști de profil (inclusiv stomatologie) a persoanelor asigurate, care a înregistrat o diminuare cu 659,4 mii vizite față de nivelul aprobat - 7 225,0 mii vizite. Cauzele și factorii ce au determinat această deviere, în mare parte, nu țin de competența CNAM, unul dintre care fiind micșorarea numărului specialiștilor de la 5 879 în anul 2015 la 5 806 în anul 2016.

Subprogramul „Asistența medicală spitalicească”. Scopul este „Sănătatea populației îmbunătățită prin asigurarea accesului la servicii medicale spitalicești de calitate”. Acest scop a fost realizat. Totodată, diminuarea duratei medii de așteptare pentru tratamentul chirurgical al cataractei cu 0,3 luni față de nivelul aprobat de 10 luni, a duratei medii de spitalizare pentru cazuri tratate acute de la 7,9 zile aprobate la 7,3 zile executat și a numărului de cazuri tratate acute cu 27,6 mii cazuri, trebuie interpretate ca o tendință pozitivă privind sporirea eficacității prestării serviciilor spitalicești.

Subprogramul „Servicii medicale de înaltă performanță”. Scopul este „Calitatea actului medical îmbunătățit prin folosirea tehnologiilor medicale înalt specializate”. Acest scop a fost realizat parțial, având în vedere că unii indicatori ca numărul de servicii medicale de înaltă performanță acordate persoanelor asigurate a înregistrat o diminuare cu 114,1 mii servicii față de nivelul aprobat în mărime de 630,0 mii servicii, care la rândul său a contribuit la micșorarea ponderii cheltuielilor pentru SIP în total cheltuieli din fondul de bază de la 3,2% la 2,9%. Cauza și factorul principal ce a determinat devierile respective este funcționarea în prima jumătate a anului 2016 a bugetului provizoriu, dar și unele defectiuni de caracter tehnic ale aparatelor care au avut loc în unele instituții publice importante (defectarea RMN în Centrul de Diagnostic Republican în urma cutremurului).

Subprogramul „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”. Scopul este „Calitatea vieții pacienților îmbunătățită prin asigurarea accesului la îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu”. Acest scop a fost realizat, iar unul din indicatorii de bază ca numărul de vizite în cadrul serviciilor comunitare și la domiciliu a înregistrat un nivel 84,6 mii vizite sau mai mult cu 14,6 mii vizite față de nivelul aprobat de 70,0 mii vizite. Această tendință este una pozitivă, mai ales că reieșind din practica internațională, dezvoltarea serviciilor de

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu contribuie la micșorarea cheltuielilor din asistența medicală spitalicească care sunt mult mai costisitoare.

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

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

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

Din fondul măsurilor de profilaxie, în anul 2016, au fost efectuate cheltuieli în sumă de **2 510,1 mii lei**, cu 15 137,7 mii lei mai puțin față de suma aprobată sau la nivel de 14,2%. În comparație cu anul 2015, cheltuielile din acest fond au înregistrat o diminuare cu 10 407,7 mii lei.

**Tabelul 7.** Structura cheltuielilor din fondul măsurilor de profilaxie pe anul 2016

Formularul nr.7  
(mii lei)

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	Raportul (în %) executat față de precizat
<b>Cheltuieli, total</b>	<b>56 865,1</b>	<b>17 647,8</b>	<b>2 510,1</b>	<b>- 15 137,7</b>	<b>14,2</b>
<i>Inclusiv:</i>					
Cheltuieli de promovare a modului sănătos de viață			854,1		
Cheltuieli aferente realizării măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire și efectuarea screeningului privind unele maladii cu impact social deosebit			1 656,0		
Alte cheltuieli din fondul măsurilor de profilaxie			-	-	-

Pe parcursul anului 2016 din mijloacele fondului măsurilor de profilaxie au fost realizate următoarele acțiuni:

1. *Măsuri orientate spre reducerea riscurilor de îmbolnăvire*, care au constat în procurarea a 11,5 mii doze de vaccin antirabic, utilizat pentru prevenirea rabiei până la și, pentru o perioadă de timp, după expunerea la virusul rabic. În acest scop au fost alocate mijloace în sumă de 1 656,0 mii lei.

2. *Finanțarea manifestațiilor și activităților cu menirea de a promova un mod sănătos de viață.* Pentru desfășurarea acestora au fost alocate mijloace în sumă de 854,1 mii lei, inclusiv:

❖ marcarea „Zilei Mondiale a Sănătății” - 0,6 mii lei;

Mijloacele în cauză au fost utilizate pentru organizarea în Grădina publică „Ștefan cel Mare” a flash-mobului cu tematica „Învinge diabetul” și repartizarea materialelor informaționale, elaborate de către CNAM, privind importanța măsurilor de profilaxie și tratamentul eficient al diabetului zaharat. Scopul evenimentului organizat în parteneriat cu Organizația Mondială a Sănătății (OMS), Ministerul Sănătății și Centrul Național de Sănătate Publică (CNSP) a fost sporirea gradului de conștientizare și informare a populației despre diabet și consecințele acestuia. În anul 2016 OMS a identificat diabetul zaharat ca fiind una dintre cele mai grave probleme de sănătate publică.

❖ achitarea serviciilor de elaborare și design a materialelor informaționale destinate campaniei de informare și sensibilizare a publicului „Spune DA pentru Sănătatea Ta” în sumă de 3,2 mii lei;

Campania națională de informare a populației privind beneficiile practicării unui mod sănătos de viață a fost elaborată și este în proces de implementare. Necesitatea realizării acesteia reiese din statistica alarmantă privind creșterea numărului de persoane care suferă de boli netransmisibile, cauzată de prevalența factorilor de risc în societate, cum ar fi fumatul, consumul de alcool în exces, insuficiența activității fizice, consumul redus de fructe și legume, supraponderabilitatea, etc., dar și adresările reduse după consultație și tratament a persoanelor cu hipertensiune arterială, cu colesterolul în sânge mărit, cu glicemia bazală ridicată, cu risc mărit pentru bolile cardiovasculare.

❖ achitarea serviciilor de tipărire a materialelor informaționale pentru desfășurarea seminarelor în cadrul Campaniei de promovare a modului sănătos de viață în sumă de 850,3 mii lei.

Din contul mijloacelor menționate au fost elaborate și tipărite 600,0 mii de broșuri „Ghidul familiei sănătoase” și 3,0 mii postere cu mesajele campaniei, care vor fi distribuite în IMS publice primare, specializate de ambulatoriu, spitale și în alte instituții publice. Menirea materialelor informaționale în cauză, conținutul cărora a fost coordonat cu specialiștii CNSP, este informarea și sensibilizarea populației cu privire la factorii de risc, precum și diminuarea factorilor de mediu cu impact negativ asupra sănătății.

Nivelul redus de valorificare a mijloacelor fondului de referință fiind cauzat de un șir de factori cu caracter obiectiv și subiectiv.

Una din cauzele principale de executare a fondului de profilaxie sub nivelul prevederilor o constituie neconstituirea Consiliului coordonator, care se formează din reprezentanții Ministerului Sănătății și CNAM, responsabil de stabilirea și aprobarea planurilor anuale de finanțare a priorităților din mijloacele fondului măsurilor de profilaxie, conform pct.6.2.1 al Anexei nr.1 la Hotărârea Guvernului nr.1032 din 20 decembrie 2013 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020.

Un alt factor ar fi demararea întârziată a procedurilor de achiziții publice, precum și anularea unor licitații publice a bunurilor ce urmează a fi finanțate din fondul măsurilor de profilaxie (de ex.: procurarea vaccinului pentru profilaxia hepatitei virale A la copii), iar în

unele cazuri și neexecutarea prevederilor contractului de către Furnizor din cauza forței majore (de ex.: cazul cu finanțarea imunoglobulinei antirabice).

Încă un motiv este neadoptarea Regulamentului privind alte activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțare în bază de proiecte din fondul măsurilor de profilaxie, conform alin.6 din pct.15 al Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.594 din 14 mai 2002.

Prin prisma aprobării Regulamentului dat va fi posibilă implementarea unei game largi de proiecte, având ca bază decizia Comisiei specializate de selectare și evaluarea proiectelor finanțate din fondul măsurilor de profilaxie, instituită prin Ordinul CNAM, precum și prevederile actelor legislative și normative în vigoare, nefiind necesară procedura de achiziții publice. În acest context, CNAM, la solicitarea Ministerului Justiției a reexaminat Regulamentul în cauză, care a fost transmis Ministerului Sănătății și se află în proces de examinare.

#### ➤ Realizarea indicatorilor de performanță

În anul 2016, numărul de persoane din grupurile de risc care au beneficiat de vaccinări achitate din fondurile AOAM s-a diminuat până la 13,0 mii persoane față de aprobat 166,1 mii persoane. Totodată, necesitatea în vaccine a fost acoperită de 200,0 mii doze vaccinuri antigripale oferite MS cu titlu de donație de Centrul pentru Vaccinuri Echitate, SUA. Numărul cadrelor medicale și nemedicale instruite din mijloacele fondurilor AOAM în materie de menținere și promovare a modului sănătos de viață s-a diminuat cu 1,8 mii persoane față de aprobat 3,6 mii persoane. Cauzele și factorii ce au determinat devierile față de indicatorii aprobați sunt rectificarea bugetului fondului de profilaxie pe parcursul anului 2016 de la 56,9 mil. lei la 17,6 mil. lei, inclusiv ca urmare a diminuării transferurilor din bugetul de stat pentru persoanele asigurate de către Guvern.

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

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

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

În anul 2016 Subprogramul „Management al fondului de rezervă al AOAM” a fost executat în sumă de **15 139,7 mii lei** sau la nivel de 36,3% față de prevederile anuale. Mijloacele financiare în cauză au fost alocate pentru compensarea diferenței dintre cheltuielile efective legate de achitarea serviciilor medicale curente și contribuțiile acumulate (veniturile așteptate) în fondul de bază, fiind direcționate la acoperirea cheltuielilor privind încadrarea medicilor rezidenți pentru acordarea asistenței medicale populației.

**Tabelul 8. Structura cheltuielilor din fondul de rezervă al AOAM pe anul 2016**

Formularul nr.6

(mii lei)

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	Raportul (In %) executat față de precizat
<b>Cheltuieli, total</b>	<b>41 720,1</b>	<b>41 720,1</b>	<b>15 139,7</b>	<b>- 26 580,4</b>	<b>36,3</b>
<i>inclusiv:</i>					
Asistența medicală urgentă prespitalicească			79,7		
Asistența medicală primară			2 421,8		
Asistența medicală specializată de ambulatoriu			395,4		
Asistența medicală spitalicească			11 896,6		
Servicii medicale de înaltă performanță			346,2		

În comparație cu anul 2015, cheltuielile efectuate din fondul de rezervă s-au majorat cu 199,9 mii lei sau cu 1,3%.

#### ➤ Realizarea indicatorilor de performanță

Nivelul de valorificare a mijloacelor fondului de rezervă al AOAM în anul 2016 în mărime de 36,3% se explică prin faptul că acestea se utilizează strict conform destinațiilor stipulate în Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.594 din 14 mai 2002, la apariția situațiilor corespunzătoare. Totodată, în anul 2016 nu au avut loc îmbolnăviri și afecțiuni urgente, a căror rată anuală depășește media, fondul de rezervă nu a fost folosit deplin.

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

Mijloacele financiare acumulate în fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale sunt predestinate realizării Subprogramului „Dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății”, scopul fiind sporirea calității serviciilor medicale, eficienței și randamentului instituțiilor.

Alocarea mijloacelor financiare din fondul de dezvoltare se realizează în urma organizării concursurilor de selectare a proiectelor investiționale înaintate de IMS publice, iar criteriile de selectare a proiectelor investiționale prezentate sunt determinate de corespunderea acestora scopurilor de utilizare a mijloacelor financiare acumulate în fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale, și anume:

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

În anul 2016 din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale au fost efectuate cheltuieli în sumă de 12 800,3 mii lei, cu 17 199,7 mii lei mai

puțin sau la nivel de 42,7% față de prevederile anuale, toate mijloacele fiind direcționate pentru achitarea contractelor de finanțare încheiate în anii precedenți.

În comparație cu anul 2015, cheltuielile din fondul de dezvoltare s-au redus, fiind înregistrată o diminuare de 141 518,9 mii lei sau de 91,7%.

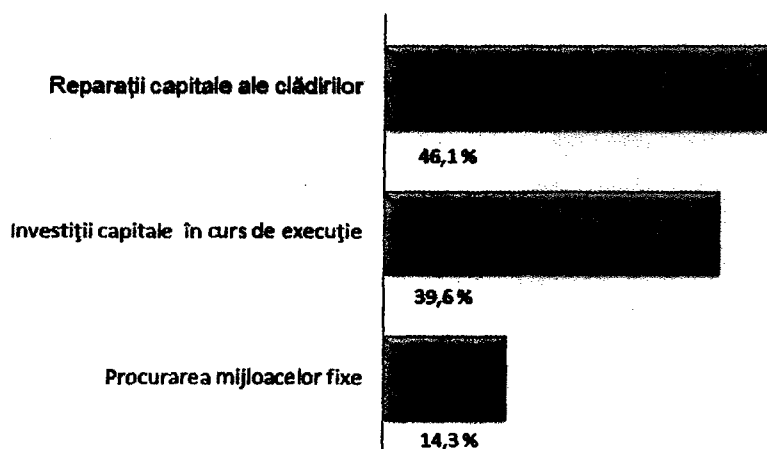
**Tablelul 9.** Structura cheltuielilor din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici pe anul 2016

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	Raportul (în %) executat față de precizat
<b>Active nefinanciare, total</b>	<b>50 000,0</b>	<b>30 000,0</b>	<b>12 800,3</b>	<b>- 17 199,7</b>	<b>42,7</b>
<i>inclusiv:</i>					
Reparații capitale ale clădirilor			5 895,5		
Procurarea mijloacelor fixe			1 835,4		
Investiții capitale în curs de execuție			5 069,4		

Mijloacele financiare ale fondului de dezvoltare au fost direcționate conform scopurilor de utilizare în felul următor:

- pentru modernizarea clădirilor și infrastructurii – 5 895,5 mii lei (6 proiecte investiționale);
- pentru achiziționarea mijloacelor fixe – 1 835,4 mii lei (3 proiecte investiționale);
- pentru construcția capitală a IMS publice – 5 069,4 mii lei (6 proiecte investiționale).

**Diagrama 7.** Ponderea cheltuielilor din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici pe domenii de utilizare pe anul 2016

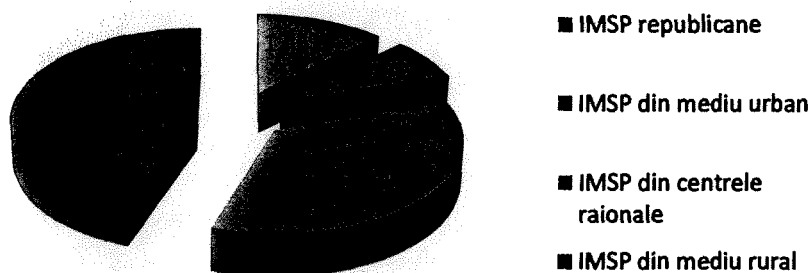


În anul 2016 s-a conturat tendința de direcționare a mijloacelor financiare din fondul de dezvoltare pentru finanțarea preponderent a proiectelor investiționale ale IMS publice din sectorul rural și centrele raionale. Astfel, ponderea mijloacelor bănești alocate IMS publice din sectorul rural și centrele raionale, a constituit 79,9% din totalul cheltuielilor

fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale, în creștere cu 19,1 puncte procentuale față de anul 2015.

Ponderea mijloacelor bănești alocate din fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici pe tipuri de IMS publice este prezentată în diagrama 8.

**Diagrama 8.** Ponderea cheltuielilor din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici pe tipuri de IMS publice pe anul 2016



După ponderea în totalul cheltuielilor fondurilor AOAM, fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale constituie 0,2%.

Executarea în anul 2016 a fondului de dezvoltare la nivel redus se explică prin adoptarea tardivă, la 22 septembrie 2016, a Ordinului comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr.729/495-A „Cu privire la instituirea Consiliului coordonator și adoptarea Regulamentului cu privire la criteriile și modalitatea de selectare și derulare a proiectelor investiționale finanțate din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale”, care a fost supus expertizei juridice în noiembrie 2016. În consecință, concursul proiectelor investiționale s-a derulat în perioada noiembrie-decembrie 2016, după stabilirea de către Consiliul coordonator a priorităților de finanțare a proiectelor investiționale pentru anul de gestiune și instituirea Comisiei specializate de selectare și evaluare a proiectelor investiționale finanțate din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale.

Prioritățile de finanțare din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale stabilite de Consiliului coordonator pentru elaborarea și implementarea mecanismelor de planificare a mijloacelor din fondul de dezvoltare pentru anul 2016 au fost următoarele:

- reformarea sistemului de dispecerate a serviciului de asistență medicală urgentă prespitalicească prin crearea unui dispecerat unificat, la nivel național, și sincronizarea acestuia cu organele de poliție și pompieri;
- dotarea unor ambulanțe, pentru ca acestea să devină unități mobile de terapie intensivă;

- modernizarea bazei tehnico-materiale a IMS publice ce acordă servicii de asistență medicală primară, prin efectuarea reparațiilor capitale, lucrărilor de construcție și procurarea utilajului medical.

Totodată, prioritate au avut și instituțiile ale căror proiecte reprezintă o continuitate a proiectelor realizate cu susținerea CNAM.

În anul 2016 la concursul proiectelor investiționale au fost depuse 54 proiecte din partea a 52 de IMS publice, câștigătoare fiind declarate 15. Prioritate în procesul selectării au avut proiectele orientate spre acordarea sprijinului financiar instituțiilor medicale care își desfășoară activitatea în domeniul asistenței medicale primare, în special din mediul rural. Astfel, din cele 15 proiecte, 10 au fost câștigate de către IMS publice din mediul rural și 5 din cel urban.

Din proiectele câștigătoare 6 prevăd efectuarea lucrărilor de reparație, 3 – procurarea utilajului medical, inclusiv dotarea ambulanțelor pentru intervenții eficiente și rapide în urgențe cardiace, 5 – sunt axate pe finanțarea lucrărilor de construcție și un proiect prevede dezvoltarea sistemului de dispecerat unificat al serviciului de asistență medicală urgentă prespitalicească.

Pentru realizarea acestor proiecte, din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale al CNAM vor fi alocate peste 15 mil. lei, finanțarea fiind demarată cu începere din anul 2017.

#### ➤ Realizarea indicatorilor de performanță

În anul 2016 ponderea instituțiilor beneficiari ai fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale din numărul total al IMS publice s-a diminuat de la 17% aprobat la 4,1%, de asemenea, s-a diminuat numărul instituțiilor reparate și numărul mijloacelor de transport pentru instituțiile medicale achitate din mijloacele fondului respectiv. Cauzele și factorii ce au determinat devierile față de indicatorii aprobați rezultă din rectificarea sumei destinate fondului de dezvoltare pe parcursul anului 2016 de la 50 mil. lei la 30 mil. lei, ca urmare a diminuării transferurilor din bugetul de stat pentru persoanele asigurate de Guvern. Instituirea Consiliului coordonator și aprobarea Regulamentului cu privire la criteriile și modalitatea de selectare și derulare a proiectelor investiționale finanțate din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale abia la sfârșitul lunii septembrie 2016 a impus desfășurarea concursului proiectelor investiționale doar la sfârșitul anului 2016, fapt care a influențat nivelul de executare a acestui fond, înregistrând 42,7%.

### **4.5 Cheltuieli din fondul de administrare al sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală**

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

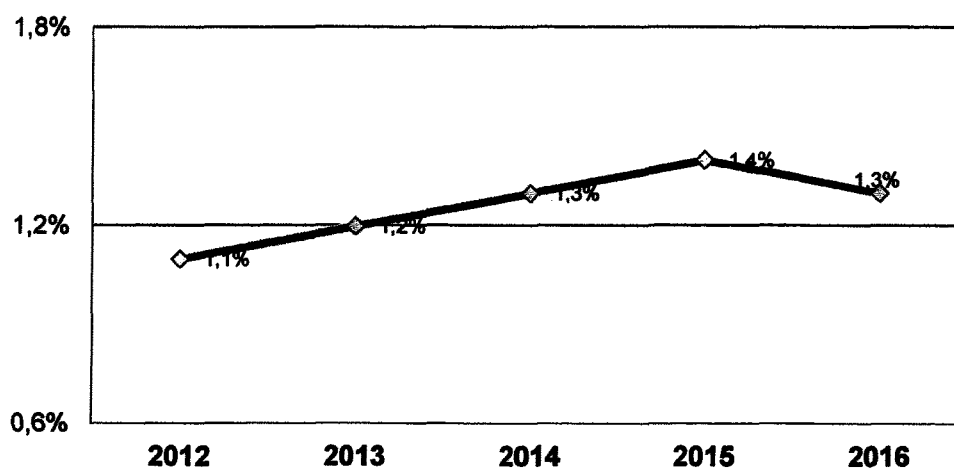
- realizarea polițelor de asigurare;
- asigurarea tiparului rețetelor pentru medicamente compensate și polițelor;
- întreținerea și dezvoltarea sistemului informațional și infrastructurii organizatorice;

- realizarea campaniilor de informare a populației despre sistemul de AOAM;
- efectuarea controlului calității serviciilor medicale și a expertizelor respective;
- salarizarea personalului angajat al CNAM și agențiilor teritoriale;
- cheltuieli operaționale;
- cheltuieli de gospodărie și birotică;
- procurarea mijloacelor fixe, a utilajului necesar cu efectuarea defalcărilor de amortizare;
- acoperirea cheltuielilor de deplasare;
- instruirea și perfecționarea cadrelor;
- alte activități ce țin de administrarea CNAM.

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

În anul 2016 cheltuielile fondului de administrare au constituit 1,26% din suma veniturilor încasate în FAOAM, astfel nivelul reducându-se cu 0,14 puncte procentuale față de nivelul înregistrat în anul 2015.

**Diagrama 9.** Ponderea cheltuielilor fondului de administrare a sistemului AOAM în totalul veniturilor încasate în fondurile AOAM în dinamică (anii 2012 – 2016)



În anul 2016, cheltuielile fondului de administrare al sistemului AOAM au fost realizate în sumă de 72 754,3 mii lei sau la nivel de 92,3%, ceea ce este cu 6 083,6 mii lei mai puțin față de prevederile anuale. Comparativ cu anul precedent, cheltuielile din fondul de administrare au crescut cu 2 038,4 mii lei sau cu 2,9%. Descrierea detaliată a executării fondului de administrare pe articolele de cheltuieli se prezintă în Tabelul 9.

**Tabelul 10. Structura cheltuielilor din fondul de administrare al sistemului de AOAM pe anul 2016**

Formularul nr.8

(mii lei)

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	Raportul (în %) executat față de precizat
<b>Cheltuleli</b>	<b>71 277,6</b>	<b>71 277,6</b>	<b>66 328,3</b>	<b>-4 949,3</b>	<b>93,1</b>
<i>inclusiv:</i>					
Cheltuleli de personal	58 871,7	58 871,7	58 800,6	-71,1	99,9
Bunuri și servicii	12 045,9	12 045,9	7 155,3	-4 890,6	59,4
Prestații sociale	360,0	360,0	372,4	+12,4	103,4
Alte cheltuleli	x	x	0,0	x	x
Active nefinanciare	7 560,3	7 560,3	6 426,0	-1 134,3	85,0
<i>inclusiv:</i>					
Mijloace fixe	6 215,6	6 215,6	5 081,3	-1 134,3	81,8
Stocuri de materiale circulante	1 344,7	1 344,7	1 344,7	0,0	100,0
<b>Cheltuleli și active nefinanciare, total</b>	<b>78 837,9</b>	<b>78 837,9</b>	<b>72 754,3</b>	<b>- 6 083,6</b>	<b>92,3</b>

Ponderea cea mai mare în totalul cheltuielilor fondului de administrare al sistemului de AOAM le constituie cheltuielile de personal - de 80,8%, succedate de cheltuielile pentru procurarea bunurilor și serviciilor - 9,8%, după care urmează cheltuielile pentru procurarea mijloacelor fixe - 7,0%, cheltuielile pentru stocuri de mijloace circulante - 1,9% și prestațiile sociale - 0,5%.

Cheltuielile pentru procurarea bunurilor și serviciilor includ: cheltuielile pentru realizarea polițelor de asigurare prin intermediul oficiilor poștale, cheltuielile pentru realizarea campaniilor de informare a populației cu privire la sistemul AOAM, pentru servicii editoriale (tipărirea formularelor de rețete compensate și a polițelor), cheltuieli de regie, cheltuieli de mentenanță și dezvoltare a sistemului informațional, etc.

Pentru procurarea activelor nefinanciare, care au constituit 8,8% din fondul de administrare al fondurilor AOAM, au fost cheltuite 6 426,0 mii lei, inclusiv pentru mijloacele fixe - 5 081,3 mii lei și pentru materialele circulante - 1 344,7 mii lei.

La finele anului 2016, statul de funcții al CNAM prevedea 335 unități, inclusiv personal tehnic, din care 320 unități constituiau funcțiile ocupate. Cheltuielile pentru remunerarea muncii angajaților au constituit 46 533,3 mii lei, iar salariul mediu lunar al unui angajat (salariul calculat) - 12 118 lei.

Pe tot parcursul activității CNAM, inclusiv în ultimii cinci ani se observă o tendință constantă de majorare a sumei veniturilor FAOAM gestionate de CNAM (anul 2012 - 3 870 030,8 mii lei, anul 2016 - 5 764 158,3 mii lei), a numărului IMS și instituțiilor farmaceutice contractate (anul 2012 - 517, anul 2016 - 692), a numărului rețetelor compensate achitate (anul 2012 - 3 481 225, anul 2016 - 4 593 566), a cotei persoanelor asigurate (anul 2012 - 82,1%, anul 2016 - 85,8%).

Odată cu creșterea continuă a valorii indicatorilor de bază ai sistemului de AOAM, sporește și volumul de lucru pe care îl execută angajații CNAM, cum ar fi, spre exemplu: încheierea contractelor cu IMS și farmaceutice, achitarea serviciilor medicale și farmaceutice acordate, coordonarea devizelor de venituri și cheltuieli ale IMS încadrate

în sistemului AOAM, recepționarea și analiza rapoartelor prezentate de către entitățile în cauză, exercitarea controlului calității și volumului asistenței medicale prestate de către IMS contractate, precum și a corectitudinii gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM de către acestea, exercitarea controlului corectitudinii prescrierii și eliberării rețetelor compensate, apărarea intereselor persoanelor asigurate, acumularea primelor de AOAM în sumă fixă, monitorizarea realizării proiectelor investiționale ale IMS publice finanțate din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale, etc.

Eforturi sporite au fost întreprinse în domeniul perfectării cadrului legislativ, optimizării mecanismului de achitare a serviciilor medicale în funcție de calitatea lor, perfecționării raportării de către agenții economici a achitării primelor de AOAM și de către instituțiile medicale a serviciilor medicale acordate, ținându-se cont de complexitatea acestora și de îndeplinirea indicatorilor de performanță.

Pentru a face față provocărilor existente și cu scopul sporirii continue a eficienței gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM, în cadrul CNAM s-a pus accent pe calitatea personalului și pe utilizarea unor tehnologii informaționale performante, domenii ce necesită dezvoltare permanentă și susținere financiară sporită.

#### ➤ Realizarea indicatorilor de performanță

În anul 2016 ponderea cheltuielilor din fondurile AOAM în PIB au constituit 4,4%, ceea ce corespunde nivelului aprobat. Cheltuielile din fondurile AOAM s-au diminuat cu 73,3 lei pe cap de locuitor înregistrat la medicul de familie. Ponderea prestatorilor de servicii contractate de către CNAM în baza indicatorilor de calitate și performanță a constituit 64,8% față de 77% aprobat. Cauzele și factorii ce au determinat devierile față de indicatorii aprobați rezultă din faptul că pe parcursul anului 2016 au fost diminuate transferurile din bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de către Guvern cu 59,2 mil. lei. Totodată, primele 6 luni a fost aplicat bugetul provizoriu și, de asemenea, veniturile au fost acumulate cu 15,1 mil. lei mai puțin față de planificat. Necătând la aceste condiții, CNAM a reușit creșterea gradului de acoperire cu AOAM la nivel de 85,8% sau cu 1,3 puncte procentuale față de nivelul aprobat.

## **5. Cheltuielile instituțiilor medicale contractate sub aspectul priorităților**

În conformitate cu prevederile legislației în vigoare, în cadrul sistemului AOAM, în anul 2016 au fost încheiate contracte cu 432 instituții medico-sanitare, din care: 21 republicane, 35 municipale, 10 departamentale, 302 raionale și 64 private.

Conform contractelor încheiate cu CNAM, în devizele de venituri și cheltuieli ale IMS, mijloacele financiare provenite din fondurile AOAM, sunt repartizate pe patru articole de cheltuieli de bază: „Retribuirea muncii”, „Produse alimentare”, „Medicamente” și „Alte cheltuieli”. Executarea este raportată periodic CNAM, Ministerului Sănătății și fondatorilor.

**Tabelul 11. Structura cheltuielilor instituțiilor medico-sanitare contractate pe anul 2016**

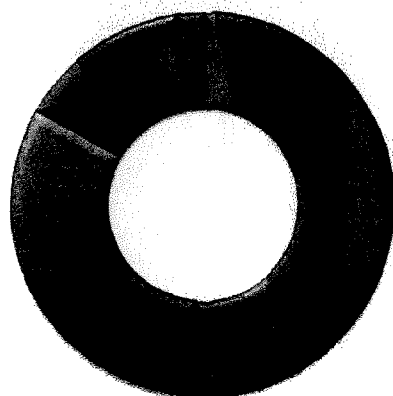
Formularul nr.5  
(mii lei)

Instituțiile medico-sanitare		Cheltuieli TOTAL	Inclusiv:			
			Retribuirea muncii	Produse alimentare	Medicamente	Alte cheltuieli
Departamentale	plan	68 855,3	32 201,6	3 325,9	11 988,7	21 339,1
	executat	65 719,5	29 962,1	3 281,9	11 023,5	21 452,0
Municipale	plan	1 057 886,2	560 045,1	27 815,2	127 755,3	342 270,6
	executat	996 924,8	538 950,4	24 563,4	116 442,5	316 968,5
Private	plan	279 525,6	76 534,2	2 317,7	79 750,3	120 923,4
	executat	266 177,8	74 979,2	2 288,8	71 913,6	117 016,2
Raionale	plan	2 030 948,2	1 116 860,5	45 059,4	172 809,4	696 118,9
	executat	1 921 190,5	1 087 403,6	41 102,5	167 089,6	625 594,8
Republicane	plan	2 059 307,3	912 088,4	58 666,3	425 206,6	663 346,0
	executat	1 891 770,3	896 369,3	52 572,2	375 577,2	567 251,6
TOTAL	plan	5 496 822,6	2 697 729,8	137 184,5	817 610,3	1 843 998,0
	executat	5 141 782,9*	2 627 664,6	123 788,8	742 046,4	1 648 283,1

Notă: Cheltuielile totale anuale ale IMS sunt realizate în baza sumei finanțate de CNAM, soldurilor bănești ale IMS de la începutul perioadei de gestiune și în baza dobânzilor aferente soldurilor mijloacelor bănești ale IMS la conturile bancare.

Ca și în anii precedenți, peste jumătate din cheltuielile IMS au fost îndreptate pentru „retribuirea muncii”, iar o treime pentru „alte cheltuieli”.

**Diagrama 10. Ponderea cheltuielilor pe articole de bază în totalul cheltuielilor IMS pe anul 2016**



- Retribuirea muncii
- Alte cheltuieli (inclusiv contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii și prime de asigurare obligatorie de asistență medicală)
- Medicamente
- Produse alimentare

În anul 2016, cheltuielile totale ale IMS au fost realizate în sumă de 5 141 782,9 mii lei sau la nivel de 93,5% față de suma aprobată. Comparativ cu anul precedent, cheltuielile au crescut cu 14,1%. Cota cheltuielilor pentru fondul de remunerare a muncii în

cheltuielile totale constituie 51,1%, iar a cheltuielilor de personal (inclusiv contribuțiile de asigurări sociale de stat obligatorii și primele de asigurare obligatorie de asistență medicală) – 64,7%.

Creștere față de anul 2015 a fost înregistrată la toate articolele de cheltuieli, inclusiv: „retribuirea muncii” cu 14,8%, „produse alimentare” cu 2,2%, „medicamente” cu 16,2%, „alte cheltuieli” cu 13,1%.

Salariul mediu lunar pentru o unitate de personal în IMS a constituit 4 242 lei, înregistrându-se o creștere de 15% față de anul 2015. Indicatorii în cauză pe categorii de personal sunt reflectați în tabelul 11.

**Tabelul 12.** Salariul mediu lunar pe categorii de personal în IMS (anii 2015 – 2016)

Denumirea inițială de personal	Salariul mediu lunar pentru o unitate de personal			Salariul mediu lunar pentru o persoană fizică		
	2015	2016	devieri (+,-)	2015	2016	devieri (+,-)
Personal de conducere	10 652	12 113	+13,7%	10 213	11 335	+11,0%
Medici	5 477	6 043	+10,3%	6 300	6 752	+7,2%
Personal medical mediu	3 745	4 329	+15,6%	4 230	4 745	+12,2%
Personal medical inferior	1 882	2 276	+20,9%	2 090	2 398	+14,7%
Alt personal	2956	3 422	+15,8%	3 321	3 768	+13,5%
<b>Mediu lunar</b>	<b>3 688</b>	<b>4 242</b>	<b>+15,0%</b>	<b>4 163</b>	<b>4622</b>	<b>+11,3%</b>

La situația din 01.01.2017, IMS au înregistrat datorii creditoare în sumă totală de **447 638,5 mil lei**, din care: pentru „retribuirea muncii” – 122 636,3 mii lei, „produse alimentare” – 9 585,2 mii lei, „medicamente” – 166 213,2 mii lei și „alte cheltuieli” – 149 203,8 mii lei.

**Tabelul 13.** Structura datorii creditoare ale IMS (anii 2015 – 2016)

Articole de cheltuieli	2015		2016		devieri (+,-) 2016/2015
	mil lei	% în total	mil lei	% în total	
Retribuirea muncii	108 473,1	24,7%	122 636,3	27,4%	+13,1%
Alimentarea pacienților	11 136,4	2,5%	9 585,2	2,2%	-13,9%
Medicamente	191 140,3	43,4%	166 213,2	37,1%	-13,0%
Alte cheltuieli	129 305,9	29,4%	149 203,8	33,3%	+15,4%
<b>TOTAL</b>	<b>440 055,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>447 638,5</b>	<b>100,0%</b>	<b>+1,7%</b>

Analiza datelor în cauză și explicațiile IMS confirmă, că datorii creditoare pentru salarizare și contribuții de asigurări sociale de stat obligatorii, înregistrate la 01.01.2017 reprezintă, ca regulă, plățile de personal calculate pentru luna decembrie și achitate în luna ianuarie a anului următor.

Valoarea stocurilor de bunuri materiale: produse alimentare, medicamente, produse petroliere și cărbune, de care au dispus IMS la data de 01.01.2017 se cifrează la 261 292,6 mii lei, din care 249 938,9 mii lei sau 95,7% au constituit stocurile de medicamente. În comparație cu situația înregistrată la 01.01.2017, stocurile de bunuri materiale ale IMS sunt în creștere cu 7 001,3 mii lei (2,8%), din care stocul la medicamente cu 14 136,8 mii lei (6,0%).

**Tabelul 14.** Structura stocurilor de bunuri materiale ale IMS

Tipul de asistență medicală	(mii lei)									
	produse alimentare		medicamente		produse petroliere		cărbune		TOTAL	
	01.01.2016	01.01.2017	01.01.2016	01.01.2017	01.01.2016	01.01.2017	01.01.2016	01.01.2017	01.01.2016	01.01.2017
Asistența medicală urgentă prespitalicească	0,0	0,0	9 672,3	8 217,9	5 242,3	572,9	940,8	415,6	15 855,4	9 206,4
Asistența medicală primară	0,0	0,0	26 001,5	30 057,8	287,0	325,2	6 323,0	5 226,2	32 611,5	35 609,2
Asistența medicală specializată de ambulator	2,2	4,6	9 337,7	12 540,2	40,0	25,6	1,5	10,7	9381,4	12 581,1
Asistența medicală spitalicească	4 825,6	4 319,9	182 841,7	189 185,2	273,7	283,6	546,6	159,6	188 487,6	193 948,3
Servicii medicale de înaltă performanță	0,0	0,0	7 686,8	9 599,7	5,5	3,2	0,0	0,0	7 692,3	9 602,9
Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	0,0	0,0	262,1	338,1	1,0	6,6	0,0	0,0	263,1	344,7
<b>TOTAL</b>	<b>4 827,8</b>	<b>4 324,5</b>	<b>235 802,1</b>	<b>249 938,9</b>	<b>5 848,5</b>	<b>1 217,1</b>	<b>7 811,9</b>	<b>5 812,1</b>	<b>254 291,3</b>	<b>261 292,6</b>

În vederea consolidării continue a bazei tehnico-materiale, IMS au suportat în anul 2016 cheltuieli capitale în sumă totală de 94 844,2 mii lei, înregistrându-se o creștere de 12,4% față de anul precedent. Cu toate acestea, ponderea cheltuielilor capitale în totalul cheltuielilor se diminuează (2014 - 3,6%, 2015 - 1,9%, 2016 - 1,8%).

Pe parcursul ultimilor cinci ani soldurile mijloacelor bănești rămase în conturile IMS publice au fost într-o relativă creștere (exceptie a.2014), atingând către finele anului 2016 valoarea de 330 883,5 mii lei, însă raportul lor față de sumele contractuale se micșorau, atingând în anul 2016 - 6,8%.

**Tabelul 15.** Dinamica raportului soldurilor mijloacelor bănești față de sumele contractuale ale IMS publice (anii 2012 - 2016)

	(mii lei)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Suma contractuală	3 546 169,8	3 715 917,7	4 334 045,3	4 316 396,6	4 853 423,2
Soldul mijloacelor bănești	213 804,0	301 268,2	201 626,6	328 852,3	330 883,5
Raportul soldului către suma contractuală	6,0%	8,1%	4,7%	7,6%	6,8%

În conformitate cu actele normative în vigoare, soldurile mijloacelor bănești rămase în conturile IMS publice la finele anului sunt incluse în business-planul aprobat pentru anul următor, cu divizare pe articole de cheltuieli, împreună cu alte achitări din fondurile AOAM, în scopul utilizării acestora pentru prestarea serviciilor în cadrul AOAM. Aceste

solduri sunt sume trecătoare și reprezintă mijloacele financiare necesare IMS pentru asigurarea unei activități continue și viabile.

În concluzie se menționează că, în exercițiul bugetar 2016 mijloacele financiare acumulate în fondurile AOAM au fost direcționate în mod prioritar pentru achitarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic al AOAM, neafectând totodată onorarea obiectivelor strategice prevăzute prin actele legislative și normative.

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

## **6. Anexe**

La Raport se anexează suplimentar:

**Anexa 1** – Sinteza privind executarea fondurilor AOAM în anul 2016 (*formularul nr.1*);

**Anexa 2** – Situațiile financiare pe anul 2016 și Nota explicativă la situațiile financiare pe anul 2016 (*5 file*).

Director general al CNAM



Dmitrii PARFENTIEV

## Sinteza privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016

(mil lei)

Nr. d/o	Denumirea indicatorilor	Codurile		Plan		Executat: venituri / cheltuieli		creanțe	datorii
		tip / categorie / capitol / program	articol / aliniat	aprobat pe an	precizat pe an	venituri / cheltuieli de casă	cheltuieli efective		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>I</b>	<b>VENITURILE ANULUI CURENT, TOTAL</b>			<b>5 838 515,5</b>	<b>5 779 298,2</b>	<b>5 764 158,3</b>	X	X	X
1	<b>Contribuții și prime de asigurări obligatorii</b>	12		<b>3 259 955,9</b>	<b>3 259 955,9</b>	<b>3 240 179,1</b>			
2	Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, achitate de angajatori și angajați	122	10	3 166 667,9	3 166 667,9	3 152 995,4	X	X	X
3	Prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, achitate de persoane fizice cu reședința sau domiciliul în Republica Moldova	122	20	93 288,0	93 288,0	87 183,7	X	X	X
4	<b>Alte venituri</b>	14		<b>6 630,0</b>	<b>6 630,0</b>	<b>11 266,9</b>	X	X	X
5	Dobânzi încasate la soldurile mijloacelor bugetare	141	11	1 630,0	1 630,0	4 880,5	X	X	X
6	Amenzi și sancțiuni contravenționale încasate în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	143	14	2 000,0	2 000,0	2 231,2	X	X	X
7	Alte venituri încasate în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	145	13	3 000,0	3 000,0	4 155,2	X	X	X
8	<b>Transferuri primite în cadrul bugetului public național</b>	19		<b>2 571 929,6</b>	<b>2 512 712,3</b>	<b>2 512 712,3</b>	X	X	X
9	Transferuri curente primite cu destinație specială între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	192	21	152 006,1	142 788,8	142 788,8	X	X	X
10	Transferuri curente primite cu destinație generală între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală	192	23	2 419 923,5	2 369 923,5	2 369 923,5	X	X	X
11	<b>Granturi primite</b>	13		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	X	X	X
<b>II</b>	<b>CHELTUIELI și ACTIVE NEFINANCIARE, TOTAL</b>			<b>5 838 515,5</b>	<b>5 779 298,2</b>	<b>5 673 446,2</b>	<b>5 667 741,1</b>	<b>720,0</b>	<b>423,1</b>
1	<b>Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)</b>			<b>5 611 092,4</b>	<b>5 611 092,4</b>	<b>5 570 241,8</b>	<b>5 567 127,5</b>	<b>619,6</b>	<b>315,8</b>
2	Asistența medicală urgentă spitalicească	8009		456 633,8	456 633,8	456 613,8	456 613,8	0,0	0,0
3	Asistența medicală primară inclusiv: medicamente compensate	8005		1 808 929,2	1 734 929,2	1 729 199,1	1 729 147,3	60,2	10,4
4	Asistența medicală specializată de ambulator	8006		502 500,0	428 500,0	424 952,5	424 952,5	0,0	0,0
5	Asistența medicală spitalicească	8010		390 893,9	390 893,9	389 217,2	389 272,0	0,0	54,8
6	Servicii medicale de înaltă performanță	8011		2 769 454,2	2 855 454,2	2 827 659,5	2 824 548,8	559,4	250,6
7	Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	8008		176 349,3	164 349,3	158 855,0	158 855,0	0,0	0,0
8	<b>Fondul de rezervă al AOAM</b>	8017		<b>41 720,1</b>	<b>41 720,1</b>	<b>15 139,7</b>	<b>15 139,7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
9	<b>Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)</b>	8018		<b>56 865,1</b>	<b>17 647,8</b>	<b>2 510,1</b>	<b>1 824,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
10	<b>Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale</b>	8019		<b>50 000,0</b>	<b>30 000,0</b>	<b>12 800,3</b>	<b>12 800,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
11	<b>Fondul de administrare a sistemului de AOAM</b>	8002		<b>78 837,9</b>	<b>78 837,9</b>	<b>72 754,3</b>	<b>70 849,6</b>	<b>100,4</b>	<b>107,3</b>
12	<b>Cheltuieli</b>	2		<b>71 277,6</b>	<b>71 277,6</b>	<b>66 328,3</b>	<b>68 614,8</b>	<b>100,4</b>	<b>102,0</b>
13	Cheltuieli de personal	21		58 871,7	58 871,7	58 800,6	58 798,7	3,4	0,0
14	Bunuri și servicii	22		12 045,9	12 045,9	7 155,3	9 443,7	97,0	102,0
15	Prestații sociale	27		360,0	360,0	372,4	372,4	0,0	0,0
16	<b>Active nefinanciare</b>	3		<b>7 560,3</b>	<b>7 560,3</b>	<b>6 426,0</b>	<b>2 234,8</b>	<b>0,0</b>	<b>5,3</b>
17	Mijloace fixe	31		6 215,6	6 215,6	5 081,3	1 478,4	0,0	0,0
18	Stocuri de materiale circulante	33		1 344,7	1 344,7	1 344,7	756,4	0,0	5,3
<b>III</b>	<b>SOLD BUGETAR</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>90 712,1</b>			
<b>IV</b>	<b>SOLD DE MIJLOACE BĂNEȘTI LA ÎNCEPUTUL PERIOADEI</b>	91		<b>153 144,8</b>	<b>153 144,8</b>	<b>153 144,8</b>			
<b>V</b>	<b>SOLD DE MIJLOACE BĂNEȘTI LA SFÂRȘITUL PERIOADEI</b>	93		<b>153 144,8</b>	<b>153 144,8</b>	<b>243 856,9</b>			

Director general al CNAM



Dmitrii PARFENTIEV



**BILANȚUL**la **31 decembrie 2016**

Nr. cpt.	ACTIV	Cod rd.	Sold la	
			Începutul perioadei de gestiune	Sfârșitul perioadei de gestiune
1	2	3	4	5
1.	<b>Active imobilizate</b>			
	Imobilizări necorporale	010	2 961 772	1 681 187
	Imobilizări corporale în curs de execuție	020	24 297 944	27 652 394
	Terenuri	030		
	Mijloace fixe	040	11 909 914	11 918 821
	Resurse minerale	050		
	Active biologice imobilizate	060		
	Investiții financiare pe termen lung în părți neafiliate	070		
	Investiții financiare pe termen lung în părți afiliate	080		
	Investiții imobiliare	090		
	Creanțe pe termen lung	100		
	Avansuri acordate pe termen lung	110		
	Alte active imobilizate	120		
	<b>Total active imobilizate</b> (rd.010 + rd.020 + rd.030 + rd.040 + rd.050 + rd.060 + rd.070 + rd.080 + rd.090 + rd.100 + rd.110 + rd.120)	130	39 169 630	41 252 402
2.	<b>Active circulante</b>			
	Materiale	140	2 335 034	2 636 087
	Active biologice circulante	150		
	Obiecte de mică valoare și scurtă durată	160	81 721	511 843
	Producția în curs de execuție și produse	170		
	Mărfuri	180		
	Creanțe comerciale	190		
	Creanțe ale părților afiliate	200		
	Avansuri acordate curente	210	218 831	7 11 761
	Creanțe ale bugetului	220		
	Creanțe ale personalului	230	1 767	4 001
	Alte creanțe curente	240		4 224
	Numerar în casierie și la conturi curente	250	153 144 848	243 856 956
	Alte elemente de numerar	260		
	Investiții financiare curente în părți neafiliate	270		
	Investiții financiare curente în părți afiliate	280		
	Alte active circulante	290	142 714	142 240
	<b>Total active circulante</b> (rd.140 + rd.150 + rd.160 + rd.170 + rd.180 + rd.190 + rd.200 + rd.210 + rd.220 + rd.230 + rd.240 + rd.250 + rd.260 + rd.270 + rd.280 + rd.290)	300	155 924 915	247 867 112
	<b>Total active</b> (rd.130 + rd.300)	310	195 094 545	289 119 514

## SITUAȚIA FLUXURILOR DE NUMERAR

de la 1 ianuarie pînă la 31 decembrie 2016

Indicatori	Cod. rd.	Perioada de gestiune	
		precedentă	curentă
1	2	3	4
<b>Fluxuri de numerar din activitatea operațională</b>			
Încasări din vânzări	010		
Plăți pentru stocuri și servicii procurate	020	5 111 701 909	5 622 717 341
Plăți către angajați și organe de asigurare socială și medicală	030	42 519 234	53 269 327
Dobînzii plătite	040		
Plata impozitului pe venit	050		
Alte încasări	060	5 069 282 569	5 772 918 882
Alte plăți	070	4 585 600	6 220 106
<b>Fluxul net de numerar din activitatea operațională (rd.010 – rd.020 – rd.030 – rd.040 – rd.050 + rd.060 – rd.070 )</b>	080	(89 524 174)	90 712 108
<b>Fluxuri de numerar din activitatea de investiții</b>			
Încasări din vânzarea activelor imobilizate	090		
Plăți aferente intrărilor de active imobilizate	100		
Dobînzii încasate	110		
Dividende încasate	120		
Alte încasări (plăți)	130		
<b>Fluxul net de numerar din activitatea de investiții (rd.090 – rd.100 + rd.110 + rd.120 ± rd.130)</b>	140		
<b>Fluxuri de numerar din activitatea financiară</b>			
Încasări sub formă de credite și împrumuturi	150		
Plăți aferente rambursării creditelor și împrumuturilor	160		
Dividende plătite	170		
Încasări din operațiuni de capital	180		
Alte încasări (plăți)	190		
<b>Fluxul net de numerar din activitatea financiară (rd.150 – rd.160 – rd.170 + rd.180 ± rd.190)</b>	200		
<b>Fluxul net de numerar total (± rd.080 ± rd.140 ± rd.200)</b>	210	(89 524 174)	90 712 108
Diferențe de curs valutar favorabile (nefavorabile)	220		
<b>Sold de numerar la începutul perioadei de gestiune</b>	230	242 669 022	153 144 848
<b>Sold de numerar la sfîrșitul perioadei de gestiune (± rd.210 ± rd.220 + rd.230)</b>	240	153 144 848	243 856 956

## Date generale

## 1. Certificat de înregistrare a entității, eliberat de Camera Înregistrării de Stat.

Număr de înregistrare 330504 Data înregistrării 10.09.2001 Seria \_\_\_\_\_ Număr \_\_\_\_\_

## 2. Capital social înregistrat de Camera Înregistrării de Stat:

data "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_, suma \_\_\_\_\_ lei, inclusiv:

1) cota statului \_\_\_\_\_ lei,

2) cota deținătorilor a cel puțin 20% \_\_\_\_\_ lei.

Modificări ulterioare:

a) "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_, suma \_\_\_\_\_ lei, inclusiv cota statului \_\_\_\_\_ lei,

b) "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_, suma \_\_\_\_\_ lei, inclusiv cota statului \_\_\_\_\_ lei.

## 3. Entitățile, activitatea cărora necesită licență, indică:

Licența în vigoare:

1) Număr \_\_\_\_\_, data eliberării \_\_\_\_\_

Termen de valabilitate \_\_\_\_\_

Tipul de activitate \_\_\_\_\_

Organul care a eliberat licența \_\_\_\_\_

2) Număr \_\_\_\_\_, data eliberării \_\_\_\_\_

Termen de valabilitate \_\_\_\_\_

Tipul de activitate \_\_\_\_\_

Organul care a eliberat licența \_\_\_\_\_

3) Număr \_\_\_\_\_, data eliberării \_\_\_\_\_

Termen de valabilitate \_\_\_\_\_

Tipul de activitate \_\_\_\_\_

Organul care a eliberat licența \_\_\_\_\_

4. Numărul mediu scriptic al personalului în perioada de gestiune 340 persoane, inclusiv pe categorii:

1) personal administrativ 286 persoane,

2) muncitori 54 persoane.

5. Numărul personalului la 31 decembrie 2016 340 persoane.6. Remunerarea personalului entității în perioada de gestiune 46 532 978 lei.

7. Remunerarea membrilor organelor de administrare, de conducere și supraveghere și alte angajamente apărute sau asumate în legătură cu pensiile membrilor actuali sau ale foștilor membri ai acestor organe, pe categorii \_\_\_\_\_ lei.

8. Avansurile și creditele acordate membrilor organelor specificate la pct.7 \_\_\_\_\_ lei, inclusiv rambursate \_\_\_\_\_ lei.

9. Valoarea activelor imobilizate și circulante, înregistrate în calitate de gaj<sup>1</sup>

1) valoarea de gaj \_\_\_\_\_ lei,

2) valoarea contabilă \_\_\_\_\_ lei.

## 10. Numărul acțiunilor ordinare la finele perioadei de gestiune \_\_\_\_\_ unități.

## 11. Profit net (pierdere netă) a perioadei de gestiune pentru o acțiune ordinară:

1) profit \_\_\_\_\_ lei \_\_\_\_\_ bani,

2) pierdere \_\_\_\_\_ lei \_\_\_\_\_ bani.

## 12. Dividende calculate pentru o acțiune ordinară pentru perioada de gestiune:

1) plătite \_\_\_\_\_ lei \_\_\_\_\_ bani,

2) planificate pentru plată \_\_\_\_\_ lei \_\_\_\_\_ bani.

## 13. Valută străină disponibilă, recalculată în monedă națională a Republicii Moldova – total

\_\_\_\_\_ lei, inclusiv (lei, denumirea și codul valutei):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

## 14. Numerar legat – total \_\_\_\_\_ lei.

<sup>1</sup> În rândurile, în care se înscriu sumele de gaj, în toate coloanele prin fracție se reflectă:

a) la numărător – valoarea de gaj;

b) la numitor – valoarea contabilă

Nr. cpt.	P A S I V	Cod rd.	Sold la	
			Începutul perioadei de gestiune	Sfârșitul perioadei de gestiune
1	2	3	4	5
3.	<b>Capital propriu</b>			
	Capital social și suplimentar	320		
	Rezerve	330		
	Corecții ale rezultatelor anilor precedenți	340	x	
	Profit nerepartizat (pierdere neacoperită) al anilor precedenți	350		
	Profit net (pierdere netă) al perioadei de gestiune	360	x	
	Profit utilizat al perioadei de gestiune	370	x	
	Alte elemente de capital propriu	380	717 347	469 745
	<b>Total capital propriu</b> (rd.320 + rd.330 + rd.340 + rd.350 + rd.360 - rd.370 + rd.380)	390	717 347	469 745
4.	<b>Datorii pe termen lung</b>			
	Credite bancare pe termen lung	400		
	Împrumuturi pe termen lung	410		
	Datorii pe termen lung privind leasingul financiar	420		
	Alte datorii pe termen lung	430		
	<b>Total datorii pe termen lung</b> (rd.400 + rd.410 + rd.420 + rd.430)	440		
5.	<b>Datorii curente</b>			
	Credite bancare pe termen scurt	450		
	Împrumuturi pe termen scurt	460		
	Datorii comerciale	470	3 126 269	423 079
	Datorii față de părțile afiliate	480		
	Avansuri primite curente	490		
	Datorii față de personal	500	620	
	Datorii privind asigurările sociale și medicale	510		
	Datorii față de buget	520		
	Venituri anticipate curente	530		
	Datorii față de proprietari	540		
	Finanțări și încasări cu destinație specială curente	550	191 250 309	288 226 690
	Provizioane curente	560		
	Alte datorii curente	570		
	<b>Total datorii curente</b> (rd.450 + rd.460 + rd.470 + rd.480 + rd.490 + rd.500 + rd.510 + rd.520 + rd.530 + rd.540 + rd.550 + rd.560 + rd.570)	580	194 377 198	288 649 769
	<b>Total pasive</b> (rd.390 + rd.440 + rd.580)	590	195 094 545	289 119 514

**SITUAȚIA DE PROFIT ȘI PIERDERE**de la 1 ianuarie pînă la 31 decembrie 2016

Indicatori	Cod rd.	Perioada de gestiune	
		precedentă	curentă
1	2	3	4
Venituri din vânzări	010	5 066 813 801	5 667 379 681
Costul vânzărilor	020	5 008 005 501	5 596 891 605
Profit brut (pierdere brută) (rd.010 – rd.020)	030	58 808 300	70 488 076
Alte venituri din activitatea operațională	040	935	361 535
Cheltuieli de distribuire	050		
Cheltuieli administrative	060	57 745 855	69 690 255
Alte cheltuieli din activitatea operațională	070	1 064 164	1 157 288
Rezultatul din activitatea operațională: profit (pierdere) (rd.030 + rd.040 – rd.050 – rd.060 – rd.070)	080	(784)	2 068
Rezultatul din alte activități: profit (pierdere)	090	784	(2 068)
Profit (pierdere) pînă la impozitare (rd.080 + rd.090)	100		
Cheltuieli privind impozitul pe venit	110		
Profit net (pierdere netă) al perioadei de gestiune (rd.100 – rd.110)	120		

Anexa 3

**SITUAȚIA MODIFICĂRILOR CAPITALULUI PROPRIU**de la 1 ianuarie pînă la 31 decembrie 2016

Nr. d/o	Indicatori	Cod rd.	Sold la începutul perioadei de gestiune	Majorări	Diminuări	Sold la sfîrșitul perioadei de gestiune
1	2	3	4	5	6	7
1	<b>Capital social și suplimentar</b>					
	Capital social	010				
	Capital suplimentar	020				
	Capital nevărsat	030	( )	( )	( )	( )
	Capital neînregistrat	040				
	Capital retras	050	( )	( )	( )	( )
	<b>Total capital social și suplimentar (rd.010 + rd.020 + rd.030 + rd.040 + rd.050)</b>	060				
2	<b>Rezerve</b>					
	Capital de rezervă	070				
	Rezerve statutare	080				
	Alte rezerve	090				
	<b>Total rezerve (rd.070 + rd.080 + rd.090)</b>	100				
3	<b>Profit nerepartizat (pierdere neacoperită)</b>					
	Corecții ale rezultatelor anilor precedenți	110				
	Profit nerepartizat (pierdere neacoperită) al anilor precedenți	120				
	Profit net (pierdere netă) al perioadei de gestiune	130	x			
	Profit utilizat al perioadei de gestiune	140	x	( )	( )	( )
	Rezultatul din tranziția la noile reglementări contabile	150				
	<b>Total profit nerepartizat (pierdere neacoperită) (rd.110 + rd.120 + rd.130 + rd.140 + rd.150)</b>	160				
4	<b>Alte elemente de capital propriu, din care</b>	170				
	Diferențe din reevaluare	171				
	Subvenții entităților cu proprietate publică	172	717 347		247 602	469 745
	<b>Total capital propriu (rd.060 + rd.100 + rd.160 + rd.170)</b>	180	717 347		247 602	469 745

## Venituri și cheltuieli aferente tranzacțiilor cu nerezidenții

Indicatori	Cod rd./ cod țară	Perioada de gestiune	
		precedentă	curentă
1	2	3	4
<b>Venituri – total</b>	010		
Venituri aferente bunurilor procurate și vândute peste hotare fără trecerea frontierei de stat a Republicii Moldova, <i>inclusiv pe țări:</i>	020		
-			
-			
-			
Venituri din dobânzi aferente activității operaționale și altor activități, <i>inclusiv pe țări:</i>	030		
-			
-			
-			
Venituri din dividende și participații în alte entități, <i>inclusiv pe țări:</i>	040		
-			
-			
-			
Venituri din decontarea datoriilor cu termenul de prescripție expirat, <i>inclusiv pe țări:</i>	050		
-			
-			
-			
Alte venituri, <i>inclusiv pe țări:</i>	060		
-			
-			
-			
<b>Cheltuieli – total</b>	070		
Cheltuieli aferente bunurilor procurate și vândute peste hotare fără trecerea frontierei de stat a Republicii Moldova, <i>inclusiv pe țări:</i>	080		
-			
-			
-			
Cheltuieli privind dobânzile, <i>inclusiv pe țări:</i>	090		
-			
-			
-			
Cheltuieli și provizioane aferente creanțelor comerciale și altor creanțe compromise, <i>inclusiv pe țări:</i>	100		
-			
-			
-			
Alte cheltuieli, <i>inclusiv pe țări:</i>	110		
-			
-			
-			

Rd.010= rd.020 + rd.030 + rd.040 + rd.050 + rd.060

Rd.070= rd.080 + rd.090 + rd.100 + rd.110

Persoanele responsabile de semnarea rapoartelor financiare ale entității\*

Director general CNAM  Dm. Parfentiev

/Sef DEF

E. Rebeja

\* conform art.36 din Legea contabilității

## **Nota explicativă la situațiile financiare a CNAM pe anul 2016**

CNAM realizează evidența contabilă conform prevederilor Legii contabilității nr. 113-XVI din 27.04.2007, standardelor naționale de contabilitate, planului de conturi contabile al activității economico-financiare a întreprinderilor aprobat prin Ordinul Ministerului Finanțelor nr.118 din 06.08.2013, politicii de contabilitate și alte acte legislative și normative în vigoare.

În componența sa, CNAM are 7 agenții teritoriale amplasate pe întreg teritoriul Republicii Moldova. Raportul financiar este prezentat la Biroul Național de Statistică în termenii stabiliți.

### **1. Analiza acivelor imobilizate**

Imobilizările corporale și imobilizările necorporale se reflectă în contabilitatea financiară la valoarea de intrare. Valoarea acestor active constituie la data de 01.01.2017 – **41 252,4 mii lei**, inclusiv mijloace fixe **39571,2 mii lei**, uzura cărora constituie **58,9%**.

Uzura activelor imobilizate se calculează prin metoda liniară, pornind de la valoarea amortizabilă și durata de utilizare a obiectului. Durata de funcționare utilă se stabilește pentru fiecare obiect de inventar, în conformitate cu Catalogul mijloacelor fixe și activelor nemateriale, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.338 din 21.03.2003.

### **2. Caracteristica activelor circulante**

Obiectele de mică valoare și scurtă durată (OMVSD) sunt reflectate în evidența contabilă la valoarea lor de intrare. Uzura se calculează în proporție de 50% pe măsura dării în exploatare a acestora și 50% la casarea lor. La ieșirea obiectelor de mică valoare și scurtă durată, valoarea uzurabilă este trecută la diminuarea uzurii calculate anterior. Soldul OMVSD la 01.01.2017 constituie – **511,8 mii lei**.

Materialele în raportul situațiilor financiare sunt reflectate la prețul de achiziționare, iar decontarea acestora se efectuează după metoda costului mediu ponderat, conform actelor și documentelor de casare. Soldul materialelor la 01.01.2017 constituie – **2 636,1,0 mii lei**.

### **3. Creanțe pe termen scurt**

La data de 31.12.2016 au fost înregistrate creanțe în sumă de **711,8 mii lei**, din care:

- 619,6 mii lei constituie avansul acordat din fondul de bază instituțiilor medicale.
- 92,2 mii lei constituie avansul acordat din fondul de administrare.

### **4. Mijloace bănești**

Acumularea mijloacelor financiare în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală se efectuează într-un cont unic al Ministerului Finanțelor Trezoreria Centrală, deschis în Banca Națională a Moldovei. Ulterior mijloacele acumulate sunt divizate în conformitate cu prevederile Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (Hotărârea Guvernului nr.594 din 14.05.2002).

Veniturile încasate la contul unic al Companiei pe parcursul anului, exceptând sumele cu destinație specială, se repartizează conform următoarelor normative:

- fondul de bază – nu mai puțin de 94%;

- fondul de rezervă – până la 1%;
- fondul măsurilor de profilaxie – 1%;
- fondul de dezvoltare – până la 2%;
- fondul de administrare – până la 2%.

## 5. Caracteristica datoriilor curente

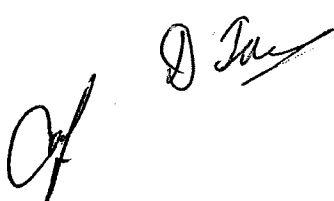
Datoriile pe termen scurt se înregistrează în contabilitate la sumele care urmează a fi plătite (inclusiv TVA, în caz de prezentă a facturii fiscale). La situația din 01.01.2017 suma datoriilor curente constituie **423,1 mii lei**, facturile cărora au fost prezentate după data de 31.12.2016 și achitate în luna ianuarie 2017.

CNAM achită trimestrial instituțiilor medico-sanitare pentru serviciile medicale prestate, conform dărilor de seamă și facturilor prezentate, dar nu mai mult de volumul prevăzut în contract și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

La finele anului 2016 nu s-au înregistrat datorii față de bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat și fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală.

**Director general al CNAM**

**/Șef DEF**

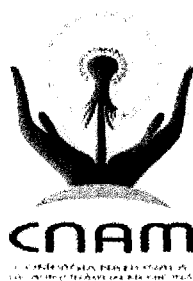


**Dmitrii Parfentiev**

**Ecaterina Rebeja**

**РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА  
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ**

**ОТЧЕТ  
ОБ ИСПОЛНЕНИИ СРЕДСТВ ФОНДОВ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ В 2016 ГОДУ**



## **СОДЕРЖАНИЕ**

1. Общие положения	<b>3</b>
2. Свод исполнения фондов обязательного медицинского страхования	<b>4</b>
3. Доходы фондов обязательного медицинского страхования по видам источников	<b>4</b>
3.1. Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам	<b>6</b>
3.2. Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в фиксированной сумме, уплачиваемые физическими лицами с местом жительства или местом нахождения в Республике Молдова	<b>6</b>
3.3. Прочие доходы	<b>8</b>
3.4. Трансферты из государственного бюджета	<b>9</b>
4. Использование фондов обязательного медицинского страхования, основанных на утверждённых программах и подпрограммах	<b>10</b>
4.1. Расходы фонда оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)	<b>11</b>
4.2. Расходы фонда профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания)	<b>21</b>
4.3. Расходы резервного фонда ОМС	<b>23</b>
4.4. Расходы фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг	<b>24</b>
4.5. Расходы фонда управления системой ОМС	<b>27</b>
5. Основные виды расходов медицинских учреждений, с которыми заключены договоры	<b>30</b>
6. Приложения	<b>33</b>

## 1. Общие положения

Отчет об исполнении средств фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) в 2016 году был разработан в соответствии с положениями ст.47 и ст.73 Закона о публичных финансах и бюджетно-налоговой ответственности № 181 от 25.07.2014 г. и Постановления Правительства № 304 от 22.04.2010 г. «Об утверждении структуры Годового отчета об исполнении (использовании) средств фондов ОМС».

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

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

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

Характеристика основных показателей за 2016 год, динамика и тенденции в сравнении с предыдущими годами представлены в следующей таблице.

**Таблица 1. Ключевые показатели системы ОМС (2012 - 2016 годы)**

	2012	2013	2014	2015	2016
Доля застрахованных лиц в общей численности населения (%)	82,1	83,2	85,0	85,6	85,8
Количество физических лиц, застрахованных в индивидуальном порядке	51 780	59 183	48 925	48 307	40 113
Доходы фондов ОМС (млн. леев)	3 870,0	4 161,0	4 637,7	5 062,9	5 764,2
Доля трансфертов из государственного бюджета для категорий лиц, страхование которых осуществляется Правительством в доходах фондов НМСК (%)	52,8	51,3	46,9	42,0	41,1
Расходы фондов ОМС (млн. леев)	3 951,2	4 226,1	4 679,5	5 152,5	5 673,4
Расходы фондов ОМС в процентном отношении к ВВП (%)	4,5	4,2	4,2	4,3	4,2
Расходы фондов ОМС в публичном бюджете здравоохранения в процентном отношении (%)	83,2	81,5	79,4	79,8	87,2
Размер страховых взносов, исчисленных в процентном отношении (%)	7	7	8	9	9
Размер страховых взносов в фиксированной сумме (леев)	2 982,0	3 318,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0
Фонд оплаты труда, из которого рассчитываются страховые взносы в процентном отношении (млрд. леев)	24,6	26,8	29,0	30,7	35,0

Количество медицинских и фармацевтических учреждений, с которыми заключены контракты	517	590	673	690	692
Количество оплаченных рецептов на компенсируемые медикаменты	3 481 225	3 120 779	3 476 901	3 678 614	4 593 565
Расходы на компенсируемые медикаменты (млн. леев)	166,2	163,5	205,9	279,7	425,0
Средняя розничная цена компенсируемых медикаментов в расчете на один рецепт (леев)	73,0	75,6	83,1	106,4	113,7
Средняя компенсируемая сумма в расчете на один рецепт (леев)	47,8	52,4	59,2	78,9	90,8
Среднемесячная заработная плата на 1 единицу в МСУ (леев)	2 796	3 021	3 413	3 688	4 242

## 2. Свод исполнения фондов обязательного медицинского страхования

Законом о фондах обязательного медицинского страхования на 2016 г. № 157 от 01.07.2016 доходы и расходы фондов ОМС были утверждены в сумме **5 838 515,5 тыс. леев**. В последующем, на основании корректировок, внесенных Законом № 238 от 03.10.2016 г., сумма доходов и расходов фондов ОМС была изменена и утверждена в размере **5 779 298,2 тыс. леев**.

Исполнение фондов ОМС в 2016 году составило по доходам **5 764 158,3 тыс. леев** и по расходам – **5 673 446,2 тыс. леев** и завершилось с бюджетным остатком в сумме **90 712,1 тыс. леев**. Таким образом, по сравнению с началом года, остаток денежных средств на счетах фондов ОМС увеличился и по состоянию на 31 декабря 2016 г. составил **243 856,9 тыс. леев**.

В соответствии с положениями действующих законодательных актов, данный остаток был использован в течение бюджетного года для покрытия временного кассового разрыва.

Развернутый свод исполнения фондов обязательного медицинского страхования представлен в *приложении 1* к настоящему отчету.

## 3. Доходы фондов обязательного медицинского страхования по видам источников

Доходы фондов ОМС составляют взносы ОМС, выплачиваемые налогоплательщиками, трансферты из государственного бюджета, а также прочие доходы (санкции и штрафы за правонарушения, банковские проценты и пр.). Взнос ОМС – это фиксированная сумма или исчисленный в процентном отношении к заработной плате или другим выплатам тариф, который налогоплательщик обязан выплатить в фонды ОМС за принятие страхового риска (риска заболевания).

Размер взноса ОМС устанавливается ежегодно в Законе о фондах ОМС. Взнос ОМС, исчисленный в процентном отношении, изменялся на протяжении 2012-2016 гг., находясь в зависимости от развития национальной экономики, в то время как взнос ОМС в фиксированной сумме остался на уровне 2014 года.

В 2016 году доходы фондов ОМС поступили в сумме **5 764 158,3 тыс. леев**, что составляет 99,7% в сравнении с годовыми назначениями. Больше половины поступлений фондов ОМС – **3 251 446,0 тыс. леев** или 56,4% относятся к собственным доходам и прочим поступлениям, а **2 512 712,3 тыс. леев** или 43,6% составили трансферты из государственного бюджета.

**Диаграмма 1. Структура доходов фондов ОМС по видам доходов, 2016 год**



Подробная информация о доходах, собранных в фонды ОМС по видам накоплений представлена в Таблице 2.

**Таблица 2. Доходы фондов ОМС за 2016 год**

Форма № 2  
(тыс. леев)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Выполнено	Отклонения (+,-) выполнено от уточнено	Отношение (в %) выполнено к уточнено
<b>Доходы, всего</b>	<b>5 838 515,5</b>	<b>5 779 298,2</b>	<b>5 764 158,3</b>	<b>+ 15 139,9</b>	<b>99,7</b>
<i>В том числе:</i>					
Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, уплачиваемые работодателями и работниками	3 168 667,9	3 166 667,9	3 152 995,4	- 13 672,5	99,8
Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в фиксированной сумме, уплачиваемые физическими лицами с местом жительства или местом нахождения в Республике Молдова	93 288,0	93 288,0	87 183,7	- 6 104,3	93,5
Прочие доходы	6 630,0	6 630,0	11 266,9	+ 4 636,9	169,9
<i>В том числе:</i>					
<i>проценты</i>	x	x	4 880,5	x	x
<i>прочие доходы</i>	x	x	4 155,2	x	x
<i>штрафы и санкции</i>	x	x	2 231,2	x	x
Трансферты из государственного бюджета для медицинского страхования категорий лиц, страхование которых осуществляется Правительством	2 419 185,0	2 369 185,0	2 369 185,0	0,0	100,0
Трансферты из государственного бюджета для возмещения упущенных доходов в соответствии со статьей 3 Закона № 39-XVI от 2 марта 2006 года	738,5	738,5	738,5	0,0	100,0
Трансферты из государственного бюджета для реализации национальных программ по здравоохранению	62 033,7	52 816,4	52 816,4	0,0	100,0
Трансферты из государственного бюджета для реализации проекта «Модернизация сектора здравоохранения»	89 972,4	89 972,4	89 972,4	0,0	100,0
Внутренние гранты	-	-	-	-	-
Внешние гранты	-	-	-	-	-

Накопление доходов фондов ОМС ниже утвержденной годовой суммы обусловлено снижением в 2016 году фонда заработной платы, к которой исчисляются взносы ОМС и уменьшением числа лиц, которые страхуются самостоятельно. Так, взносы, исчисленные в процентном отношении к заработной плате или другим выплатам составили 3 152 995,4 тыс. леев или 99,6% от годовых назначений, а взносы в фиксированной сумме – 87 183,7 тыс. леев или 93,5% от назначений.

По сравнению с 2015 годом, сумма накоплений доходов в фонды ОМС увеличилась на 701 211,8 тыс. леев или на 13,8%.

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

Размер взноса ОМС, исчисленного в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, был утвержден Законом о фондах ОМС на 2016 год в соответствии с требованиями бюджетно-налоговой политики в размере **9,0%**.

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

Сумма данных страховых взносов, оплаченная работниками и работодателями, составила **3 152 995,4 тыс. леев**, что на 13 672,5 тыс. леев меньше или соответствует уровню в 99,6% по сравнению с годовыми назначениями. Доля данных страховых взносов занимает первую позицию и составляет 54,7% от общей суммы доходов фондов ОМС поступивших в 2016 году.

По сравнению с предыдущим годом, поступления страховых взносов ОМС, исчисленных в процентном отношении, увеличились на 388 737,1 тыс. леев или на 14,1%, вследствие увеличения фонда оплаты труда в целом по стране.

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

Согласно данным Государственной налоговой службы, в 2016 году страховые взносы ОМС, исчисленные в процентном отношении, были начислены в сумме 3 019 114,7 тыс. леев. Недоимка по данному виду платежей на 31.12.2016 г. составила 48 347,7 тыс. леев. Согласно ст. 17 абзаца (1) буквы b) Закона о размере, порядке и сроках уплаты взносов ОМС № 1593-XV от 26.12.2002 г., ответственность за учет и контроль правильности исчисления и своевременного перечисления на счет НМСК взносов обязательного медицинского страхования, исчисленных в процентном отношении, несет Государственная Налоговая Служба.

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

Согласно ст.17 абзац (4) Закона об обязательном медицинском страховании № 1585-XIII от 27.02.1998 г., размер страхового взноса в фиксированной сумме рассчитывается исходя из страхового взноса в процентном отношении к

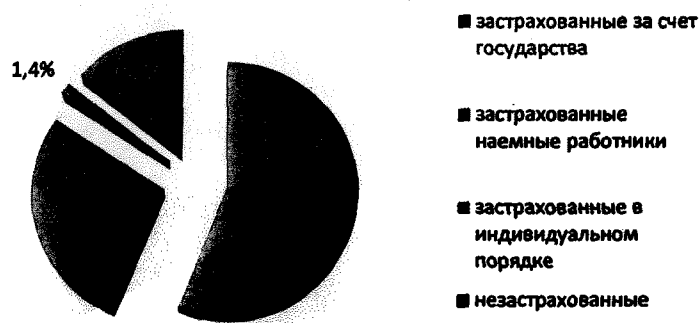
среднегодовой заработной плате, прогнозируемой на соответствующий год согласно макроэкономическим показателям.

Для анализируемого года, в соответствии с Законом о фондах обязательного медицинского страхования на 2016, в отступление от выше изложенных положений, взнос обязательного медицинского страхования, исчисленный в виде фиксированной суммы в абсолютной величине, был установлен в размере 4 056 леев, будучи сохраненным на уровне 2014 года.

В 2016 году, при оплате взносов ОМС в фиксированной сумме в установленные законодательством сроки, а именно до 31 марта 2016 г., как и в предыдущие годы, были применены скидки в размере 50% и 75%. Так, при условии соблюдения данного условия, плательщики которые страхуются в индивидуальном порядке воспользовались скидкой в размере 50%, а собственники сельскохозяйственных земель, независимо от того, сданы ли эти земли в аренду или в пользование на договорной основе, воспользовались скидкой в размере 75%.

На 31 декабря 2016 г., число застрахованных лиц в системе ОМС составило 2 575 586 человек, из которых 40 113 человек это лица застраховавшиеся в индивидуальном порядке, оплатив взнос ОМС в фиксированной сумме.

**Диаграмма 2.** Уровень застрахованности населения в системе ОМС, 2016 год



Практика применения льгот при оплате взноса ОМС в фиксированной сумме является средством поддержки и интеграции населения с низким уровнем дохода в систему ОМС, таким образом финансово защищая данные категории населения в случае возникновения риска заболевания.

В том что касается размера скидок которые были применены при реализации полюсов ОМС, превалировали категории бенефициаров воспользовавшихся скидкой в размере 50% - 24 744 человек. Собственники сельскохозяйственных земель воспользовались скидкой в размере 75% - 10 846 человек.

В 2016 году накопления от уплаты взноса ОМС в фиксированной сумме составили 87 183,7 тыс. леев, что на 6 104,3 тыс. леев или на 6,5% меньше утвержденной годовой суммы. Уменьшение поступлений произошло в связи со снижением числа лиц, обязанных застраховаться в индивидуальном порядке.

Доля доходов из накоплений взносов ОМС в фиксированной сумме в общей сумме доходов фондов ОМС составила 1,5%, уменьшившись по сравнению с 2015 годом на 0,3 процентных пункта.

Категории плательщиков взносов ОМС в фиксированной сумме указаны в Приложении № 2 к Закону № 1593-XV от 26.12.2002 г. о размере, порядке и сроках

уплаты взносов ОМС. К ним относятся собственники сельскохозяйственных земель, учредители индивидуальных предприятий, обладатели предпринимательских патентов, публичные нотариусы, судебные исполнители, адвокаты и другие.

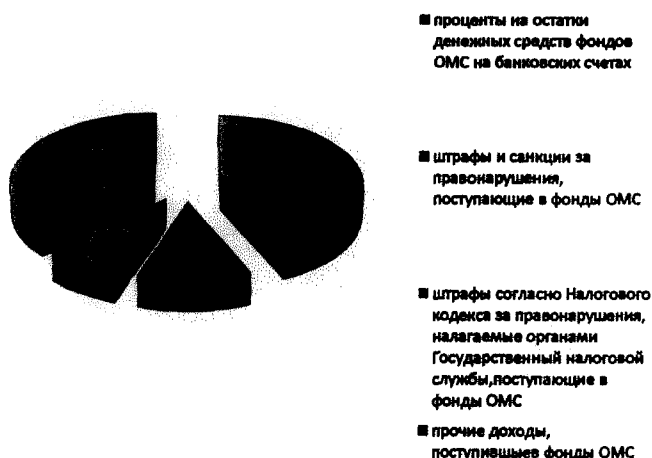
### 3.3. Прочие доходы

Всего по данному разделу поступления составили 11 266,9 тыс. леев, на 4 636,9 тыс. леев или на 69,9% больше годовых назначений.

По своей структуре данная категория доходов состоит из:

- процентов на остатки денежных средств фондов ОМС на банковских счетах – 4 880,5 тыс. леев;
- штрафов и санкций за правонарушения, поступающие в фонды ОМС – 1 337,6 тыс. леев;
- штрафов согласно Налоговому кодексу за правонарушения, налагаемые органами Государственной налоговой службы, поступающие в фонды ОМС – 893,6 тыс. леев, начисленные штрафы – 1 408,1 тыс. леев, а недоимка на 31.12.2016 г. – 1 482,4 тыс. леев (согласно данных Государственной налоговой службы);
- прочих доходов, поступивших в фонды ОМС – 4 155,2 тыс. леев.

**Диаграмма 3. Структура «Прочих доходов», накопленных в фондах ОМС по видам, 2016 год**



Значительный рост «Прочих доходов», в большей степени, произошел в связи со значительным увеличением, по сравнению с предыдущим годом, доходов от процентов на остатки денежных средств фондов ОМС на банковских счетах, обслуживаемых на контрактной основе Государственным казначейством, на 1 921,0 тыс. леев или на 64,5%, а также поступлений от штрафов и санкций за правонарушения, на 505,4 тыс. леев или на 60,7%.

По сравнению с 2015 годом по разделу «Прочие доходы» был зарегистрирован рост на 589,2 тыс. леев или на 5,5%.

### 3.4. Трансферты из государственного бюджета

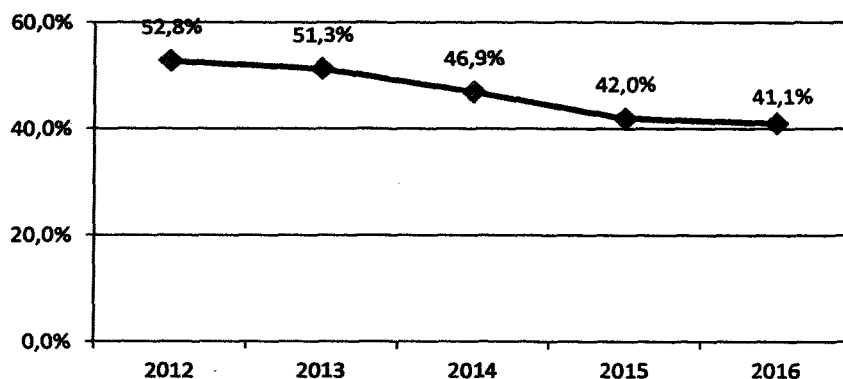
Правительство страхует неработающих лиц с местом жительства в Республике Молдова, находящихся на учете в уполномоченных учреждениях, за исключением лиц, обязанных, согласно закону, застраховаться в индивидуальном порядке (часть (4) ст.4 Закона об обязательном медицинском страховании № 1585-XIII от 27.02.1998 г.). Правительство выступает страхователем для 15 категорий лиц, включая детей до 18 лет, пенсионеров, лиц с тяжелой, выраженной или средней степенью ограничения возможностей, безработных, зарегистрированных в территориальном агентстве занятости населения, лиц, получающих социальную помощь и др.

В течение отчетного года из государственного бюджета было перечислено **2 369 185,0 тыс. леев** на медицинское страхование лиц, для которых Правительство выступает страхователем. Данные трансферты были выделены в полном объеме согласно годовых назначений. Одновременно, в сравнении 2015 годом был зарегистрирован их рост на 11,4% (243 287,7 тыс. леев).

По удельному весу, этот вид доходов составляет 41,1% из общей суммы поступлений фондов ОМС и занимает второе место после доходов от взносов ОМС, исчисленных в процентном отношении.

Одновременно, на протяжении последних лет наблюдается неуклонная тенденция к снижению удельного веса в доходах ОМС трансфертов на медицинское страхование лиц, для которых Правительство выступает страхователем. Так, если в 2012 году удельный вес данных трансфертов составлял 52,8%, в 2016 – он снизился на 11,7 процентных пункта. Графическая иллюстрация данной тенденции приведена в следующей диаграмме.

**Диаграмма 4. Удельный вес в доходах ОМС трансфертов на медицинское страхование лиц, для которых Правительство выступает страхователем, в динамике (2012 - 2016 годы)**



Трансферты из государственного бюджета для возмещения упущенных доходов в соответствии со ст. 3 Закона № 39-XVI от 2 марта 2006 года, предназначенные для возмещения Правительством взносов ОМС, уплаченных за собственников сельскохозяйственных земель, расположенных за трассой Рыбница-Тирасполь, составили **738,5 тыс. леев**, то есть на уровне годовых назначений. Одновременно, отмечается увеличение на 25,2% (148,5 тыс. леев) в сравнении с соответствующими трансфертами, перечисленными в 2015 году.

Трансферты из государственного бюджета для реализации национальных программ по здравоохранению, предназначенных для приобретения инъекционного антидиабетического препарата (инсулин) составили 52 816,4 тыс. леев, будучи перечисленными в полном объеме.

Трансферты из государственного бюджета для реализации проекта «Модернизация сектора здравоохранения» составили 89 972,4 тыс. леев, что соответствует утвержденной годовой сумме.

#### **4. Использование фондов обязательного медицинского страхования, основанных на утверждённых программах и подпрограммах**

Финансовые средства, независимо от источника выплаты, накапливаются на едином счете НМСК и позднее направляются в соответствии с законодательными нормами в следующие фонды (согласно Приложению № 1.2 к Закону о фондах обязательного медицинского страхования на 2016 г.):

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

Фонды ОМС структурированы по программам и подпрограммам согласно Приложения № 2 к Закону о фондах обязательного медицинского страхования на 2016 г.

Программа «Общественное здравоохранение и медицинские услуги» включает следующие подпрограммы:

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

По каждой подпрограмме были установлены показатели эффективности (по категориям: результат, продукт, эффективность), контроль достижения которых осуществлялся НМСК.

Общий объем расходов фондов ОМС по всем подпрограммам составил 5 673 446,2 тыс. леев, что на 105 852,0 тыс. леев ниже утвержденной годовой

суммы и соответствует уровню в 98,2% в сравнении с годовыми назначениями, что одновременно, на 520 975,5 тыс. леев или на 10,1% больше по сравнению с 2015 годом.

**Таблица 3. Использование средств фондов ОМС в 2016 году**

Форма № 3  
(тыс. леев)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Выполнено	Отклонения (+,-) выполнено от уточнено	Отношение (в %) выполнено к уточнено
<b>Расходы, всего</b>	<b>5 838 515,5</b>	<b>5 779 298,2</b>	<b>5 673 446,2</b>	<b>- 105 852,0</b>	<b>98,2</b>
<i>в том числе:</i>					
Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)	5 611 092,4	5 611 092,4	5 570 241,8	- 40 850,6	99,3
Резервный фонд ОМС	41 720,1	41 720,1	15 139,7	- 26 580,4	36,3
Фонд профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания)	56 865,1	17 647,8	2 510,1	- 15 137,7	14,2
Фонд развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг	50 000,0	30 000,0	12 800,3	- 17 199,7	42,7
Фонд управления системой ОМС	78 837,9	78 837,9	72 754,3	- 6 083,6	92,3

#### **4.1. Расходы фонда оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)**

В соответствии с пкт.9 Постановления Правительства № 594 от 14.05.2002 в фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд) распределяется не менее 94% из доходов фондов ОМС. Финансовые средства, накопленные в основном фонде, используются для покрытия необходимых расходов по выполнению Единой программы ОМС, на всех уровнях медицинского обслуживания: неотложной догоспитальной, первичной, специализированной амбулаторной, стационарной, высокоспециализированным услугам и медицинскому коммунальному уходу и уходу на дому.

Лица, включенные в систему ОМС пользуются всем спектром медицинских услуг, включенных в Единую программу ОМС. Одновременно, неотложная догоспитальная и первичная помощь оказывается и незастрахованным лицам, а в случае социально обусловленных заболеваний, таких как туберкулез, онкологические, психиатрические заболевания, спид, инфекционные заболевания, незастрахованным лицам оказывается также и специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь.

Для улучшения доступа населения к качественным медицинским услугам, в 2016 году в Единую программу были включены новые медицинские услуги. Так, из фондов ОМС покрываются расходы по экзопротезам и грудным имплантам, необходимым для реабилитации пациентов с онкозаболеваниями, индивидуальные протезы и расходные материалы необходимые для хирургической и протезной реабилитации пациентов с онкозаболеваниями в области головы, шеи и опорно-двигательного аппарата.

Среди новых услуг, также находятся пренатальные скрининг-тесты для беременных женщин из группы риска, с целью обнаружения врожденных дефектов и услуги по раннему вмешательству, оказываемого детям от рождения до трех лет с особыми потребностями/нарушениями развития и повышенным риском и их семьям. Также, дети до 14 лет и люди с особыми потребностями могут, по необходимости, пользоваться анестезией в процессе некоторых высокоспециализированных услуг.

С целью увеличения доступа к услугам на уровне сообщества и развития альтернативных стационарным услуг, лечение (внутримышечные, внутривенные процедуры) осуществляются в лечебном кабинете/дневном стационаре, в процедурных кабинетах и на дому, по назначению семейного и/или профильного врача. Одноразовые расходные материалы и необходимые лекарства обеспечиваются медицинским учреждением.

Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд) - это фонд обладающий подавляющей долей в общих расходах фондов ОМС, и в отчетном году на его долю пришлось 98,2% расходов.

В 2016 году из основного фонда ОМС на оплату текущих медицинских услуг было направлено 5 570 241,8 тыс. леев, что соответствует 99,3% от утвержденной годовой суммы или на 40 850,6 тыс. леев меньше.

Детальное описание расходов основного фонда по подпрограммам представлено в Таблице 4.

**Таблица 4.** Структура расходов фонда оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд) в 2016 году

Форма № 4  
(тыс. леев)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Выполнено	Отклонения (+,-) выполнено от уточнено	Отношение (в %) выполнено к уточнено
Неотложная догоспитальная медицинская помощь	456 633,8	456 633,8	456 613,8	- 20,0	100,0
Первичная медицинская помощь	1 808 929,2	1 734 929,2	1 729 199,1	-5 730,1	99,7
<i>В том числе: компенсированные медикаменты</i>	<i>502 500,0</i>	<i>428 500,0</i>	<i>424 952,5</i>	<i>-3 547,5</i>	<i>99,2</i>
Специализированная амбулаторная медицинская помощь	390 893,9	390 893,9	389 217,2	-1 676,7	99,6
Стационарная медицинская помощь	2 769 454,2	2 855 454,2	2 827 659,5	-27 794,7	99,0
Высокоспециализированные медицинские услуги	176 349,3	164 349,3	158 855,0	-5 494,3	96,7
Медицинский коммунитарный уход и уход на дому	8 832,0	8 832,0	8 697,2	-134,8	98,5
Иные виды медицинской помощи	-	-	-	-	-
<b>ИТОГО</b>	<b>5 611 092,4</b>	<b>5 611 092,4</b>	<b>5 570 241,8</b>	<b>-40 850,6</b>	<b>99,3</b>

Исполнение основного фонда ниже запланированного уровня объясняется, с одной стороны, невыполнением медико-санитарными учреждениями (МСУ) объема медицинских услуг, предусмотренного соответствующим контрактом, заключенным с НМСК, и с другой - неприятием к оплате медицинских услуг по результатам проверок. В этом случае, стоимость не принятых к оплате услуг была удержана из сумм, предназначенных для перечисления данным поставщикам, или была возвращена ими в фонды ОМС.

По сравнению с 2015 годом, расходы основного фонда увеличились на 670 633,8 тыс. леев или на 13,7%.

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

**Диаграмма 5. Структура расходов по подпрограммам, финансируемым из основного фонда, 2016 год**



Более половины финансовых средств, предназначенных для оплаты текущих медицинских услуг - 50,8%, были выделены на реализацию подпрограммы «Стационарная медицинская помощь», а 31,0% - для подпрограммы «Первичная медицинская помощь», в том числе компенсированные медикаменты.

Остальные 18,2% из основного фонда были использованы на покрытие расходов по оказанию услуг неотложной догоспитальной медицинской помощи, специализированной амбулаторной помощи, высокоспециализированных медицинских услуга и коммунальному уходу и уходу на дому.

Из общих расходов основного фонда, произведенных в 2016 году, самый значительный рост по сравнению с предыдущим годом, был зафиксирован по стационарной медицинской помощи – в 17,8%, за которой следует первичная медицинская помощь – с ростом в 13,4%.

Для оказания услуг *стационарной медицинской помощи* в 2016 году были заключены контракты с 75 МСУ, в том числе: 15 республиканских, 10 муниципальных, 35 районных, 7 ведомственных и 8 частных.

В отчетном году практически удвоилось количество хирургических вмешательств по лечению катаракты и минимально инвазивные операции для взрослых в случаях инфаркта миокарда, оплаченные из фондов ОМС.

Так, МСУ законтрактованными НМСК, было сделано 2 289 минимально инвазивных операций взрослым с инфарктом миокарда (2015 г. – 1 138 операций). На эти вмешательства было выделено 82 676,0 тыс. леев, на 37 747,4 тыс. леев больше по сравнению с 2015 г. Одновременно, 28 873,6 тыс. леев, что в пять раз больше чем в 2015 г., было направлено на покрытие стоимости 3 177 операций по лечению катаракты (2015 г. – 1 794 операций).

Увеличение ассигнований для подобных операций позволило осуществление большего количества дорогостоящих хирургических вмешательств в рамках специальных программ.

В 2016 году возросло количество операций и в рамках таких специальных программ как сосудистое протезирование, эндоваскулярная хирургия, кардиохирургия, нейрохирургия переломов позвоночника, протезирование бедра и

колена. Общая сумма, оплаченная для данных вмешательств из фондов ОМС составляет 59 681,3 тыс. леев.

По сравнению с 2015 годом возросли затраты на приобретение дорогостоящих расходных материалов, используемых для вышеупомянутых операций, которые достигли значения в 53 842,0 тыс. леев, оплаченные из фондов ОМС, отдельно. Данные расходы превысили аналогичные расходы, произведенные в предыдущем году, на 48,0% (25 863,0 тыс. леев).

Помимо этого, на протяжении 2016 года было профинансировано 9 операций по пересадке печени (2015 г. – 4) и 22 хирургических вмешательства по пересадке почек (2015 г. – 13) на общую сумму 8 050,0 тыс. леев (2015 г. – 3 900,0 тыс. леев), а также 47 операций по пересадке роговицы, стоимостью 1 331,7 тыс. леев, осуществленные специализированными МСУ в рамках стационарной медицинской помощи.

Также, из фондов ОМС были покрыты затраты по предоставлению услуг по диализу, для которых было выделено 96 705,5 тыс. леев, на 26 994,4 тыс. леев больше чем в 2015 году.

Для оказания *первичной медицинской помощи* были заключены контракты с 280 МСУ, в том числе: 2 республиканских, 20 муниципальных, 239 районных, 5 ведомственных и 14 частных.

В процессе мониторинга деятельности поставщиков услуг по *первичной медицинской помощи* было установлено, что в течение отчетного года, было осуществлено 9 745,2 тыс. посещений семейного врача застрахованными лицами и 525,6 тыс. посещений не застрахованными лицами. Так, общее количество посещений, осуществленных в 2016 году, в суммарном выражении составляет 10 270,8 тыс., что 144,1 тыс. превышает количество посещений, зарегистрированных в предыдущем году.

Также, в 2016 году, в рамках *первичной медицинской помощи* были заключены контракты по оказанию услуг с 38 центрами здоровья дружественных молодежи и 39 общественными центрами по психическому здоровью, которые являются подразделениями Центров семейных врачей. Назначение данных центров это содействие снижению заболеваемости спидом, снижению уровня нежелательной беременности и аборт, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем, психоэмоциональных расстройств среди молодежи.

В результате проведенного НМСК мониторинга было установлено, что на протяжении 2016 года в центры здоровья дружественных молодежи было осуществлено 95,6 тыс. посещений и в общественные центры по психическому здоровью – 239,5 тыс. посещений. В 2016 году количество осуществленных посещений возросло по сравнению с количеством, зарегистрированным в предыдущем году, на 3,4 тыс. и 110,3 тыс., соответственно.

Из общего объема финансовых средств, направленных на реализацию подпрограммы «Первичная медицинская помощь», 24,6% предназначены для покрытия стоимости частично/полностью компенсируемых медикаментов. Так, расходы на **частично/полностью компенсируемые медикаменты** составили 424 952,5 тыс. леев, увеличившись на 51,9% (145 232,1 тыс. леев) по сравнению с предыдущим годом.

Значительное увеличение объема средств, выделенных в 2016 году из фондов ОМС для компенсируемых медикаментов было обусловлено следующими факторами:

- изменением и дополнением Списка компенсируемых медикаментов до 134 Общих Международных Непатентованных Наименований;
- увеличением доли компенсации по некоторым медикаментам из списка;

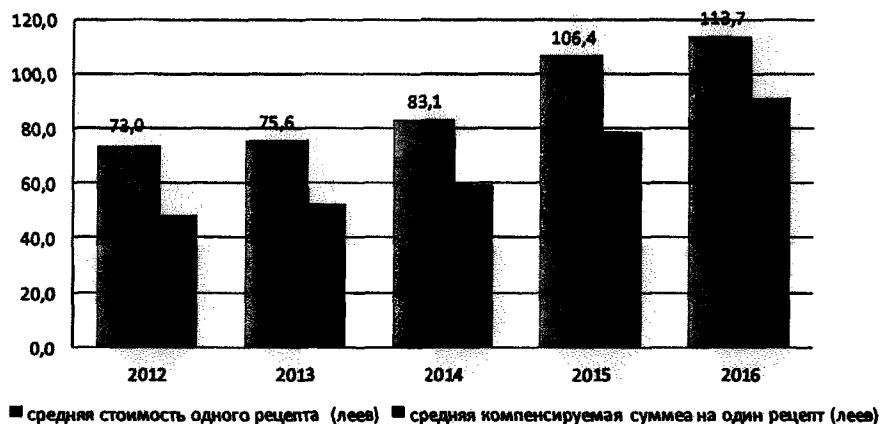
- значительным ростом числа бенефициаров компенсируемых медикаментов в составе некоторых категорий компенсации;
- существующая тенденция постоянного повышения цен на медикаменты, стоимость которых компенсируется в полном объеме (100%).

В 2016 году выдача компенсируемых медикаментов осуществлялась 260 поставщиками фармацевтических услуг, законтрактованными НМСК.

Законтрактованными НМСК аптеками были отпущены медикаменты на основании 4 593 565 рецептов, что на 914 951 рецепта больше чем в 2015 году.

Одновременно, был отмечен рост средней розничной цены компенсируемых медикаментов в расчете на один рецепт и средней компенсируемой суммы в расчете на один рецепт, по сравнению с данными, зарегистрированными в 2015 году. Так, средняя розничная цена компенсируемых медикаментов на один рецепт выросла до 113,7 леев, по сравнению со 106,4 леев в предыдущем году, а средняя компенсируемая сумма на один рецепт составила 90,8 леев, в то время как в прошлом году была равна 78,9 леев.

**Диаграмма 6.** Изменение средней стоимости и средней компенсируемой суммы в расчете на один рецепт (2012 - 2016 годы)



В 2016 году более 708 тыс. человек, на 118 тыс. больше чем в 2015 году, воспользовались компенсированными медикаментами, оплаченными из фондов ОМС. Из общего числа бенефициаров, более 223 тыс. - это дети в возрасте до 18 лет.

В структуре расходов на компенсируемые медикаменты основная доля приходится на препараты, назначаемые для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (35,5%) и для лечения сахарного диабета (27,9%).

На протяжении отчетного года 18 733 человека было обеспечено антидиабетическими препаратами в виде инъекций (человеческий инсулин) на общую сумму 56 146,5 тыс. леев. Вместе с тем, трансферты из государственного бюджета для реализации национальных программ по здравоохранению, предназначением которых является компенсация стоимости антидиабетических препаратов в виде инъекций (человеческий инсулин), составили 52 816,4 тыс. леев, что на 3 330,1 тыс. леев меньше по сравнению с фактически компенсированной суммой. Покрытие данной разницы было осуществлено за счет фондов ОМС.

Следует отметить, что в 2016 году доля медикаментов, стоимость которых компенсируется в полном объеме (100%) из фондов ОМС составила около 53,7% из общего объема расходов на компенсируемые медикаменты. Согласно оценкам, данные расходы в суммарном выражении составляют 223 854,0 тыс. леев и увеличились на 32 391,6 тыс. леев или на 16,9% по сравнению с данными прошлого года.

*Неотложная догоспитальная медицинская помощь*, которая с 8,2% занимает третью позицию по удельному весу в расходах основного фонда, выросла на 6,6% по сравнению с 2015 годом.

Исходя из политик Министерства здравоохранения в данной области, единственным поставщиком неотложной догоспитальной медицинской помощи является Национальный центр догоспитальной скорой медицинской помощи, который обладает достаточным потенциалом для предоставления соответствующих услуг для всего населения республики.

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

На протяжении 2016 года службой неотложной догоспитальной медицинской помощи было обслужено около 953,8 тыс. вызовов.

*Специализированная амбулаторная медицинская помощь*, на долю которой приходится 7,0% расходов основного фонда, выросла по сравнению с 2015 годом на 8,0%.

Для оказания специализированной амбулаторной медицинской помощи в 2016 году были заключены контракты со 117 МСУ, в том числе: 17 республиканских, 21 муниципальных, 63 районных, 5 ведомственных и 11 частных.

На протяжении отчетного года застрахованным лицам были оказаны услуги в течение 6 565,6 тыс. консультационных посещений, в том числе около 699,3 тыс. посещений – в рамках стоматологической медицинской помощи.

В рамках специализированной амбулаторной медицинской помощи, в 2016 году, больным туберкулезом было выделено 11 723,5 тыс. леев на покрытие расходов по питанию и транспорту от/к дому. Данная сумма на 1 893,4 тыс. леев больше в сравнении с суммой, выделенной на эти же цели в 2015 году.

*Высокоспециализированные медицинские услуги* составили 2,8% в расходах основного фонда, сократившись по сравнению с 2015 годом на 10,2%.

Для оказания высокоспециализированных медицинских услуг в 2016 году были заключены контракты с 43 МСУ, в том числе: 8 республиканских, 5 муниципальных, 1 ведомственное и 29 частных.

Количество высокоспециализированных исследований составило 515,9 тыс.

*Услуги по медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому*, доля которых незначительна и составляет всего 0,2% от расходов основного фонда, увеличились по сравнению с 2015 годом на 10,1%.

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

В 2016 году в рамках услуг по медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому было осуществлено 84,6 тыс. посещений, что на 0,7 тыс. превышает количество посещений, осуществленных в предыдущем году.

Профилактические мероприятия, осуществленные в рамках первичной и специализированной амбулаторной медицинской помощи, оплаченные из основного фонда в 2016 году составили 134,4 млн. леев, с ростом в 11,1 млн. леев по сравнению с 2015 годом, когда соответствовали 123,3 млн. леев.

**Таблица 5. Профилактические мероприятия, оплаченные из основного фонда, в рамках обязательного медицинского страхования, 2016 год**

(тыс. леев)	
Мероприятия	Сумма
Профилактика, раннее выявление и наблюдение сердечно-сосудистых заболеваний	30 345,2
Профилактика, раннее выявление и наблюдение сахарного диабета	35 998,8
Профилактика, раннее выявление и наблюдение онкологических заболеваний	37 560,6
Наблюдение беременных женщин	2 961,3
Наблюдение детей первого года жизни	12 922,3
<b>Всего показатели в первичной медицинской помощи</b>	<b>119 788,2</b>
Центры здоровья, дружественные молодежи	13 993,6
Колоноскопический центр	646,5
<b>ВСЕГО</b>	<b>134 428,3</b>

Следует отметить, что мероприятия по предупреждению и раннему выявлению заболеваний на уровне первичной медицинской помощи, финансируются посредством оплаты показателей качества по раннему выявлению и предупреждению сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета, обучению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом, наблюдением за беременными и детьми. Таким образом, было профинансировано 3 079 625 услуг по профилактике.

Профилактические мероприятия финансируются из основного фонда обязательного медицинского страхования на основании критериев предусмотренных Единой Программой обязательного медицинского страхования, утвержденной Постановлением Правительства №1387 от 10.12.2007 г. Такими, являются услуги, предоставляемые семейным врачом совместно со своей командой, а так же, профильными специалистами, которые осуществляют профилактические мероприятия, включающие пропаганду здорового образа жизни, наблюдение за физическим и психосоциальным развитием ребенка, вакцинацию, наблюдение и уход за беременными и женщинами в послеродовом периоде, планирование семьи, профилактические годовые и периодические медицинские осмотры лиц в возрасте старше 18 лет, предоставление услуг дружественных молодежи, консультации пре- и пост-тест в рамках добровольного и конфиденциального выявления у добровольцев, включая беременных, заражения ВИЧ и вирусными гепатитами В и С, предоставление услуг по раннему выявлению заболеваний в рамках скрининговых программ.

Все медицинские услуги, оплаченные НМСК из основного фонда, предусмотрены Единой программой ОМС, утвержденной Постановлением Правительства № 1387 от 10.12.2007 г., с последующими изменениями. Оплата производилась за фактически оказанные услуги в пределах объема медицинских услуг, на который был заключен договор.

На конец 2016 года кредиторская задолженность НМСК по оплате законтрактованных услуг составила 315,8 тыс. леев, данная задолженность значительно сократилось, на 89,2%, по сравнению с суммой долга, зарегистрированного на начало года.

С целью обеспечения соблюдения медико-санитарными и фармацевтическими учреждениями включенных в систему ОМС, условий контрактов, заключенных с НМСК, их деятельность была проверена в установленном порядке соответствующим подразделением НМСК. Таким образом, деятельность по оценке и контролю проведенная НМСК была направлена на выполнение законных полномочий по:

- соответствию объема, сроков, качества и стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, согласно положениям договора о предоставлении медицинской помощи (медицинских услуг);
- эффективности и целевому использованию финансовых средств, полученных из фондов ОМС;
- обеспечению доступа застрахованных лиц к медицинским услугам, предусмотренным в Единой программе ОМС;
- рассмотрению жалоб и заявлений, поступивших от застрахованных лиц, их решение, в рамках компетенции, указанных проблем.

В целях контроля объема и качества оказываемых медицинских услуг, а также использования денежных средств, поступивших из фондов ОМС в 2016 году, у поставщиков медицинских и фармацевтических услуг было осуществлено 411 проверок, в том числе комплексные и тематические проверки в соответствии с Планом оценки и контроля НМСК, проверки по соответствию случаев, включенных в систему DRG, и рассмотрение петиций, незапланированные проверки по запросу других органов.

В процессе комплексных проверок оценивался период 2015 года, за исключением услуг первичной медицинской помощи, где были оценены и показатели эффективности за 2016 год. Плановый контроль были проведен в 225 МСУ, что составляет 52,1% из общего числа учреждений с которыми были заключены договора.

В результате проведенных проверок были установлены нарушения по ненадлежащему отражению в отчетности количества выполненных услуг, а так же услуг не соответствующих установленному качественному качеству на общую сумму 8 958,4 тыс. леев. Данные услуги не были приняты к оплате. По сравнению с 2015 годом сумма услуг, не принятых к оплате, сократилась на 152,0 тыс. леев или на 1,7%.

Доля услуг, не принятых к оплате, относительно контрактной суммы составила 0,4%.

**Таблица 6. Суммы медицинских услуг, не принятых к оплате, в динамике (2015-2016 годы)**

(тыс. леев)

Типы оцененных медицинских услуг	Сумма услуг не принятых к оплате в 2015	Сумма услуг не принятых к оплате в 2016
Первичная медицинская помощь	906,5	1 157,0
Специализированная амбулаторная медицинская помощь	54,8	22,8
Стационарная медицинская помощь	6 878,4	6 928,3

Медицинский коммунитарный уход и уход на дому	43,2	40,6
Высокоспециализированные медицинские услуги	1 227,5	809,7
<b>ИТОГО</b>	<b>9 110,4</b>	<b>8 958,4</b>

Причины, по которым услуги в рамках первичной медицинской помощи могут быть не приняты к оплате это: неаргументированная выдача рецептов на компенсируемые медикаменты; необоснованные направления на высокоспециализированные исследования; предоставление ошибочных данных в отчетах о показателях эффективности; ограничение доступа застрахованных лиц к лабораторным услугам и компенсируемым медикаментам, а в рамках стационарной медицинской помощи: недолеченные случаи, необоснованная госпитализация, частичная или в полном объеме оплата медицинских услуг застрахованными лицами.

На протяжении 2016 года, по запросу поставщиков стационарных медицинских услуг было проведено 119 тематических проверок данных предоставленных в Информационную систему DRG, с оценкой на уровне пациента. В результате, из 2 438 случаев по которым была запрошена переоценка, 1 359 случая были приняты к оплате, что составляет 55,7%.

Одновременно, в ходе проведенных проверок по законному и эффективному использованию МСУ денежных средств, поступивших из фондов ОМС, были выявлены нарушения, касающиеся использования финансовых средств в целях, не связанных с выполнением Единой программы и двухстороннего контракта, заключенного с НМСК, а также их исполнения с нарушениями действующих законодательных и нормативных актов на общую сумму 8 216,0 тыс. леев, на которые была начислена пеня в размере 2 348,0 тыс. леев.

Также, было выявлено отвлечение финансовых средств фондов ОМС вследствие необоснованно выписанных компенсируемых медикаментов и необоснованной выдачи направлений для плановой госпитализации и на проведения высокоспециализированных медицинских услуг в сумме 290,9 тыс. леев.

Согласно Распоряжениям, принятым по результатам проверок, контрольными группами НМСК, МСУ были обязаны вернуть отвлеченные финансовые средства из фондов ОМС за счет прочих доходов.

➤ **Достижение показателей эффективности по подпрограммам основного фонда**

Подпрограмма «Неотложная догоспитальная медицинская помощь». Цель - «Здоровье населения, улучшенное путем обеспечения доступа к качественной догоспитальной неотложной медицинской помощи». Данная цель была реализована, несмотря на то, что количество срочных вызовов в 2016 году уменьшилось с 1 020 000 (утвержденный уровень) до 953 753. НМСК обеспечила в 2016 году перечисление средств, предусмотренных законодательством по данной подпрограмме, в полном объеме, что привело к увеличению оценочной стоимости одной оказанной услуги, являющейся компонентом, на базе которого было обеспечено улучшение качества медицинского обслуживания. Исходя из того, что на данный момент, в результате реорганизации системы здравоохранения, действует всего один поставщик неотложной медицинской помощи, сравнительные показатели деятельности потеряли актуальность. Также, для обеспечения более широкого доступа населения к услугам неотложной медицинской помощи, НМСК оплачивает услуги неотложной медицинской помощи, оказанные населению, вне зависимости от статуса лица (застрахованный или незастрахованный).

Подпрограмма «Первичная медицинская помощь». Цель - «Здоровье населения, улучшенное путем обеспечения доступа к качественной первичной медицинской помощи».

помощи». Как следствие применения в первой половине 2016 года положений временного бюджета, изменения по расширению списка компенсируемых медикаментов, увеличение возраста детей бенефициаров до 18 лет, дополнение новыми формами и дозами стали возможными только во второй половине года, со вступлением в силу с 01.10.2016. По этой причине полное освоение суммы, предназначенной на компенсируемые медикаменты, не было возможным, так, в этом смысле, расходы на душу населения, зарегистрированного у семейного врача в 2016 году, уменьшились по сравнению с утвержденной суммой с 152,3 леев до 128,8 леев. В результате, исходя из того, что компенсируемые медикаменты относятся к первичной медицинской помощи, было отмечено снижение затрат по первичной медицинской помощи на душу населения, зарегистрированного у семейного врача с 548,5 леев до 524,1 леев. Одновременно, отмечаем, что доля законтрактованных сумм на основе показателей эффективности - 15% была обеспечена в утвержденной сумме. Также возросло среднее число посещений семейного врача, а по доле посещений с профилактической целью был зарегистрирован рост на 0,1 процентный пункт по сравнению с утвержденным уровнем (1,0). Исходя из вышеизложенного, заключаем, что цель по улучшению обеспечения доступа к услугам по первичной медицинской помощи в 2016 году была достигнута.

Подпрограмма «Специализированная амбулаторная медицинская помощь». Цель - «Здоровье населения, улучшенное путем обеспечения доступа к качественной специализированной амбулаторной медицинской помощи». Данная цель была реализована частично, имея в виду, что в общем показатели были выполнены, за исключением количества посещений застрахованными лицами профильного специалиста (в том числе в стоматологии), по которому было отмечено снижение на 659,4 тыс. посещений по сравнению с утвержденным уровнем - 7 225,0 тыс. посещений. Причины и факторы которые привели к данному отклонению, в большей степени находится не в компетенции НМСК, одним из них является уменьшение количества специалистов с 5 879 в 2015 году до 5 806 в 2016 году.

Подпрограмма «Стационарная медицинская помощь». Цель - «Здоровье населения, улучшенное путем обеспечения доступа к качественной стационарной медицинской помощи». Данная цель была реализована. Вместе с тем, было достигнуто сокращение среднего срока ожидания для лечения катаракты на 0,3 месяца, по сравнению с утвержденным уровнем в 10 месяцев, сокращение среднего срока госпитализации для лечения острых случаев с 7,9 дней до почти 7,3 дней, а также количества пролеченных острых случаев на 27,6 тыс. случаев, что следует считать положительной тенденцией по улучшению эффективности оказания больничных услуг.

Подпрограмма «Высокоспециализированные медицинские услуги». Цель - «Улучшение качества медицинской помощи путем использования высокоспециализированных технологий». Данная цель была реализована частично, имея в виду что некоторые показатели такие как высокоспециализированные медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам, уменьшились на 114,1 тыс. услуг по сравнению с утвержденным уровнем в 630,0 тыс. услуг, что привело в свою очередь к снижению доли затрат на высокоспециализированные медицинские услуги в общих расходах основного фонда с 3,2% до 2,9%. Причиной и основным фактором, который обусловил соответствующие отклонения является следствие применения в первой половине 2016 года положений временного бюджета, а также технические неисправности аппаратуры, которые произошли в некоторых важных публичных учреждениях (неисправность RNM в Республиканском Диагностическом Центре в результате землетрясения).

Подпрограмма «Медицинский коммунитарный уход и уход на дому». Цель - «Улучшение качества жизни пациентов путем обеспечения доступа к качественному медицинскому коммунитарному уходу и уходу на дому». Данная цель была реализована, а по одному из основных показателей, таких как количество посещений в рамках услуг по коммунитарному уходу и уходу на дому

был отмечен уровень в 84,6 тыс. посещений или на 14,6 тыс. посещений больше утвержденного уровня в 70,0 тыс. посещений. Данная тенденция является положительной, тем более, что исходя из международной практики развитие услуг по медицинскому коммунистическому уходу и уходу на дому содействуют снижению затрат на стационарную медицинскую помощь, которые являются гораздо дороже.

#### 4.2. Расходы фонда профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания)

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

- выполнением мероприятий по снижению рисков заболевания, включая иммунизацию и другие методы первичной и вторичной профилактики;
- осуществлением профилактических обследований (скринингов) в целях раннего выявления заболеваний;
- финансированием мероприятий и деятельности по внедрению здорового образа жизни;
- закупкой на основании постановления Правительства медицинского инструментария, оборудования, лекарств и расходных материалов для реализации мероприятий по лечению и снижению риска социально опасных заболеваний;
- другими видами деятельности по профилактике и предупреждению рисков заболевания.

В 2016 году, из фонда профилактических мероприятий были произведено расходов на сумму 2 510,1 тыс. леев, на 15 137,7 тыс. леев меньше утвержденной годовой суммы или на уровне 14,2%. По сравнению с 2015 годом, расходы из данного фонда уменьшились на 10 407,7 тыс. леев.

**Таблица 7. Структура расходов фонда профилактических мероприятий в 2016 году**

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Выполнено	Форма № 7 (тыс. леев)	
				Отклонения (+,-) выполнено от уточнено	Отношение (в %) выполнено к уточнено
<b>Расходы, всего</b>	<b>56 865,1</b>	<b>17 647,8</b>	<b>2 510,1</b>	<b>- 15 137,7</b>	<b>14,2</b>
<i>В том числе:</i>					
Расходы на пропаганду здорового образа жизни	-	-	854,1	-	-
Расходы на осуществление мер по снижению рисков заболевания и проведение скрининга по некоторым социально значимым заболеваниям	-	-	1 656,0	-	-
Прочие расходы из фонда профилактических мероприятий	-	-	-	-	-

На протяжении 2016 года из средств фонда профилактических мероприятий были осуществлены следующие мероприятия:

1. Действия направленные на снижение рисков заболевания, которые подразумевали закупку 11,5 тыс. доз вакцины против бешенства, используемой

для профилактики бешенства и для применения на протяжении определенного времени, после воздействия вируса бешенства. На эти цели было выделено 1 656,0 тыс. леев.

2. *Финансирование мероприятий и деятельности по внедрению здорового образа жизни.* На проведение данных мероприятий было выделено 854,1 тыс. леев, в том числе:

- ❖ празднование «Международного дня здоровья» - 0,6 тыс. леев;

Данные средства были использованы для организации тематического флэш-моба «Победи диабет» в публичном парке «Ștefan cel Mare» и распространения информационных материалов о важности мер по профилактике и эффективному лечению сахарного диабета, разработанных НМСК. Целью данного мероприятия, организованного в партнерстве со Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), Министерством здравоохранения и Национальным центром общественного здоровья (НЦОЗ), было повышение осведомленности и информированности населения о диабете и его последствиях. В 2016 году ВОЗ отметил сахарный диабет как одну из наиболее серьезных проблем публичного здоровья.

- ❖ оплата услуг по разработке и дизайну информационных материалов, предназначенных для кампании по информированию общественности - «Скажи ДА своему здоровью», в сумме 3,2 тыс. леев;

Национальная кампания по информированию населения о преимуществах ведения здорового образа жизни находится в процессе реализации. Необходимость ее проведения исходит из тревожной статистики о росте числа лиц, страдающих неинфекционными заболеваниями, вызванными распространённостью факторов риска в обществе, таких как курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, низкое потребление фруктов и овощей, избыточный вес и пр., а также уменьшением количества обращений людей с гипертонией, с повышенным холестерином, с высоким уровнем глюкозы в крови, с повышенным риском сердечных заболеваний за консультацией и лечением.

- ❖ оплата услуг по печати информационных материалов для проведения семинара в рамках кампании по пропаганде здорового образа жизни в сумме 850,3 тыс. леев;

Из указанных средств были разработаны и напечатаны 600,0 тыс. буклетов «Гид здоровой семьи» и 3,0 тыс. плакатов с призывами кампании, которые будут распространены в публичных МСУ, оказывающих услуги по первичной помощи, по специализированной амбулаторной помощи, в больницах и в других публичных учреждениях. Разработанные материалы, содержание которых было согласовано со специалистами НЦОЗ, имеют своей целью информирование общественности о факторах риска, которые оказывают отрицательное влияние на здоровье.

Низкий уровень освоения денежных средств фонда профилактических мероприятий включает в себя как объективные, так и субъективные факторы.

Одной из основных причин исполнения фонда профилактических мероприятий на уровне ниже назначений является несформированность Координационного совета, состоящего из представителей Министерства здравоохранения и НМСК, ответственного за разработку и утверждение годовых планов по финансированию приоритетных направлений из фонда профилактических мероприятий, согласно пкт. 6.2.1 Приложения 1 Постановления Правительства № 1032 от 20 декабря 2013 г. об утверждении Национальной стратегии в области общественного здоровья на 2014-2020 годы.

Другим фактором является запоздалое начало процедур закупок, а также аннулирование некоторых аукционов по приобретению товаров/услуг, которые должны были быть профинансированы из фонда профилактических мероприятий

(например: закупка вакцины для профилактики вирусного гепатита А у детей), а в некоторых случаях и невыполнение Поставщиком положений контракта, в связи с форс-мажором (например: случай с оплатой иммуноглобулина против бешенства).

Еще одной причиной является непринятие Положения о других мероприятиях по профилактике и предупреждению рисков заболевания, принятыми к финансированию на основании проектов из фонда профилактических мероприятий, согласно абзаца 6 из пкт.15 Положения о порядке создания фондов ОМС, утвержденного Постановлением Правительства № 594 от 14.05.2002.

При утверждении данного Положения станет возможным внедрение широкого диапазона проектов, приняв за основу решение Специализированной комиссии по отбору и оценке проектов, финансируемых из фонда профилактических мероприятий, учрежденной Приказом генерального директором НМСК, а также на основании положений действующих законов и нормативных актов, без необходимости проведения процедуры закупок. В этом контексте, НМСК, по запросу Министерства юстиции пересмотрела Положение, утвержденное Министерством здравоохранения и повторно направила его для утверждения Министерству здравоохранения.

#### ➤ **Достижение показателей эффективности**

В 2016 году количество человек из групп риска, которые воспользовались вакцинацией, оплаченной из фондов ОМС уменьшилось до 13,0 тыс. человек по сравнению с утвержденным уровнем в 166,1 тыс. человек. Одновременно потребность в вакцинах была покрыта 200,0 тыс. доз вакцин против гриппа, предоставленных Министерству здравоохранения на безвозмездной основе „Centrul pentru Vaccinuri Echitate” из США. Количество обученных медицинских и немедицинских кадров в области поддержания и популяризации здорового образа жизни уменьшилось на 1,8 тыс. человек по сравнению с утвержденным уровнем в 3,6 тыс. человек. Причинами и факторами которые обусловили отклонения в сравнении с утвержденными показателями являются корректировка бюджета фонда профилактических мероприятий в течение 2016 года с 56,9 млн. леев до 17,6 млн. леев, в том числе как следствие уменьшения трансфертов на медицинское страхование лиц, для которых Правительство выступает страхователем.

### **4.3. Расходы резервного фонда ОМС**

Финансовые средства, накопленные в резервном фонде, предназначенные для реализации Подпрограммы «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования», используются для:

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

В 2016 году Подпрограмма «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования» была реализована в сумме **15 139,7 тыс. леев** или на уровне 36,3% от утвержденной годовой суммы. Данные денежные средства были использованы для компенсации разницы между фактическими расходами, связанными с оплатой текущих медицинских услуг, и накопленными взносами в основном фонде, которые были направлены на покрытие затрат по вовлечению врачей-резидентов в оказание медицинских услуг населению.

**Таблица 8. Структура расходов резервного фонда ОМС в 2016 году**Форма № 6  
(тыс. леев)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Выполнено	Отклонения (+,-) выполнено от уточнено	Отношение (в %) выполнено к уточнено
Расходы, всего	41 720,1	41 720,1	15 139,7	- 26 580,4	36,3
<i>в том числе:</i>					
Неотложная догоспитальная медицинская помощь			79,7		
Первичная медицинская помощь			2 421,8		
Специализированная амбулаторная медицинская помощь			395,4		
Стационарная медицинская помощь			11 896,6		
Высокоспециализированные медицинские услуги			346,2		

В сравнении с 2015 годом затраты из резервного фонда увеличились на 199,9 тыс. леев или на 1,3%.

➤ **Достижение показателей эффективности**

Уровень освоения в 2016 году средств резервного фонда в размере 36,3% объясняется тем, что данные средства используются строго в соответствии с назначениями, предусмотренными Положением о порядке создания фондов обязательного медицинского страхования и управления ими, утвержденного Постановлением Правительства № 594 от 14 мая 2002 г., в случае возникновения соответствующих ситуаций. Одновременно, в связи с тем что, в 2016 году, заболеваний и неотложные случаи, годовой уровень которых превышает средний показатель, не имели место, резервный фонд не был использован в полном объеме.

#### **4.4. Расходы фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг**

Финансовые средства фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг предназначены для реализации Подпрограммы «Развитие и модернизация учреждений системы здравоохранения», цель которой улучшение качества медицинских услуг, эффективности и отдачи учреждений.

Выделение финансовых средств из данного фонда производится в результате проведения конкурсов по отбору инвестиционных проектов, представленных публичными МСУ, а критерии отбора инвестиционных проектов публичных МСУ определяются их соответствием таким целям использования финансовых средств, как:

- покупка высокопроизводительного медицинского оборудования и транспортных средств,
- внедрение новых технологий обогрева и водоснабжения, переработки медицинских отходов,
- модернизация и оптимизация зданий и инфраструктуры,
- внедрение информационных систем и технологий.

В 2016 году из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг было произведено расходов на сумму 12 800,3 тыс. леев, на

17 199,7 тыс. леев меньше или на уровне 42,7% от утвержденной годовой суммы, все средства будучи направленными на выполнение контрактов по финансированию, заключенных в предыдущие годы.

В сравнении с 2015 годом, затраты фонда развития уменьшились на 141 518,9 тыс. леев или на 91,7%.

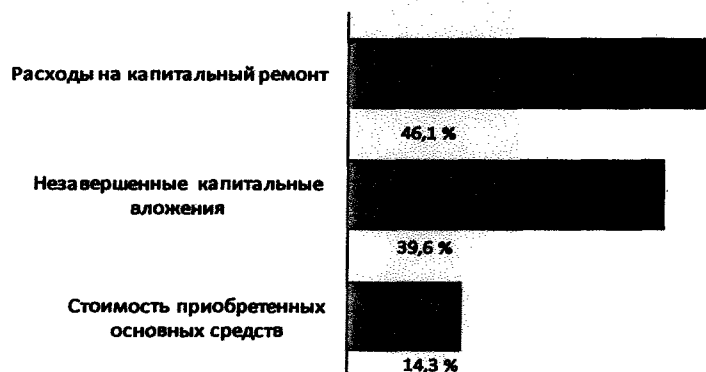
**Таблица 9.** Структура расходов фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг в 2016 году

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Выполнено	(тыс. леев)	
				Отклонения (+,-) выполнено от уточнено	Отношение (в %) выполнено к уточнено
Нефинансовые активы, всего	50 000,0	30 000,0	12 800,3	- 17 199,7	42,7
<i>в том числе:</i>					
Капитальный ремонт зданий			5 895,5		
Покупка основных средств			1 835,4		
Незавершенные капитальные вложения			5 069,4		

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

- на модернизацию зданий и инфраструктуры – 5 895,5 тыс. леев (6 инвестиционных проекта);
- на приобретение основных средств – 1 835,4 тыс. леев (3 инвестиционных проекта);
- на капитальное строительство публичных МСУ – 5 069,4 тыс. леев (6 инвестиционных проекта);

**Диаграмма 7.** Удельный вес расходов фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг по направлениям использования средств в 2016 году

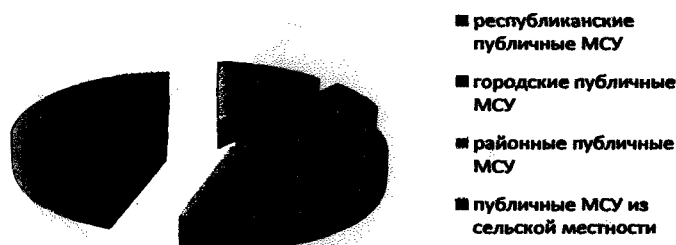


В 2016 году прослеживалась тенденция преобладающего выделения денежных средств на финансирование инвестиционных проектов публичным МСУ из сельской местности и публичным МСУ из районных центров. Так, доля денежных средств, выделенных публичным МСУ из сельской местности и из районных центров составила 79,9% из общей суммы расходов фонда развития и

модернизации публичных поставщиков медицинских услуг, с ростом в 19,1 процентных пункта по сравнению с 2015 годом.

Доля денежных средств, направленных в фонд развития и модернизации публичных поставщиков по видам МСУ представлена в диаграмме 8.

**Диаграмма 8.** Доля расходов из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг по видам публичных МСУ в 2016 году



По доле в общих расходах фондов ОМС фонд развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг составляет 0,2%.

Исполнение в 2016 году на низком уровне фонда развития объясняется поздним принятием, 22 сентября 2016 г., совместного Приказа Министерства здравоохранения и НМСК № 729/495-А «О создании Координационного совета и утверждении Положения о критериях отбора и осуществления инвестиционных проектов, финансируемых из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг», который прошел юридическую экспертизу в ноябре 2016 г. Как следствие, конкурс инвестиционных проектов был проведен в ноябре-декабре 2016 года, после установления Координационным советом приоритетов по финансированию инвестиционных проектов на отчетный год и создания Специализированной комиссии по отбору и оценке инвестиционных проектов, финансируемых из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг.

Приоритетами финансирования из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг, установленными Координационным советом по разработке и внедрению механизмов планирования средств фонда развития на 2016 год были следующие:

- реформирование диспетчерской системы неотложной догоспитальной медицинской помощи путем создания единой национальной диспетчерской службы и ее синхронизация с органами полиции и пожарной службой;
- оборудование некоторых машин скорой помощи для их превращения в мобильные отделения интенсивной терапии;
- модернизация материально-технической базы МСУ, оказывающих услуги первичной медицинской помощи, путем выполнения ремонтных, строительных работ и приобретения медицинского оборудования.

Одновременно, приоритетом пользовались и учреждения, контракты которых представляют собой продолжение реализации проектов, поддержанных ранее НМСК.

В 2016 году на конкурс инвестиционных проектов было представлено 54 проекта от 52 публичных МСУ, 15 будучи объявленными победителями. В процессе отбора приоритетом пользовались проекты, ориентированные на оказание финансовой поддержки медицинским учреждениям, оказывающих услуги в области первичной медицинской помощи, преимущественно в сельской местности. Так, из этих 15 проектов, 10 были выиграны публичными МСУ из сельской местности и 5 из городской местности.

Из проектов победителей, 6 предусматривают проведение ремонтных работ, 3 – приобретение медицинского оборудования, в том числе оборудование машин скорой помощи для эффективного и быстрого вмешательства в чрезвычайных кардиологических случаях, 5 – сфокусированные на финансировании строительных работ и один проект предусматривает развитие единой системы диспетчеризации неотложной догоспитальной медицинской помощи.

Для реализации данных проектов из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг, НМСК будет выделено 15 млн. леев, с осуществлением финансирования начиная с 2017 года.

#### ➤ **Достижение показателей эффективности**

В 2016 году доля учреждений бенефициаров фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг из общего числа публичных МСУ снизилась с запланированных 17%, до 4,1%, также уменьшилось количество отремонтированных учреждений и количество транспортных средств для медучреждений, оплаченных из соответствующего фонда. Причины и факторы которые привели к отклонениям относительно утвержденных показателей являются следствием коррекции на протяжении 2016 года, с 50 млн. леев до 30 млн. леев, суммы, предназначенной фонду развития, вследствие уменьшения трансфертов на медицинское страхование лиц, для которых Правительство выступает страхователем. Создание Координационного совета и принятие Положения о критериях отбора и осуществления инвестиционных проектов, финансируемых из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг только в конце сентября месяце 2016 года повлекло за собой проведение конкурса инвестиционных проектов только в конце 2016 года, что повлияло на исполнение данного фонда, всего на 42,7%.

### **4.5. Расходы фонда управления системой ОМС**

Согласно действующему законодательству, финансовые средства, накопленные в фонде управления системой ОМС, предназначенные для реализации Подпрограммы «Управление фондами обязательного медицинского страхования», используются для:

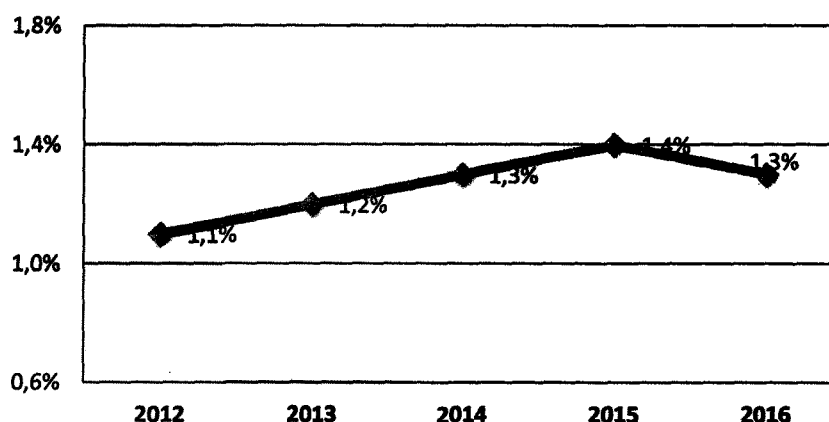
- реализации страховых полисов;
- обеспечения печати бланков рецептов для компенсируемых медикаментов и полисов;
- поддержания и развития информационной системы и организационной инфраструктуры;
- проведения кампаний по информированию населения о системе ОМС;
- осуществления контроля качества медицинских услуг и соответствующих экспертиз;
- оплаты труда работников НМСК и территориальных агентств;

- операционных расходов;
- хозяйственных и канцелярских расходов;
- приобретения основных средств и необходимого оборудования с осуществлением амортизационных отчислений;
- покрытия командировочных расходов;
- подготовки и усовершенствования кадров;
- других видов деятельности, связанных с управлением НМСК.

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

В 2016 году расходы фонда управления составили 1,26% от суммы доходов собранных в фонды ОМС, таким образом, уровень снизился на 0,14% по сравнению с уровнем зарегистрированным в 2015 году.

**Диаграмма 9.** Доля расходов фонда управления системой ОМС в общем объеме доходов фондов ОМС в динамике (2012 - 2016 годы)



В 2016 году, расходы фонда управления системой ОМС были исполнены в сумме **72 754,3 тыс. леев** или на уровне 92,3%, что на 6 083,6 тыс. леев меньше по сравнению с годовыми назначениями. В сравнение с предыдущим годом расходы данного фонда возросли на 2 038,4 тыс. леев или на 2,9%. Детальное описание исполнения фонда управления системой ОМС представлено в Таблице 9.

**Таблица 10.** Структура расходов фонда управления системой ОМС в 2016 году

Форма № 8  
(тыс. леев)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Выполнено	Отклонения (+,-) выполнено от уточнено	Отношение (в %) выполнено к уточнено
<b>Расходы</b>	<b>71 277,6</b>	<b>71 277,6</b>	<b>66 328,3</b>	<b>- 4 949,3</b>	<b>93,1</b>
<i>в том числе:</i>					
Расходы на персонал	58 871,7	58 871,7	58 800,6	- 71,1	99,9

Товары и услуги	12 045,9	12 045,9	7 155,3	- 4 890,6	59,4
Социальные выплаты	360,0	360,0	372,4	+ 12,4	103,4
Прочие расходы	x	x	x	x	x
<b>Нефинансовые активы</b>	<b>7 560,3</b>	<b>7 560,3</b>	<b>6 426,0</b>	<b>- 1 134,3</b>	<b>85,0</b>
в том числе:					
Основные средства	6 215,6	6 215,6	5 081,3	- 1 134,3	81,8
Запасы оборотных материалов	1 344,7	1 344,7	1 344,7	0,0	100,0
<b>Расходы и нефинансовые активы, всего</b>	<b>78 837,9</b>	<b>78 837,9</b>	<b>72 754,3</b>	<b>- 6 083,6</b>	<b>92,3</b>

Наибольшая доля расходов фонда управления системой ОМС приходится на расходы на персонал – 80,8%, после чего расходы на товары и услуги – 9,8%, за которыми следуют расходы на приобретение основных средств – 7,0%, расходы на оборотные материалы – 1,9% и социальные выплаты – 0,5%.

Расходы на приобретение товаров и услуг включают расходы на реализацию страховых полисов через почтовые отделения, на проведение кампаний по информированию населения о системе ОМС, на типографские услуги (печать бланков рецептов для компенсируемых медикаментов и полисов), на текущие расходы по содержанию, на поддержание и развитие информационных систем и пр.

На приобретение нефинансовых активов, которые составили 8,8% от фонда управления системой ОМС, было израсходовано 6 426,0 тыс. леев, в том числе на основные средства – 5 081,3 тыс. леев и на оборотные материалы – 1 344,7 тыс. леев.

Согласно утвержденному штатному расписанию, на конец 2016 года в НМСК числилось 335 штатных единиц, в том числе технический персонал, из которых заполнено 320 должностей. Фактические расходы на оплату труда работников НМСК составили 46 533,3 тыс. леев, а среднемесячная заработная плата (начисленная) на одного работника – 12 118 леев.

На всем протяжении деятельности НМСК, в том числе за последние пять лет отмечается выраженная тенденция по увеличению суммы доходов фондов ОМС, управляемых НМСК (2012 год – 3 870 030,8 тыс. леев, 2016 год – 5 764 158,3 тыс. леев), количества МСУ и фармацевтических учреждений, с которыми был заключен договор (2012 год - 517, 2016 год - 692), количества оплаченных рецептов на компенсируемые медикаменты (2012 год – 3 481 225, 2016 год - 4 593 565), доли застрахованных лиц (2012 год – 82,1%, 2016 год – 85,8%).

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

Повышенные усилия были предприняты для улучшения законодательной базы, оптимизации механизмов по оплате медицинских услуг исходя из их качества, по улучшению отчетности об уплате взносов ОМС, предоставляемой экономическими агентами и о медицинских услугах, предоставляемой медицинскими учреждениями, принимая во внимание их сложность и достижение показателей эффективности.

Для преодоления существующих вызовов и с целью непрерывного повышения эффективности управления денежными средствами, выделенными из фондов ОМС, акцент, был сделан на качество персонала НМСК и использование более совершенных информационных технологий, направлений которые требуют постоянного развития и достаточной финансовой поддержки.

➤ **Достижение показателей эффективности**

В 2016 году доля расходов фондов ОМС в процентном отношении к ВВП составила 4,4%, что соответствует утвержденному уровню. Расходы фондов ОМС на душу населения зарегистрированного у семейного врача уменьшились на 73,3 леев. Доля законтрактованных НМСК на основании показателей эффективности и качества поставщиков услуг составила 64,8% в сравнении с утвержденной 77%. Причины и факторы которые привели к отклонениям относительно утвержденных показателей являются следствием того, что на протяжении 2016 года трансферты на медицинское страхование лиц, для которых Правительство выступает страхователем были уменьшены на 59,2 тыс. леев. Одновременно, на протяжении первых 6 месяцев был применен временный бюджет, а также было аккумулировано доходов на 15,1 млн. леев меньше по сравнению с планом. Несмотря на эти условия НМСК сумела увеличить долю страхового покрытия населения ОМС до 85,8% или на 1,3 процентных пункта больше утвержденного уровня.

## 5. Основные виды расходов медицинских учреждений, с которыми заключены договоры

В соответствии с положениями действующего законодательства в 2016 году в рамках системы ОМС были заключены договоры с 432 медицинскими учреждениями, из которых 21 – республиканские, 35 – муниципальные, 10 – ведомственные, 302 - районные, 64 - частные.

Согласно заключенным с НМСК договорам, МСУ распределяют свои расходы в соответствии со сметой доходов и расходов из фондов ОМС по четырем основным статьям: «Оплата труда», «Продукты питания», «Медикаменты» и «Прочие расходы». Отчеты об исполнении, за определенные периоды, представляются Министерству здравоохранения, НМСК и учредителям.

**Таблица 11.** Структура расходов медико-санитарных учреждений, с которыми заключены договоры в 2016 году

Форма № 5  
(тыс. леев)

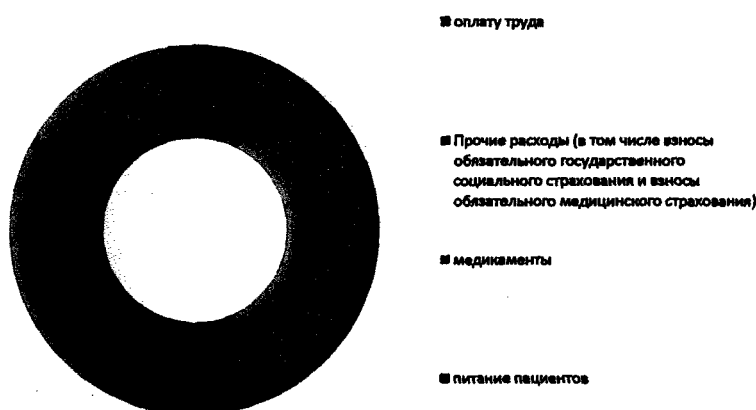
Медико-санитарные учреждения		Расходы, ВСЕГО	в том числе:			
			Оплата труда	Продукты питания	Медикаменты	Прочие расходы
Ведомственные	уточненный план	68 855,3	32 201,6	3 325,9	11 988,7	21 339,1
	выполнено	65 719,5	29 962,1	3 281,9	11 023,5	21 452,0
Муниципальные	уточненный план	1 057 886,2	560 045,1	27 815,2	127 755,3	342 270,6
	выполнено	996 924,8	538 950,4	24 563,4	116 442,5	316 968,5
Частные	уточненный план	279 525,6	76 534,2	2 317,7	79 750,3	120 923,4
	выполнено	266 177,8	74 979,2	2 268,8	71 913,6	117 016,2
Районные	уточненный план	2 030 948,2	1 116 860,5	45 059,4	172 909,4	696 118,9
	выполнено	1 921 190,5	1 087 403,6	41 102,5	167 089,6	625 594,8

Республиканские	уточненный план	2 059 307,3	912 088,4	58 666,3	425 206,6	663 346,0
	выполнено	1 891 770,3	896 369,3	52 572,2	375 577,2	567 251,6
ИТОГО	уточненный план	5 496 522,6	2 697 729,8	137 184,5	817 610,3	1 843 998,0
	выполнено	5 141 782,9*	2 627 664,6	123 788,8	742 046,4	1 648 283,1

Примечание: Объем общих годовых расходов МСУ покрывается за счет суммы, предоставляемой НМСК, денежных остатков МСУ с начала отчетного периода, а также за счет процентов на остатки денежных средств МСУ на банковских счетах.

Как и в предыдущие годы, около половины расходов МСУ составили расходы на «оплату труда», а одну третью часть – «прочие расходы».

**Диаграмма 10.** Доля расходов по основным статьям в общих расходах МСУ в 2016 году



В 2016 году общий объем расходов МСУ составил 5 141 782,9 тыс. леев, что соответствует 93,5% от уточненного годового плана. По сравнению с предыдущим годом, данные расходы выросли на 14,1%. Доля затрат по фонду оплаты труда в общих расходах составили 51,1%, а расходы на персонал (в том числе взносы на обязательное государственное социальное страхование и обязательное медицинское страхование) – 64,7%.

В сравнении с 2015 годом выросли расходы по всем статьям: «оплата труда» на 14,8%, «продукты питания» на 2,2%, «медикаменты» на 16,2% и «прочие расходы» на 13,1%.

Среднемесячная заработная плата на одну единицу персонала в МСУ составила 4 242 леев, увеличившись в сравнении с 2015 годом на 15%. Данные показатели для разных категорий персонала приводятся в таблице 11.

**Таблица 12.** Среднемесячная заработная плата по категориям персонала в МСУ (2015-2016 годы)

Наименование штатных единиц	Среднемесячная заработная плата на 1 единицу персонала			Среднемесячная заработная плата на 1 физическое лицо (леев)		
	2015	2016	разница (+,-)	2015	2016	разница (+,-)
Руководящий персонал	10 652	12 113	+13,7%	10 213	11 335	+11,0%
Врачи	5 477	6 043	+10,3%	6 300	6 752	+7,2%
Средний медицинский персонал	3 745	4 329	+15,6%	4 230	4 745	+12,2%

Младший медицинский персонал	1 882	2 276	+20,9%	2 090	2 398	+14,7%
Прочий персонал	2956	3 422	+15,8%	3 321	3 768	+13,5%
<b>ИТОГО</b>	<b>3 688</b>	<b>4 242</b>	<b>+15,0%</b>	<b>4 163</b>	<b>4622</b>	<b>+11,3%</b>

По состоянию на 01.01.2017 г. МСУ зарегистрировали кредиторские задолженности на общую сумму **447 638,5 тыс. леев**, из которых: «оплата труда» – 122 636,3 тыс. леев, «продукты питания» – 9 585,2 тыс. леев, «медикаменты» – 166 213,2 тыс. леев и «прочие расходы» – 149 203,8 тыс. леев.

**Таблица 13. Структура кредиторских задолженностей МСУ (2015-2016 годы)**

Статьи расходов	2015		2016		отклонение 2015/2014
	тыс. леев	% всего	тыс. леев	% всего	
Оплата труда	108 473,1	24,7%	122 636,3	27,4%	+13,1%
Продукты питания	11 136,4	2,5%	9 585,2	2,2%	-13,9%
Медикаменты	191 140,3	43,4%	166 213,2	37,1%	-13,0%
Прочие расходы	129 305,9	29,4%	149 203,8	33,3%	+15,4%
<b>ИТОГО</b>	<b>440 055,7</b>	<b>100,0%</b>	<b>447 638,5</b>	<b>100,0%</b>	<b>+1,7%</b>

Анализ вышеприведенных данных и объяснения МСУ подтверждают что кредиторские задолженности по оплате труда и взносам обязательного государственного социального страхования, зарегистрированные на 01.01.2017 г. являются, как правило, расходами по расчетам с персоналом, начисленными за декабрь и оплаченные в январе следующего года.

Стоимость запасов материальных средств: продуктов питания, медикаментов, нефтепродуктов и угля которыми располагали МСУ на 01.01.2017 г., составила **261 292,6 тыс. леев**, из которых 249 938,9 тыс. леев или 95,7% это запасы медикаментов. По сравнению с ситуацией на 01.01.2017 г. запасы материальных средств МСУ возросли на 7 001,3 тыс. леев (2,8%), в том числе запасы медикаментов на 14 136,8 тыс. леев (6,0%).

**Таблица 14. Структура запасов материальных средств МСУ**

Виды медицинской помощи	(тыс. леев)									
	Продукты питания		Медикаменты		Нефтепродукты		Уголь		ИТОГО	
	01.01.2016	01.01.2017	01.01.2016	01.01.2017	01.01.2016	01.01.2017	01.01.2016	01.01.2017	01.01.2016	01.01.2017
Неотложная догоспитальная медицинская помощь	0,0	0,0	9 672,3	8 217,9	5 242,3	572,9	940,8	415,8	15 855,4	9 206,4
Первичная медицинская помощь	0,0	0,0	26 001,5	30 057,8	287,0	325,2	6 323,0	5 228,2	32 611,5	35 609,2
Специализированная амбулаторная медицинская помощь	2,2	4,6	9 337,7	12 540,2	40,0	25,6	1,5	10,7	9381,4	12 581,1
Стационарная медицинская помощь	4 825,6	4 319,9	182 841,7	189 185,2	273,7	283,6	546,6	159,6	188 487,6	193 948,3
Высокоспециализированные медицинские услуги	0,0	0,0	7 686,8	9 599,7	5,5	3,2	0,0	0,0	7 692,3	9 602,9
Медицинский коммунальный уход и уход на дому	0,0	0,0	262,1	338,1	1,0	6,6	0,0	0,0	263,1	344,7
<b>ИТОГО</b>	<b>4 827,8</b>	<b>4 324,5</b>	<b>235 802,1</b>	<b>249 938,9</b>	<b>5 849,5</b>	<b>1 217,1</b>	<b>7 811,9</b>	<b>5 812,1</b>	<b>254 291,3</b>	<b>261 292,6</b>

Для поддержания и совершенствования материально-технической базы публичные МСУ произвели в 2016 году капитальные расходы на общую сумму 94 844,2 тыс. леев, что на 12,4% больше по сравнению с предыдущим годом. Вместе с тем, доля капитальных расходов в общей сумме расходов уменьшается (2014 – 3,6%, 2015 – 1,9%, 2016 – 1,8%).

На протяжении последних пяти лет остатки денежных средств на счетах публичных МСУ находились в относительном росте к концу года (исключение 2014 год), достигнув к концу 2016 года объема в 330 883,5 тыс. леев, однако соотношение остатков денежных средств на счетах публичных МСУ к контрактным суммам уменьшалось, достигнув в 2016 году - 6,8%.

**Таблица 14.** Динамика остатков денежных средств по отношению к договорным суммам публичных МСУ (2012-2016 годы)

	(тыс. леев)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Договорная сумма	3 546 169,8	3 715 917,7	4 334 045,3	4 316 396,6	4 853 423,2
Остаток денежных средств	213 804,0	301 288,2	201 626,6	328 852,3	330 883,5
Соотношение с договорной суммой (%)	6,0%	8,1%	4,7%	7,6%	6,8%

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

В заключение следует отметить что в 2016 бюджетном году денежные средства, накопленные в фондах ОМС были приоритетным образом направлены на покрытие расходов по оказанию медицинских услуг, предусмотренных Единой программой ОМС, что в то же время не отразилось на выполнении стратегических задач, предусмотренных законодательными и нормативными актами.

В данном Отчете были, также, отражены трудности, возникшие в процессе исполнения фондов ОМС, упомянутые в соответствующих разделах. Их разрешение станет приоритетом для следующего бюджетного года, наряду с вызовами, предъявленными дальнейшим ростом потребностей системы ОМС.

## 6. Приложения

Дополнительно к отчету прилагаются:

**Приложение 1** - Свод исполнения фондов ОМС в 2016 году (*форма № 1*);

**Приложение 2** - Финансовый отчет НМСК за 2016 год и Пояснительная записка к финансовому отчету за 2016 год (*5 страниц*).

Генеральный директор НМСК

Дмитрий ПАРФЕНТЬЕВ

## Пояснительная записка к финансовому отчёту НМСК за 2016 год

НМСК ведёт бухгалтерский учёт в соответствии с положениями Закона о бухгалтерском учёте № 113-XVI от 27.04.2007 г., Национальными стандартами бухгалтерского учёта и Общим планом счетов бухгалтерского учёта, утверждёнными Приказом Министра финансов РМ за № 118 от 06.08.2013 г., учётной политикой и другими действующими законодательными и нормативными актами.

В состав НМСК входят 7 территориальных агентств, расположенных на всей территории Республики Молдова. Финансовый отчёт Компании составляется и представляется Национальному бюро статистики в установленные сроки.

### 1. Анализ долгосрочных активов

Долгосрочные материальные и нематериальные активы отражаются в финансовом бухгалтерском учёте по первоначальной стоимости. Данные активы, приобретённые за счёт НМСК и предоставленные территориальным агентствам, отражаются в бухгалтерской отчётности НМСК и составляют на 01.01.2017 г. – 41 252,4 тыс. леев, в том числе основные средства 39 571,2 тыс. леев, износ которых составляет 58,9%.

Износ долгосрочных активов рассчитывается с помощью линейного метода, за основу берётся срок полезного использования данных активов. Срок полезного использования определяется для каждого инвентарного объекта в зависимости от срока использования, устанавливаемого согласно Каталогу основных средств и нематериальных активов, утверждённому Постановлением Правительства Республики Молдова № 338 от 21.03.2003 г.

### 2. Характеристика оборотных активов

Малоценные и быстроизнашивающиеся предметы (МБП) отражаются в бухгалтерской отчётности по их первоначальной стоимости. При их сдаче в эксплуатацию начисляется 50-процентный износ и 50% при их списании. При выходе малоценных и быстроизнашивающихся предметов из обращения их остаточная стоимость списывается на ранее начисленный износ. На 01.01.2017 г. остаток МБП составляет 511,8 тыс. леев.

В финансовом отчёте материалы отражаются по их закупочной цене, а их списание осуществляется с помощью метода средневзвешенной стоимости в соответствии с документами и актами о списании. На 01.01.2017 г. остаток по материалам составляет 2 636,1 тыс. леев.

### 3. Краткосрочная дебиторская задолженность

На 31.12.2016 г. краткосрочная дебиторская задолженность была зарегистрирована в сумме 711,8 тыс. леев, из которых:

- 619,6 тыс. леев составил аванс, выданный из основного фонда медицинским учреждениям;
- 92,2 тыс. леев составил аванс из фонда управления системой обязательного медицинского страхования.

#### **4. Денежные средства**

Накопление финансовых средств в рамках системы обязательного медицинского страхования производится на едином счёте Министерства Финансов Центрального казначейства, открытого в Национальном банке Молдовы. Затем накопленные средства распределяются в соответствии с Положением о порядке создания фондов обязательного медицинского страхования и управления ими (Постановление Правительства № 594 от 14.05.2002 г.).

Накопленные на едином счёте Компании средства, за исключением сумм специального назначения, распределяются согласно следующим нормативам:

- |                                     |               |
|-------------------------------------|---------------|
| - основной фонд                     | не менее 94%; |
| - резервный фонд                    | до 1%;        |
| - фонд профилактических мероприятий | 1%;           |
| - фонд развития                     | до 2%;        |
| - фонд управления                   | до 2%.        |

#### **5. Характеристика текущих обязательств**

Краткосрочные кредиторские задолженности регистрируются в бухгалтерской отчётности как подлежащие выплате суммы (включая НДС, в случае наличия налоговой накладной). На 01.01.2017 г. сумма текущих задолженностей составила 423,1 тыс. леев, накладные на которые были представлены после 31.12.2016 г. и оплачены в январе 2017 г.

НМСК ежеквартально оплачивает МСУ оказанные медицинские услуги в соответствии с представленными отчётами и накладными, не превышая объём оговоренный в договоре, и не позднее, чем по истечении одного месяца со дня представления фактуры на оплату.

В конце 2016 года задолженностей перед государственным бюджетом, бюджетом государственного социального страхования и фондами обязательного медицинского страхования зарегистрировано не было.

**Генерального директора НМСК**

**Дмитрий Парфентьев**

**Начальник ФЭУ**

**Екатерина Ребежа**

Свод исполнения фондов обязательного медицинского страхования за 2016 год

(тыс. лев)

№ d/o	Название показателей	Коды		План		Выполнено: доходы/расходы		дебиторская задолжен- ность	кредиторская задолжен- ность
		тип / категория / раздел / программа	статья / под- статья	утвержденный на год	уточненный на год	кассовые доходы/расходы	фактические расходы		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>I</b>	<b>ДОХОДЫ В ТЕКУЩЕМ ГОДУ, ВСЕГО</b>			<b>5 838 515,5</b>	<b>5 779 298,2</b>	<b>5 764 158,3</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
1	Отчисления и взносы на обязательное страхование	12		3 259 955,9	3 259 955,9	3 240 179,1			
2	Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, уплачиваемые работодателями и работниками	122	10	3 166 667,9	3 166 667,9	3 152 995,4	X	X	X
3	Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в фиксированной сумме, уплачиваемые физическими лицами с местом жительства или местом нахождения в Республике Молдова	122	20	93 288,0	93 288,0	87 183,7	X	X	X
4	Прочие доходы	14		6 630,0	6 630,0	11 266,9	X	X	X
5	Проценты на остатки бюджетных средств	141	11	1 630,0	1 630,0	4 880,5	X	X	X
6	Штрафы и санкции за правонарушения, поступающие в фонды обязательного медицинского страхования	143	14	2 000,0	2 000,0	2 231,2	X	X	X
7	Прочие доходы, поступившие в фонды обязательного медицинского страхования	145	13	3 000,0	3 000,0	4 155,2	X	X	X
8	Трансферты, полученные в рамках национального публичного бюджета	19		2 571 929,6	2 512 712,3	2 512 712,3	X	X	X
9	Полученные текущие трансферты специального назначения между государственным бюджетом и фондами обязательного медицинского страхования	192	21	152 006,1	142 788,8	142 788,8	X	X	X
10	Полученные текущие трансферты общего назначения между государственным бюджетом и фондами обязательного медицинского страхования	192	23	2 419 923,5	2 369 923,5	2 369 923,5	X	X	X
11	Полученные гранты	13		0,0	0,0	0,0	X	X	X
<b>II</b>	<b>РАСХОДЫ И НЕФИНАНСОВЫЕ АКТИВЫ, ВСЕГО</b>			<b>5 838 515,5</b>	<b>5 779 298,2</b>	<b>5 673 446,2</b>	<b>5 667 741,1</b>	<b>720,0</b>	<b>423,1</b>
1	Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)			5 611 092,4	5 611 092,4	5 570 241,8	5 567 127,5	619,6	315,8
2	Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе	8009		456 633,8	456 633,8	456 613,8	456 613,8	0,0	0,0
3	Первичная медицинская помощь	8005		1 808 929,2	1 734 929,2	1 729 199,1	1 729 147,3	60,2	10,4
	<i>в том числе: компенсированные лекарства</i>			502 500,0	428 500,0	424 952,5	424 952,5	0,0	0,0
4	Специализированная амбулаторная медицинская помощь	8006		390 893,9	390 893,9	389 217,2	389 272,0	0,0	54,8
5	Стационарная медицинская помощь	8010		2 769 454,2	2 855 454,2	2 827 659,5	2 824 548,8	559,4	250,6
6	Высокоспециализированные медицинские услуги	8011		176 349,3	164 349,3	158 855,0	158 855,0	0,0	0,0
7	Коммунитарная медицинская помощь и уход на дому	8008		8 832,0	8 832,0	8 697,2	8 690,6	0,0	0,0
8	Резервный фонд обязательного медицинского страхования	8017		41 720,1	41 720,1	15 139,7	15 139,7	0,0	0,0
9	Фонд профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания)	8018		56 865,1	17 647,8	2 510,1	1 824,0	0,0	0,0
10	Фонд развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг	8019		50 000,0	30 000,0	12 800,3	12 800,3	0,0	0,0
11	Фонд управления системой обязательного медицинского страхования	8002		78 837,9	78 837,9	72 754,3	70 849,6	100,4	107,3
12	Расходы	2		71 277,6	71 277,6	66 328,3	68 614,8	100,4	102,0
13	Расходы на персонал	21		58 871,7	58 871,7	58 800,6	58 798,7	3,4	0,0
14	Товары и услуги	22		12 045,9	12 045,9	7 155,3	9 443,7	97,0	102,0
15	Социальные выплаты	27		360,0	360,0	372,4	372,4	0,0	0,0
16	Нефинансовые активы	3		7 560,3	7 560,3	6 426,0	2 234,8	0,0	5,3
17	Основные средства	31		6 215,6	6 215,6	5 081,3	1 478,4	0,0	0,0
18	Запасы оборотных материалов	33		1 344,7	1 344,7	1 344,7	756,4	0,0	5,3
<b>III</b>	<b>БАЛАНС БЮДЖЕТА</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>90 712,1</b>			
<b>IV</b>	<b>ОСТАТОК ДЕНЕЖНЫХ СВЕДСТВ В НАЧАЛЕ ПЕРИОДА</b>	91		<b>153 144,8</b>	<b>153 144,8</b>	<b>153 144,8</b>			
<b>V</b>	<b>ОСТАТОК ДЕНЕЖНЫХ СВЕДСТВ ПО ОКОНЧАНИИ ПЕРИОДА</b>	93		<b>153 144,8</b>	<b>153 144,8</b>	<b>243 856,9</b>			

Генеральный директор НМСК

Дмитрий ПАРФЕНТЬЕВ