



**ACTIVITATEA
COMPANIEI NAȚIONALE
DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
ÎN ANUL 2009**

CHIȘINĂU - 2010



**ACTIVITATEA
COMPANIEI NAȚIONALE
DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
ÎN ANUL 2009**

Un an marcat de crize poate prefigura noi obiective

Anul 2009, l-am putea califica ca fiind un an cu multiple provocări pentru CNAM, la care am făcut față. Pe lângă criza economico-financiară, o provocare imprevizibilă a fost declanșarea gripei pandemice A(H1N1) care ne-a impus să căutăm soluții neordinare pentru acoperirea cheltuielilor suplimentare neprevăzute. Situația nu prezenta condiții confortabile în timp ce parametrii macroeconomici s-au modificat și veniturile reale ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală s-au micșorat.

O soluție a fost reevaluarea veniturilor și cheltuielilor fondului asigurării obligatorii de asistență medicală ce a impus modificarea Legii fondurilor pe anul 2009, dat fiind micșorarea transferurilor de la bugetul de stat și deprecierea veniturilor populației. Urmare a acestei acțiuni, s-a aprobat diminuarea veniturilor cu circa 18%.

Deși, recunoaștem, a fost o acțiune impusă de circumstanțe, aceasta a putut fi realizată fără repercusiuni dramatice asupra sistemului de asigurări obligatorii. S-a ținut cont și de corelarea directă a cheltuielilor fondurilor AOAM cu evoluția economiei naționale și de necesitatea iminentă a unor menajamente fine de menținere a nivelului acceptabil de finanțare a instituțiilor medico-sanitare.

La finele anului, datorită diferenței dintre veniturile și cheltuielile reale, s-a creat pentru prima dată în istoria asigurării obligatorii de asistență medicală un deficit, care a fost acoperit integral din rezervele proprii ale fondurilor AOAM. Și aici, este important de menționat, rezervele în fonduri și-au îndreptățit menirea. Impactul negativ al șocului financiar și epidemic a fost diminuat considerabil.

Pe de altă parte, în 2009 s-a lucrat mult pentru asigurarea protecției financiare adecvate a persoanelor asigurate. În acest sens, persoanele din familiile defavorizate, care beneficiază de ajutor social, au fost incluse și în categoria de beneficiari ai sistemului de asigurări medicale din contul statului. O decizie prin care s-a urmărit canalizarea subvențiilor către persoanele pauperizate a societății.

Aceste momente cheie a anului 2009, din perspectiva obiectivului de modernizare și perfecționare a sistemului de utilizare a surselor financiare destinate sănătății inclus în Programul de activitate „Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare” pentru aa. 2009-2013 și Planul de activitate pentru anul 2010 al Guvernului Republicii Moldova, au prefigurat reorientarea obiectivelor CNAM prin schimbarea accentului de prioritate către beneficiar.



Director general
Mircea BUGA

Primă etapă de dezvoltare a sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală

La sfârșitul anilor '90, sistemul de sănătate din Republica Moldova a intrat într-un proces amplu de restructurări administrative. Unii indicatori de sănătate ai populației, rămânând la nivel nesatisfăcător, au impus întreprinderea măsurilor imediate și eficiente în vederea ameliorării sănătății populației.

Circumstanțele au dictat aprobarea în 1998 a Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și instituirea ulterioară a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină misiunea căreia, la prima etapă, a fost implementarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală - motorul reformelor sistemului de sănătate.

Implementarea asigurării obligatorii de asistență medicală a reprezentat o reformă fundamentală a modului de finanțare a sistemului de sănătate și a permis pe parcursul anilor 2004 - 2009 realizarea obiectivelor propuse. Astfel, s-a consolidat sistemul de sănătate prin creșterea considerabilă a finanțării instituțiilor medicale prin care li s-a oferit autonomie financiară și s-au creat posibilități de optimizare în utilizarea resurselor și majorare a salariului lucrătorilor medicali. Vom recunoaște, că s-a izbutit și asigurarea unei protecții financiare satisfăcătoare pentru persoanele încadrate în sistemul de asigurări.

Cu toate avantajele și dezavantajele, sistemul de asigurări medicale obligatorii din țară a înregistrat rezultate considerabile, apreciate de către numeroși experți internaționali. Organizația Mondială a Sănătății în anul 2007 a calificat sistemul de asigurări în medicină din Republica Moldova drept unul dintre cele mai bune și a recomandat implementarea lui tuturor țărilor în curs de dezvoltare.

Perioada aa. 2004 - 2009 poate fi considerată o primă etapă de dezvoltare a sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova și, în mare parte, poate fi calificată drept una reușită.



Director general (2002 - 2009)
Gheorghe RUSU

Glosar de acronime

- **CNAM** – Compania Națională de Asigurări în Medicină;
- **AT** – Agenție teritorială;
- **AOAM** – Asigurare obligatorie de asistență medicală;
- **SAOAM** – Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- **IMS** – Instituție medico-sanitară;
- **IMSP** – Instituție medico-sanitară publică;
- **AMU** – Asistență medicală urgentă;
- **AMP** – Asistență medicală primară;
- **AMS** – Asistență medicală spitalicească;
- **AMSA** – Asistență medicală specializată de ambulatoriu.

CUPRINS

Cap.I	Context general	pag.1
Cap.II	Evoluția cadrului legislativ și normativ în sistemul AOAM	pag.4
Cap.III	Sinteza veniturilor și cheltuielilor fondurilor AOAM	pag.6
Cap.IV	Veniturile fondurilor AOAM pe tipuri de surse	pag.8
	Primele de AOAM, în mărime procentuală	pag.9
	Primele de AOAM, în sumă fixă.....	pag.9
	Alte venituri	pag.10
	Transferuri de la bugetul de stat	pag.10
Cap.V	Utilizarea fondurilor AOAM sub aspectul programelor și subprogramelor aprobate	pag.11
	Cheltuieli din fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)	pag.11
	Asistența medicală urgentă prespitalicească	pag.13
	Asistența medicală primară	pag.13
	Asistența medicală specializată de ambulatoriu	pag.15
	Servicii medicale de înaltă performanță	pag.15
	Asistența medicală spitalicească	pag.16
	Cheltuieli din fondul măsurilor de profilaxie	pag.17
	Cheltuieli din fondul de rezervă	pag.18
	Cheltuieli administrative	pag.19
Cap.VI	Cheltuielile instituțiilor medico-sanitare contractate de CNAM	pag.21
Cap.VII	Evaluarea respectării condițiilor contractuale de către prestatorii de servicii medicale	pag.23
Cap.VIII	Extras din Raportul auditului executării fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2009	pag.24

I. Context general

Misiune: asigurarea unei protecții financiare adecvate riscului de îmbolnăvire a persoanelor și eficientizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală (SAOAM).

Scop: garantarea accesibilității și calității asistenței medicale pentru cetățean.

Valori:

- dezvoltare – activitatea noastră este dirijată spre perfecționarea continuă, la baza căreia stau colaboratori competenți, loiali, dispuși să implementeze obiectivele;
- receptivitate – suntem deschiși și bine intenționați. Acțiunile noastre se fac în mod transparent prin evaluarea propunerilor spre obținerea unui impact pozitiv;
- cooperare – creăm atmosfera de încredere atât în comunicarea pe intern, cât și în comunicarea cu beneficiarii, partenerii.

Obiective:

- organizarea eficientă a sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;
- asigurarea accesibilității și universalității serviciilor de asistență medicală;
- desfășurarea controlului volumului și calității serviciilor medicale prestate.

Sarcinile CNAM:

- elaborează propuneri pentru modificarea legislației în domeniul AOAM;
- elaborează anual proiectul legii fondurilor AOAM în conformitate cu indicatorii macroeconomici aprobați, prevederile cadrului de cheltuieli pe termen mediu și prioritățile sistemului de sănătate;
- organizează procesul de colectare a primelor de asigurare și de eliberare a polițelor de asigurare;
- încheie cu instituțiile medico-sanitare (IMS) contracte de acordare a asistenței medicale și monitorizează îndeplinirea acestora în cadrul AOAM;
- verifică utilizarea eficientă de către IMS a mijloacelor fondurilor AOAM și evaluează costul serviciilor medicale prestate;
- administrează sistemele informaționale automatizate din cadrul AOAM;
- finanțează campanii de promovare a modului sănătos de viață și reducere a riscurilor de îmbolnăvire;
- administrează sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală.

Tabel 1. Indicatori cheie 2004 - 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% modif. față de 2008
Numărul persoanelor asigurate*	2 263 489	2 411 176	2 498 085	2 634 417	2 568 734	2 448 072	- 4,7
Veniturile fondurilor AOAM (mln. lei)	976,9	1281,7	1559,0	2036,4	2688,7	2878,9	7,1
Ponderea transferurilor din bugetul de stat în veniturile fondurilor AOAM (%)	66,7	65,5	64,2	58,7	54,9	50,6	- 7,8
Cheltuielile fondurilor AOAM (mln.lei)	937,5	1108,0	1485,4	1894,6	2572,0	3071,4	19,4
Cheltuielile FAOAM ca % în PIB	2,9	2,9	3,3	3,5	4,1	5,2	26,8
Mărimea primei de asigurare - cotă procentuală (%)	4	4	4	5	6	7	16,7
Mărimea primei de asigurare în sumă fixă (lei)	441,23	664,8	816,0	1209,0	1893,6	2637,6	39,3
Fondul de remunerare a muncii din care se calculează primele de asigurare (mlrd. lei)	7,7	10,1	12,6	15,2	18,7	19,1	2,1
Numărul instituțiilor medicale și farmaceutice contractate	98	200	239	251	307	320	3,9
Numărul instituțiilor medicale primare contractate direct de CNAM	21	21	24	29	72	73	1,4
Numărul de rețete compensate	-	n/a	732 778	1 644 088	1 975 526	2 180 557	10,4
Cheltuielile pentru medicamente compensate (mln. lei) **	-	7,4	23,8	40,9	55,3	74,1	34,0
Salariul mediu în instituțiile medico-sanitare la o unitate (lei)	730	832	1081	1387	1871	2269	21,3

* Numărul persoanelor asigurate s-a diminuat în 2009 în special datorită micșorării numărului de angajați în contextul crizei

** Sistemul de compensare a medicamentelor a fost inițiat în 2005. Sistemul informațional de evidență a fost introdus în 2006.

Beneficiari, parteneri:

Beneficiarii CNAM sunt toate persoanele care beneficiază de asistență medicală în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate.

Partenerii CNAM sunt:

Instituțiile medico-sanitare și instituțiile farmaceutice cu care s-au încheiat contracte de prestări servicii, inclusiv spitale republicane, municipale, departamentale, raionale, private, centrele medicilor de familie, centre de sănătate, centre de diagnostic, altele.

Instituțiile guvernamentale: Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor, Ministerul Economiei, Ministerul Tehnologiilor Informaționale și Comunicațiilor, Inspectoratul Fiscal Principal de Stat, Agenția Medicamentului, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate, altele.

Partenerii sociali: Confederația Națională a Sindicatelor și Confederația Națională a Patronatelor din Republica Moldova, Sindicatul „Sănătatea”, Sindicatul lucrătorilor din telecomunicații.

Societatea civilă: ONG-uri de profil (drepturile omului și protecția sănătății), organizații profesionale a lucrătorilor medicali.

Administrare:

Consiliul de administrație este organul suprem de autoadministrare al CNAM prin care se susțin interesele tuturor asiguraților în raporturile cu direcția executivă a Companiei și se garantează corectitudinea și echitatea socială în realizarea AOAM.

Componența consiliului de administrație este aprobată de Guvern și include 15 membri, printre aceștia sunt reprezentanți: ai Parlamentului – 1 pers., ai Președinției – 1 pers., ai Guvernului - 5 pers. (inclusiv 2 cooptați de Ministerul Finanțelor și Ministerul Economiei și 2 cooptați de Ministerul Sănătății), ai Confederației Naționale a Patronatului din Republica Moldova - 1 pers., ai Confederației Naționale a Sindicatelor din Republica Moldova - 3 pers., ai organizației profesionale a lucrătorilor medicali - 1 pers. și ai organizațiilor de protecție a drepturilor pacienților - 1 pers.

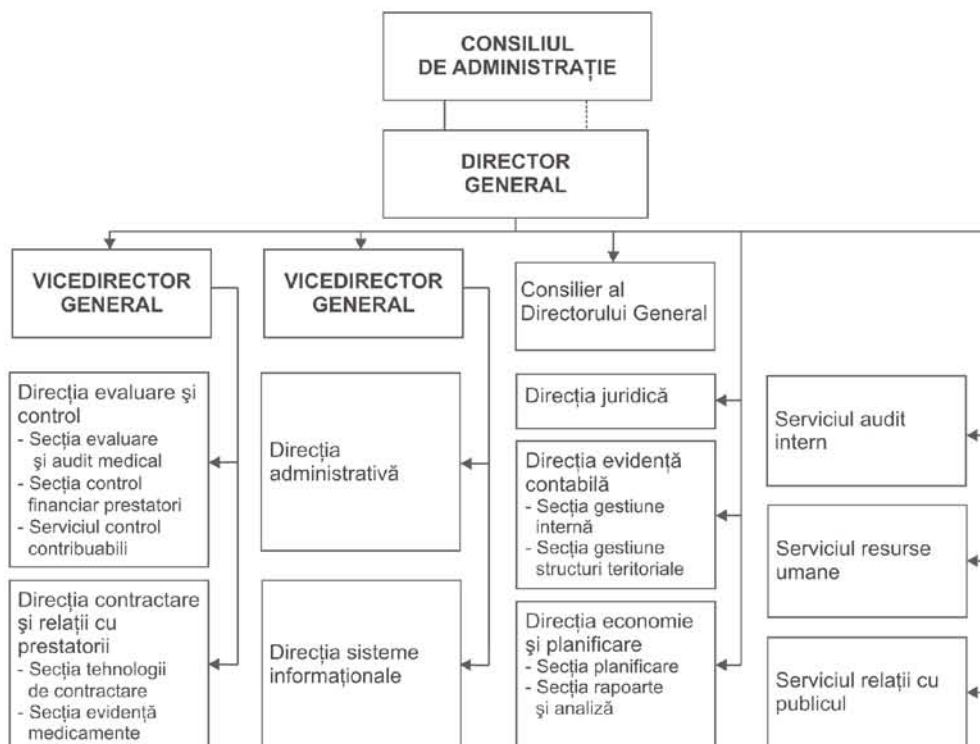
Activitatea consiliului de administrație este condusă de președinte. Pe parcursul anului 2009 funcția de președinte a Consiliului de administrație a fost exercitată de dl Vladimir Eremciuc, deputat în Parlament.

Direcția executivă a Companiei exercită administrarea operațională în limitele competențelor stabilite de consiliul de administrație.

Activitatea direcției executive este dirijată de directorul general, numit în funcție prin hotărâre de Guvern. Prin HG nr. 524 din 26 august 2009 în funcția de director general, pe un termen de 5 ani, a fost numit dl Mircea Buga.

Prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 559 din 10.09.2009 „Cu privire la modificarea anexei nr. 4 la Hotărârea Guvernului nr.1432 din 7.11. 2002”, a fost aprobată o nouă structură a aparatului central al CNAM.

Diagrama 1. Organigrama Companiei Naționale de Asigurări în Medicină



În relațiile cu beneficiarii și partenerii, pe teritoriul Republicii Moldova, CNAM este reprezentată de **12 agenții teritoriale (AT)**. Acestea au statutul de filială și sunt subordonate CNAM, exercitându-și atribuțiile potrivit legilor și actelor normative.

II. Evoluția cadrului legislativ și normativ în sistemul AOAM

După implementarea Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, la nivel național, a fost constituit cadrul normativ necesar implementării și activității SAOAM.

În perioada anilor 2004 - 2009, au fost elaborate și aprobate un șir de acte normative, menite să reglementeze raporturile juridice în domeniul AOAM și să determine poziția juridică a subiecților acestor relații.

În anul 2009 s-a lucrat asupra perfecționării legislației din domeniu, reieșind din rigorile zilei. Principalele realizări la acest capitol sunt următoarele:

- proiectul de lege pentru completarea articolului 4 din Legea nr. 1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, adoptat de Parlament prin Legea nr. 22-XVI din 03.02.2009, prin care în calitate de categorie de persoane asigurate din contul statului au fost introduse persoanele din familiile defavorizate, care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13.06.2008 cu privire la ajutorul social;

- proiectul de lege pentru modificarea și completarea unor acte legislative (Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală) adoptat de Parlament prin Legea nr.108-XVIII din 17.12.2009, în vigoare la 01.01.2010, prin care tuturor persoanelor (inclusiv neasigurate) li s-a oferit posibilitatea de a beneficia de întreg pachetul de asistență medicală urgentă și de asistență medicală primară, precum și de servicii specializate în cazul unor maladii social-condiționate, cu impact major asupra sănătății publice;

proiectul de lege pentru modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 nr.263-XVI din 11.12.2008, adoptat de Parlament prin Legea nr.122-XVIII din 23.12.2009. Ca urmare a modificării parametrilor macroeconomici și a efectelor crizei financiare, prin operarea modificărilor în cauză s-au redus cheltuielile fondurilor și compensarea deficitului înregistrat din contul rezervelor fondurilor AOAM;

- proiectul legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2010, adoptat de Parlament prin Legea nr.128-XVIII din 23.12.2009, care a intrat în vigoare la 01.01.2010. Legea reflectă sinteza veniturilor și cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2010 și stabilește lista programelor și subprogramelor raportate la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

Pentru anul 2010 este stabilit cuantumul primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, calculate în formă procentuală, în mărime de 7,0% și achitate câte 3,5 % de fiecare categorie de plătitori prevăzută de anexa nr.1 a Legii nr.1593-XV din 26 decembrie 2002. În lista categoriilor respective sunt incluși angajatorii, angajații, unitățile, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, persoanele fizice, notarii privați și avocații care plătesc persoanelor fizice ori în folosul lor alte recompense. Totodată, prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă pentru anul 2010 a fost stabilită în sumă de 2478,0 lei. De asemenea, Legea reglementează aplicarea în anul 2010 a reducerii cu 50% a primei calculate în sumă fixă pentru întreprinzătorii individuali și cu 75% pentru proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, în cazul achitării de aceștia a primei de asigurare în termen de 3 luni de la data intrării în vigoare a Legii respective.

- proiectul hotărârii Guvernului cu privire la modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.44 din 26.01.2009. Prin modificările operate s-a stipulat că Ministerul Sănătății în comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicină vor elabora anual, după adoptarea legii fondurilor pe anul respectiv, Norme metodologice de aplicare a Programului Unic al AOAM.

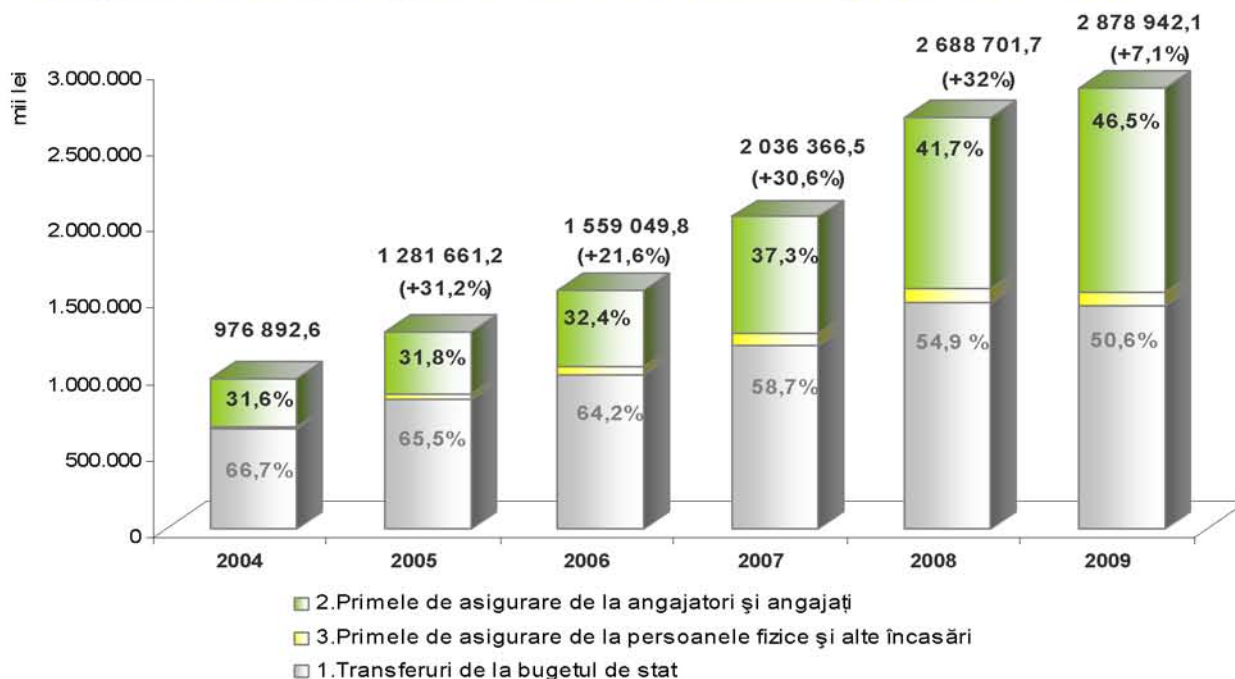
- proiectul hotărârii Guvernului cu privire la modificarea anexei nr. 4 la Hotărârea Guvernului nr.1432 din 07.11.2002, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.559 din 10.09.2009, prin care a fost modificată structura aparatului central al CNAM. Astfel, reieșind din funcțiile CNAM de verificare a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate, s-a propus crearea Direcției evaluare și control. Totodată, având în vedere faptul că a fost dat în exploatare sistemul informațional automatizat s-a propus formarea Direcției sisteme informaționale ca structură separată care va întreține sistemul menționat. De asemenea, în contextul strategiei de creare a controlului intern în cadrul instituțiilor publice și a organizațiilor de stat, s-a propus crearea Serviciului de audit intern.

- Normele metodologice de aplicare în anul 2010 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr.522/207-A din 24.12.2009. Normele metodologice determină principiile de bază de organizare și de plată a serviciilor medicale pe tipuri de asistență medicală prevăzute de Programul unic, acordate în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală de către IMS contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

III. Sinteza veniturilor și cheltuielilor fondurilor AOAM

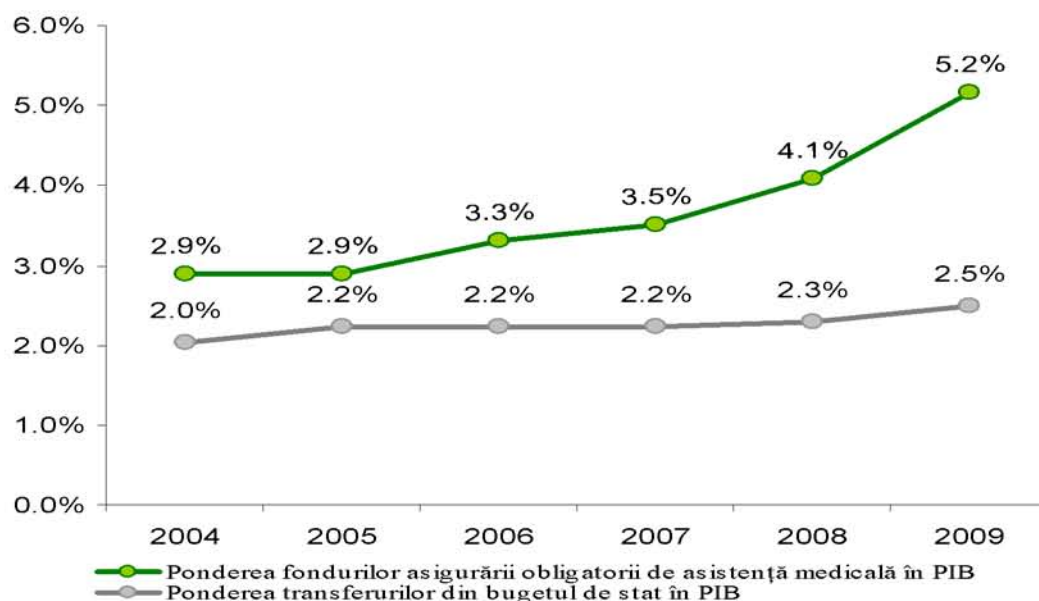
Veniturile și cheltuielile fondurilor AOAM sunt în continuă creștere, înregistrându-se pe parcursul anilor 2004 - 2008 un ritm mediu anual de creștere de circa 29 la sută. În anul 2009, urmare a crizei economice, s-a înregistrat o creștere a veniturilor cu puțin peste 7 la sută față de anul 2008.

Diagrama 2. Structura și dinamica veniturilor FAOAM pe aa. 2004 - 2009



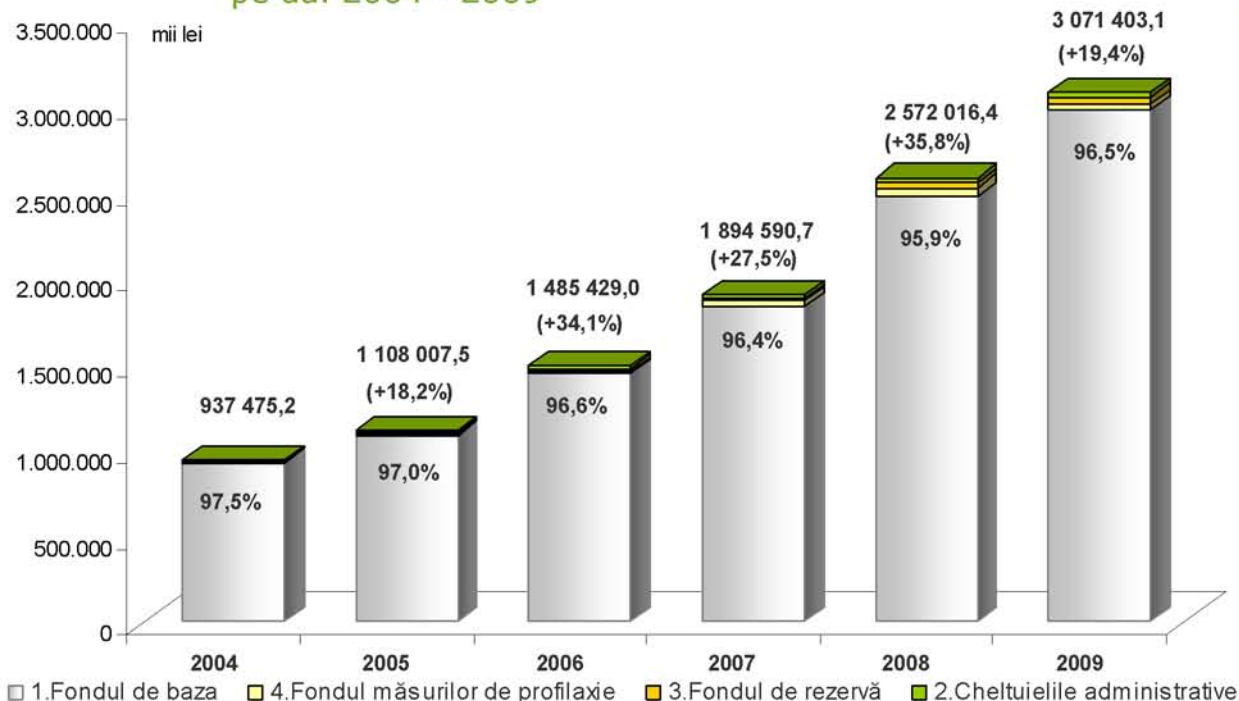
Volumul veniturilor și, respectiv, cheltuielilor fondurilor AOAM este în corelație directă cu evoluția economiei naționale. Pe parcursul anilor 2004 - 2009, a fost păstrată tendință pozitivă a corelațiilor dintre cheltuielile fondurilor AOAM, transferurile din bugetul de stat în fondurile nominalizate și produsul intern brut.

Diagrama 3. Dinamica corelației dintre cheltuielile FAOAM, transferurile din bugetul de stat în FAOAM și produsul intern brut pe aa. 2004 - 2009



În anul 2009, s-a înregistrat o creștere față de anul 2008 a cheltuielilor cu 19,4 la sută. Pe parcursul anilor 2004 – 2009, cota fondului de bază (partea primordială a cheltuielilor) din totalul cheltuielilor fondurilor AOAM a depășit 95 la sută.

Diagrama 4. Structura și dinamica cheltuielilor fondurilor AOAM pe aa. 2004 - 2009



Prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 nr. 263-XVI din 11.12.2008, veniturile și cheltuielile au fost aprobate inițial în sumă de 3 471 490,5 mii lei.

Urmare a modificării parametrilor macroeconomici și a efectelor crizei economico-financiare asupra acumulărilor, în legea menționată au fost operate modificări prin Legea nr.122-XVIII din 23.12.2009. Astfel, parametrii precizați ai fondurilor AOAM au constituit la venituri - 2 850 673,0 mii lei, micșorându-se cu 17,9%, iar la cheltuieli - 3 101 473,0 mii lei, micșorându-se cu 10,7% față de cele inițiale, cu un deficit aprobat de 250 800 mii lei.

Din motivele diminuării drastice a acumulărilor, în anul 2009, fondurile AOAM pentru prima dată au înregistrat un deficit de 192 461,0 mii lei, care a fost acoperit integral din contul soldului pozitiv de 545 539,0 mii lei format la situația din 01.01.2009. Ca urmare, la 31.12.2009 soldul fondurilor AOAM a constituit 353 078,0 mii lei. Se constată că existența unor rezerve în fonduri diminuează impactul negativ al eventualelor șocuri financiare și epidemice.

IV. Veniturile fondurilor AOAM pe tipuri de surse

Acumulările în fondurile AOAM, în anul 2009, au fost realizate în sumă de **2 878 942,1 mii lei**, cu 28 269,1 mii lei sau 1,0% mai mult decât a fost aprobat prin lege. Comparativ cu anul 2008, veniturile au crescut cu 190 240,4 mii lei sau cu 7,1%.

Tabel 2. Veniturile fondurilor AOAM pe a. 2009

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	(mii lei)
					Raportul (în %) executat față de precizat
Venituri, total	3 471 490,5	2 850 673,0	2 878 942,1	+ 28 269,1	101,0
<i>inclusiv:</i>					
Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală, în mărime procentuală, achitate de angajatori și angajați	1 582 000,0	1 310 260,0	1 338 151,9	+ 27 891,9	102,1
Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală, în sumă fixă, achitate de persoanele fizice	53 081,7	38 500,0	38 466,1	- 33,9	99,9
Alte venituri	15 608,8	45 100,0	45 511,1	+ 411,1	100,9
<i>inclusiv:</i>					
dobânzi	14 675,4	44 132,0	44 458,5	+326,5	100,7
alte venituri	149,8	25,0	25,1	+0,1	100,4
amenzi și sancțiuni	783,6	943,0	1 027,5	+84,5	109,0
Transferuri de la bugetul de stat	1 820 800,0	1 456 640,0	1 456 640,0	0,0	100,0
Transferuri de la bugetul de stat pentru compensarea veniturilor ratate		173,0	173,0	0,0	100,0

Veniturile la fondurile AOAM se constituie din primele de asigurare obligatorie de asistență medicală achitate de contribuabili, transferuri de la bugetul de stat și alte venituri (amenzi și sancțiuni administrative, dobânzi bancare, etc.).

Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală 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 asigurat.

Mărimea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală se stabilește anual prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. Aceste mărimi, atât în sumă fixă cât și procentuală, au evoluat pe parcursul anilor 2004-2009 (Tabel 1), fiind în corelație directă cu evoluția economiei naționale.

Primele de AOAM, în mărime procentuală

Mărimea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală sub formă de contribuție procentuală a fost aprobată pentru anul 2009 în cuantum de 7%, față de 6% în anul 2008.

Primele de asigurare în mărime procentuală acumulate pe parcursul anului 2009, deși în diminuare față de cele planificate inițial, au crescut totuși în valoare absolută, în special datorită creșterii cotei procentuale.

Aceste prime de asigurare au fost acumulate în sumă de **1 338 151,9 mii lei**, sau 102,1% față de cele planificate, ceea ce constituie o pondere de 46,5% din veniturile totale. Față de anul 2008 au fost acumulate mai mult cu 217 245,9 mii lei.

Creșterea cotei procentuale s-a făcut gradual, câte 1% în anii 2007 - 2009. Stabilită inițial la 4% în 2004, această cotă și astăzi este mult sub media de 13% din țările europene cu sisteme similare de asigurări obligatorii de sănătate. Modernizarea sistemului de asigurări presupune și ajustarea treptată a acestui parametru.

Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în mărime 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 asigurare obligatorie de asistență medicală. Printre acestea se numără, în special, angajatorii și angajații.

Primele de AOAM, în sumă fixă

Mărimea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de sumă fixă se calculează prin aplicarea primei de asigurare în mărime procentuală la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici.

Pentru anul 2009, a fost prognozat un salariu mediu anual de 37 680 lei (3 140 lei x 12 luni). Aplicând cota procentuală de 7%, a fost calculată prima de asigurare în sumă fixă de **2 637,6 lei**.

Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, achitate de persoane fizice cu domiciliul în Republica Moldova în 2009, au fost acumulate în sumă de **38 466,1 mii lei**, sau 99,9% din cele planificate, ceea ce constituie o pondere de 1,3% din veniturile totale. Comparativ cu anul 2008 au fost acumulate cu 1 629,7 mii lei mai mult.

Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală 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 asigurare obligatorie de asistență medicală. Printre acestea se regăsesc proprietarii de terenuri agricole, fondatorii de întreprinderi individuale, titularii de patentă de întreprinzător, notarii și avocații. Plătitorii de prime în sumă fixă sunt obligați să achite prima anuală până la data de 31 martie a fiecărui an. Cei care au achitat în termen prima de asigurare (cu excepția notarilor și avocaților) au beneficiat în 2009 de o reducere de 50% de la suma de 2637,6 lei stabilită prin lege.

În anul 2009, s-au asigurat în mod individual, prin achitarea primei de asigurare în sumă fixă, **25 700** persoane.

Alte venituri

În anul 2009, au fost acumulate la acest capitol 45 511,1 mii lei sau 100,9% din cele planificate, ceea ce constituie o pondere de 1,6% din veniturile totale.

În această categorie de venituri sunt incluse:

- amenzile aplicate de inspectoratele fiscale – 723,6 mii lei;
- amenzile și sancțiunile administrative aplicate de CNAM – 303,9 mii lei;
- dobânzile aferente soldurilor bănești aflate în bănci – 44 458,5 mii lei;
- alte încasări – 25,1 mii lei.

Conform legii, instituția financiară ce deservește conturile fondurilor AOAM achită dobândă la soldurile conturilor în mărimea stabilită în contract, dar nu mai puțin decât rata medie ponderată a dobânzii pe sistemul bancar la depozitele cu același termen de păstrare, calculate din ratele medii disponibile pentru ultimele 3 luni. Această dobândă se transferă lunar în conturile bancare ale Trezoreriei de Stat ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și agențiilor ei teritoriale.

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 nr. 1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală). Sunt asigurate de Guvern **14 categorii** de persoane, inclusiv copii până la 18 ani, pensionari, invalizi, șomeri, persoane care beneficiază de ajutor social, etc.

Suma transferurilor din bugetul de stat în fondurile AOAM pentru categoriile de persoane asigurate de Guvern, se calculează reieșind din aplicarea cotei procentuale din totalul cheltuielilor de bază aprobate ale bugetului de stat, cu excepția cheltuielilor efectuate din veniturile cu destinație specială prevăzute de legislație, nu mai mică decât 12,1%.

Pentru anul 2009, au fost transferate de la bugetul de stat **1 456 640,0 mii lei** sau la nivelul planificat prin lege. Comparativ cu anul 2008, au fost transferate cu 20 560,0 mii lei mai puțin.

În contextul ajustărilor operate la sistemul de asigurări și sporirii graduale a primelor de asigurare în mărime procentuală, se înregistrează o tendință firească de micșorare a ponderii acestor venituri în acumulările totale ale fondurilor AOAM de la 66,7% în anul 2004, la 50,6% în anul 2009 (**Tabel 1**).

Adițional, conform art.3 din Legea nr.39-XVI din 2 martie 2006, pentru compensarea veniturilor ratate au fost transferate de la bugetul de stat 173,0 mii lei.

V. Utilizarea fondurilor AOAM sub aspectul programelor și subprogramelor aprobate

Mijloacele financiare, indiferent de sursa de achitare, se acumulează în contul unic al CNAM, fiind ulterior repartizate conform normativelor legale în următoarele fonduri:

- fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază);
- fondul măsurilor de profilaxie;
- fondul de rezervă;
- cheltuieli administrative.

Tabel 3. Utilizarea mijloacelor fondurilor AOAM pe a. 2009

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	Raportul (in %) executat față de precizat
Cheltuieli, total	3 471 490,5	3 101 473,0	3 071 403,1	-30 069,9	99,0
<i>inclusiv:</i>					
Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)	3 295 030,9	2 973 446,0	2 965 326,9	-8 119,1	99,7
Fondul de rezervă	69 429,8	40 013,5	40 007,6	-5,9	100,0
Fondul măsurilor de profilaxie	69 429,8	57 013,5	35 968,3	-21 045,2	63,1
Cheltuielile administrative	37 600,0	31 000,0	30 100,3	-899,7	97,1

Cheltuielile totale din fondurile AOAM, pe parcursul anului 2009, au fost realizate în sumă de **3 071 403,1 mii lei**, cu 30 069,9 mii lei sau cu 1% mai puțin decât s-a aprobat. Comparativ cu anul 2008, cheltuielile au crescut cu 499 386,7 mii lei sau cu 19,4%.

Anual, în Legea fondurilor AOAM se planifică cheltuieli, divizate pe programe și subprograme, pentru fiecare fond în parte. Fondurile de asigurări se constituie pe principiul cumulativ, iar eventualele depășiri ale veniturilor asupra cheltuielilor se utilizează în aceleași scopuri pentru anul următor.

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

Cele mai importante cheltuieli ale fondurilor AOAM (peste 94% anual, conform normativelor) se efectuează din contul fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază). Mijloacele financiare acumulate în fondul de bază se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM, care include:

- asistența medicală urgentă prespitalicească;
- asistența medicală primară;
- asistența medicală specializată de ambulatoriu;
- asistența medicală spitalicească;
- alte servicii aferente asistenței medicale.

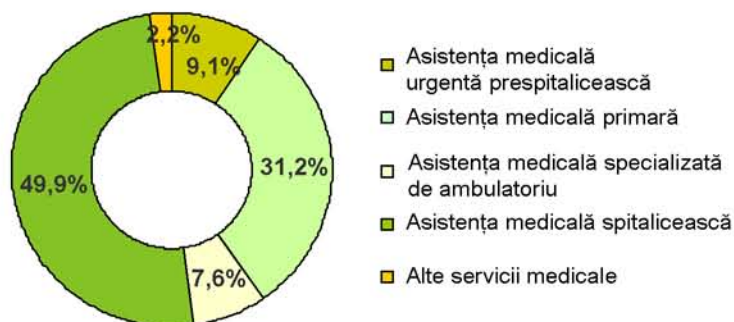
Tabel 4. Structura cheltuielilor din fondul de bază pentru achitarea serviciilor medicale curente pe a. 2009

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+;-) executat față de precizat	Raportul (in %) executat față de precizat
Asistența medicală urgentă prespitalicească	294 044,1	269 701,0	269 740,3	39,3	100,0
Asistența medicală primară	989 118,1	924 544,8	924 491,6	-53,2	100,0
<i>inclusiv: medicamente compensate</i>	80 600,0	80 600,0	74 055,3	-6 544,7	91,9
Asistența medicală specializată de ambulatoriu	243 652,3	230 380,5	226 413,1	-3 967,4	98,3
Asistența medicală spitalicească	1 687 054,1	1 480 157,7	1 478 444,2	-1 713,5	99,9
Servicii medicale de înaltă performanță	77 569,7	65 545,2	65 545,2	0,0	100,0
Ingrijiri medicale la domiciliu	3 592,6	3 116,8	2 120,9	-995,9	68,0
Alte tipuri de asistență medicală (cheltuielile de tratament al persoanelor neasigurate afectate de maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice)*	-	-	-1 428,4	-1 428,4	-
TOTAL	3 295 030,9	2 973 446,0	2 965 326,9	-8 119,1	99,7

* Suma de 1 428,4 mii lei a fost restituită de către prestatorii serviciilor medicale, în urma controalelor efectuate de către serviciul respectiv al CNAM.

În 2009, pentru serviciile medicale acordate, instituțiilor medico-sanitare (IMS) contractate le-au fost transferate din fondul de bază **2 965 326,9 mii lei**, sau la nivelul de 99,7% față de planul prevăzut. Suma constituie 96,5% din cheltuielile totale ale fondurilor AOAM pentru perioadă de referință, fiind în creștere cu 498 610,8 mii lei față de cheltuielile fondului de bază din anul 2008.

Diagrama 5. Ponderea cheltuielilor pe tipuri de asistență medicală în a. 2009



Circa jumătate (49,9%) din mijloacele financiare ale fondului de bază au fost alocate pentru asistența medicală spitalicească, iar 31,2% - pentru asistența medicală primară, inclusiv medicamente compensate.

Serviciile medicale achitate de CNAM din fondul de bază au corespuns spectrului și volumului stipulat în Programul unic, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10 decembrie 2007. Achitarea s-a făcut pentru serviciile real îndeplinite, odată cu acceptarea facturilor emise de IMS contractate.

Tabel 5. Unii parametri ai serviciilor prestate de către IMS în aa. 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Solicitări de ambulanță prestate persoanelor asigurate	651 895	817 766	834 686	877 936	866 253	891 687
Vizite la medicul de familie	8 826 323	9 687 592	9 482 215	9 675 499	9 762 898	10 102 991
Cazuri tratate în ambulatoriu	-	-	156 225	195 369	197 991	228 072
Vizite persoane asigurate în asistența medicală specializată de ambulatoriu	3 339 234	4 806 225	5 137 040	5 340 340	5 751 948	5 929 165
Cazuri tratate în spitale	475 597	499 431	500 603	511 061	538 691	534 676
Servicii de înaltă performanță	12 419	42 740	118 365	200 581	241 936	226 202

Asistența medicală urgentă prespitalicească

Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMU) a fost acordată în cazul urgențelor medico-chirurgicale și a fost asigurată în regim continuu, de la locul accidentului sau îmbolnăvirii și în timpul transportării până la transmiterea pacientului IMS.

Acoperirea cheltuielilor pentru acordarea acestui tip de asistență medicală a fost prevăzută atât din fondul de bază, cât și din fondul de rezervă.

Fondul de bază a fost destinat achitării serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate, iar din fondul de rezervă a fost achitat costul serviciilor medicale prestate persoanelor neasigurate în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore.

AMU a fost prestată de 5 stații zonale de asistență medicală urgentă și 2 IMS departamentale și private, contractate de CNAM.

Contractarea asistenței medicale urgente prespitalicești a fost efectuată după principiul „per capita”.

Pe parcursul anului 2009, au fost prestate persoanelor asigurate peste 890 mii de solicitări sau cu o creștere de circa 3% comparativ cu anul 2008. În cazul persoanelor neasigurate au fost prestate circa 50 mii de solicitări, cu o creștere de peste 20% față de 2008.

Activitatea serviciului de AMU a acoperit necesitățile populației, iar calitatea serviciilor prestate a fost la un nivel satisfăcător, fapt confirmat prin mărirea accesibilității persoanelor la serviciile de urgență, dar și micșorarea marjei de eroare între diagnosticul serviciului AMU și diagnosticul stabilit în secția internare a spitalului.

Asistența medicală primară

În anul 2009, asistența medicală primară (AMP) a fost acordată de medicii de familie în cazul maladiilor și stărilor prevăzute în Programul unic al AOAM și a inclus următoarele activități:

- supravegherea sănătății persoanelor înregistrate la medicul de familie;
- promovarea modului sănătos de viață și educație pentru sănătate;
- imunizări conform calendarului de vaccinare și indicațiilor epidemiologice;
- examene medicale profilactice;
- planificarea familiei;
- supravegherea dezvoltării copilului;
- îngrijirea antenatală, supravegherea gravidelor și îngrijirea postnatală a lăuzelor;

- intervenții medicale de reabilitare și recuperare;
- vizite și îngrijiri la domiciliu;
- organizarea și efectuarea măsurilor antiepidemice primare în focarele de boli infecțioase ș.a.

Pe parcursul anului 2009, pentru estimarea sumelor alocate „per capita” în cadrul asistenței medicale primare, s-a trecut treptat de la finanțarea pentru numărul estimativ de persoane la finanțarea pentru numărul de persoane înregistrate în Baza de date „Registrul persoanelor luate la evidență în IMS ce prestează asistență medicală primară în cadrul SAOAM” (Baza de date), conform prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății și CNAM nr.316/138-A din 04.08.2008”.

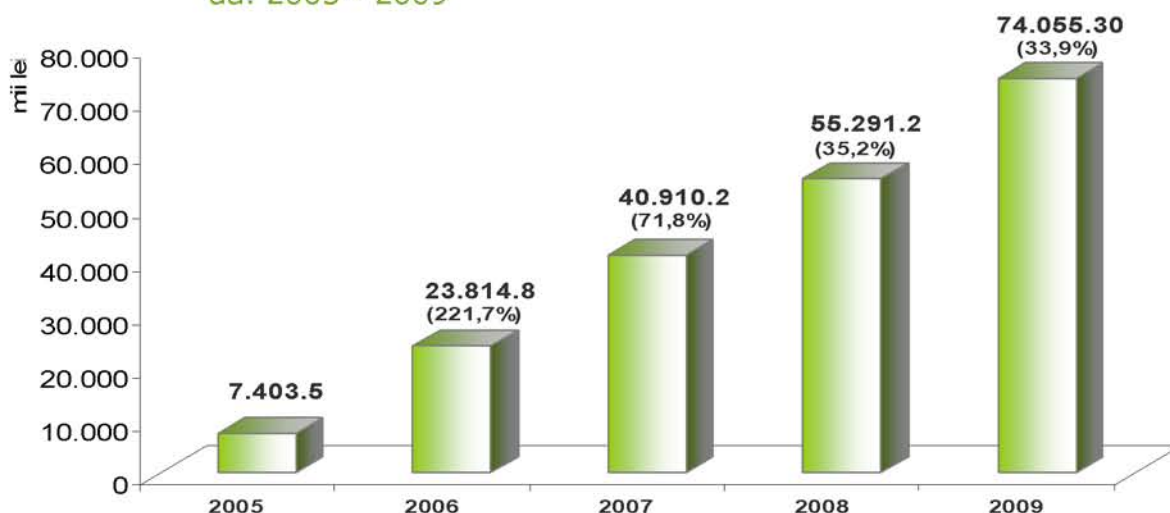
Pentru prestarea asistenței medicale primare, de către CNAM au fost contractate 73 IMS, inclusiv: 2 IMS republicane, 20 IMS municipale (5 asociații medicale teritoriale, un centru al medicilor de familie, 14 centre de sănătate), 46 IMS raionale (35 centre ale medicilor de familie și 11 centre de sănătate autonome), 3 IMS departamentale și 2 IMS private.

CNAM a monitorizat activitatea prestatorilor de asistență medicală primară și a constatat că, pe parcursul anului 2009, au fost efectuate 10,1 milioane vizite de către persoanele asigurate la medicii de familie (comparativ cu 9,8 milioane, în anul 2008).

Pentru anul 2009, în cadrul asistenței medicale primare s-a păstrat mecanismul de plată „cazul tratat în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu”, fiind îndeplinite și achitate 228 mii de cazuri. Ca rezultat al acestor acțiuni s-a reușit stimularea medicilor de familie pentru rezolvarea cazurilor tratate la nivelul de asistență medicală primară, totodată, soluționând problema asigurării cu medicamente gratuite a persoanelor.

CNAM a achitat, în acest an, pentru medicamente compensate și gratuite, eliberate în condiții de ambulatoriu, persoanelor asigurate **74 055,3 mii lei**, ceea ce reprezintă 91,9% față de suma planificată, cu o creștere de 18 764,1 mii lei sau de 34% față de cheltuielile efectuate în anul 2008.

Diagrama 6. Cheltuielile pentru medicamente compensate și gratuite aa. 2005 - 2009



În urma analizei sumelor transferate de CNAM către 155 farmacii contractate, în anul 2009 acestea s-au repartizat în modul următor: 16,4% - medicamentele gratuite destinate copiilor până la 5 ani, 28,6% - medicamentele prescrise persoanelor cu hipertensiune arterială, 6,0% - medicamentele gratuite pentru profilaxia și tratamentul anemiilor la femeile gravide și 49,0% - medicamentele prescrise în cadrul tratamentului altor afecțiuni de sănătate.

Asistența medicală specializată de ambulatoriu

Asistența medicală specializată de ambulatoriu (AMSA) se acordă, de regulă, în baza biletului de trimitere a medicului de familie, în scopul stabilirii diagnosticului și tacticii de tratament. Persoanele asigurate se pot adresa direct la medicul specialist de profil în cazurile de urgență și în cazul unor maladii cronice specificate în anexă la Programul unic.

AMSA include următoarele activități:

- consultația medicului specialist de profil;
- recomandări pentru efectuarea analizelor de laborator, inclusiv: bacteriologice, virusologice, serologice și instrumentale;
- îndreptarea, în caz de necesitate, la alți medici specialiști de profil sau spital, conform regulamentului stabilit;
- recomandări pentru tratament, reabilitare medico-socială, supraveghere în dinamică de către medicul de familie.

Pentru prestarea asistenței medicale specializate de ambulatoriu, CNAM a contractat 86 IMS, inclusiv 19 IMS republicane, 22 IMS municipale, 40 IMS raionale și 5 IMS departamentale și private.

Contractarea a fost efectuată pentru acest tip de asistență medicală în baza principiului „per capita”.

Pe parcursul anului 2009, CNAM a monitorizat numărul de vizite a persoanelor asigurate efectuate la medicii specialiști de profil și a constatat 5,9 milioane vizite consultative (comparativ cu 5,8 milioane vizite în 2008), inclusiv 604 mii în asistența medicală stomatologică.

Tabel 6. Numărul de vizite consultative

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total vizite	3 339 234	4 806 225	5 137 040	5 340 340	5 751 948	5 929 165
<i>Inclusiv: vizite în asistența medicală stomatologică</i>	133 840	519 709	568 058	607 546	648 045	604 427

În anii 2004 - 2009 se observă o creștere importantă a numărului de vizite consultative la medicii specialiști de profil, fapt care denotă sporirea accesului persoanelor asigurate la serviciile specializate de ambulatoriu.

Servicii medicale de înaltă performanță

Odată cu creșterea acumulărilor în fondurile AOAM, a sporit și ponderea cheltuielilor pentru serviciile medicale de înaltă performanță, costul cărora este destul de ridicat pentru achitarea individuală din partea persoanelor asigurate.

Contractarea serviciilor medicale de înaltă performanță a fost efectuată după principiul „per serviciu”.

În anul 2009, pentru prestarea acestor servicii, au fost contractate 15 IMS (7 IMS republicane, 2 IMS municipale, 6 IMS private).

Monitorizând activitatea prestatorilor contractați, vom remarca o continuă extindere a spectrului și numărului investigațiilor de înaltă performanță prestate.

Tabel 7. Numărul unor servicii de înaltă performanță prestate pe parcursul aa. 2004 - 2009

Denumirea serviciilor	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rezonanța magnetică nucleară	1 168	1 156	1 262	1 487	2 056	2 221
Tomografia computerizată	2 174	4 296	7 841	18 094	22 214	26 369
Scintigrafii	3 836	5 368	7 364	10 274	11 762	11 906
Investigații radiografice	206	560	987	1 289	3 182	3 772
Investigații genetice (determinarea ARN, ADN a agenților patogeni în materialul biologic)	2 297	3 184	4 534	4 891	16 439	14 934
Determinarea parametrilor imunologici	-	16 406	62 856	94 080	111 127	109 295

Asistența medicală spitalicească

Asistența medicală spitalicească (AMS) se acordată persoanelor asigurate în cazurile când prestarea asistenței medicale nu poate fi efectuată în condiții de ambulatoriu, ori starea sănătății pacientului necesită supraveghere în condiții de spital. Prioritate au spitalizările pentru stările de urgență. De asemenea, IMS spitalicești au posibilitatea internării programate a pacienților în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie și deciziilor consiliilor medicale consultative.

Contractarea AMS a fost efectuată după principiul „per caz tratat”. Cazul tratat include toate indicațiile medicale prescrise de medicul curant sau consiliul medical, inclusiv pentru maladiile concomitente, care influențează rezolvarea cazului tratat. Durata de internare în spital pentru fiecare caz este individuală și depinde de: starea sănătății pacientului, indicatorii ce caracterizează funcțiile vitale ale organismului, riscul epidemiologic ce argumentează necesitatea tratamentului în condiții de spital. Luând în considerare diversitatea și complexitatea cazurilor prestate în cadrul AMS, acestea pot fi comparate, ținând cont de nivelurile IMS contractate.

Tabel 8. Numărul de cazuri tratate prestate

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
IMS Republicane	118 419	141 256	143 025	146 729	152 994	149 491
IMS din mun. Chișinău	89 234	72 831	74 205	76 388	80 965	79 709
IMSP SCM Bălți	25 967	28 474	28 120	28 707	30 381	30 391
IMS Raionale	238 613	249 229	247 195	250 922	265 196	265 146
IMS Departamentale	3 364	7 641	8 058	8 315	9 155	10 400
TOTAL	475 597	499 431	500 603	511 061	538 691	535 137*

* Sunt incluse și cazurile tratate a bolnavilor neasigurați cu gripă pandemică.

În legătură cu agravarea situației epidemiologice cu gripă pandemică A (H1N1) și în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, pe parcursul lunilor noiembrie și decembrie ale anului 2009, CNAM a acoperit cheltuielile suplimentare suportate de IMS pentru spitalizarea și tratamentul bolnavilor cu gripă pandemică.

De către CNAM au fost acoperite de asemenea cheltuielile de tratament în condiții de staționar al maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, cu diagnostic confirmat în cazul persoanelor neasigurate.

Tabel 9. Numărul de cazuri tratate prestate persoanele neasigurate cu maladii social-condiționate

Denumirea profilului	Cazuri tratate efectuate
1. Ftziopulmonologie	1 508
2. Psihiatrie	2 122
3. Narcologie	2 996
4. Oncologie	1 292
5. Dermatovenerologie	9
6. SIDA	265
7. Infecțioase	197
TOTAL	8389

Studiul activității instituțiilor medicale spitalicești în cadrul AOAM relevă o tendință de creștere a numărului de „cazuri tratate” prestate de acestea, mai cu seamă din rândul celor republicane. Creșterea numărului de cazuri determină sporirea accesului la serviciile medicale spitalicești, fapt determinat și de interesul economic al prestatorilor de servicii medicale prin depășirea volumului prevederilor contractuale cu CNAM.

Cheltuieli din fondul măsurilor de profilaxie

Mijloacele financiare, acumulate în fondul măsurilor de profilaxie se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor legate preponderent de:

- realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire;
- efectuarea examinărilor profilactice (screening) în scopul depistării precoce a îmbolnăvirilor;
- finanțarea proiectelor și evenimentelor în scopul promovării modului sănătos de viață;
- alte activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțare de către Consiliul de administrație al Companiei.

Tabel 10. Structura cheltuielilor din fondul măsurilor de profilaxie pe a. 2009

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	Devieri (+,-) executat față de precizat	(mii lei)
					Raportul (în %) executat față de precizat
Cheltuieli, total	69 429,8	57 013,5	35 968,3	- 21 045,2	63,1
<i>inclusiv:</i>					
Cheltuieli de promovare a modului sănătos de viață	2 991,0	2 800,0	424,8	- 2 375,2	15,2
Cheltuieli aferente realizării măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire și efectuarea screeningului privind unele maladii importante pentru societate	66 438,8	54 213,5	35 543,5	- 18 670,0	65,6

În anul 2009, confruntarea cu epidemia de gripa A (H1N1) a condiționat ponderea majoră de cheltuieli (77%) din totalul cheltuielilor fondului de profilaxie.

Din totalul cheltuielilor de 35 968,3 mii lei ale fondului măsurilor de profilaxie, au fost transferate pentru:

- realizarea proiectului de promovare a modului sănătos de viață și reducere a riscului de îmbolnăvire - 4248 mii lei;
- profilaxia gripei sezoniere - 5627,8 mii lei;
- profilaxia osteoporozei - 2309,5 mii lei;
- procurarea de medicament antiviral specific (Oseltamivir), dezinfectanți, reactivi și consumabile de laborator, mijloace de protecție individuală, în vederea executării Hotărârii Guvernului RM nr.658 din 06.11.2009, Hotărârii Comisiei Extraordinare Antiepidemice Republicane nr.7 din 06.11.09 - 27606,2 mii lei.

Cheltuieli din fondul de rezervă

Mijloacele financiare, acumulate în fondul de rezervă se utilizează pentru:

- 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 în fondul de bază;
- acoperirea cheltuielilor de acordare a asistenței medicale la etapa prespitalicească (în caz de urgențe medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viața persoanei) și la etapa asistenței medicale primare acordată de către medicul de familie (care cuprinde examenul clinic subiectiv și obiectiv, cu recomandarea investigațiilor și tratamentului) pentru persoanele neasigurate.

Tabel 11. Structura cheltuielilor din fondul de rezervă pe a. 2009

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	(mii lei)	
				Devieri (+;-) executat față de precizat	Raportul (in %) executat față de precizat
Cheltuieli, total	69 429,8	40 013,5	40 007,6	- 5,9	100,0
<i>inclusiv:</i>					
Acoperirea cheltuielilor suplimentare necesare pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate în condițiile prevăzute de legislație	39 125,2	10 013,5	10 008,0	- 5,5	99,9
Acoperirea cheltuielilor de acordare a asistenței medicale persoanelor neasigurate în volumul prevăzut de legislație	30 304,6	30 000,0	29 999,6	- 0,4	100,0

În 2009, cheltuielile fondului de rezervă au constituit 40 007,6 mii lei, cu o creștere de 11 820,9 mii lei față de cheltuielile efectuate în anul 2008, dintre care pentru:

- îndeplinirea indicatorilor de performanță a personalului medical în cadrul AMP pentru trimestrul IV, al anului 2008 - 177,0 mii lei;

- achitarea serviciilor acordate persoanelor neasigurate în cadrul AMU și AMP - 29 394,6 mii lei;
- tratamentul în staționar a bolnavilor cu gripă pandemică A (H1N1) - 10 436,0 mii lei.

Cheltuieli administrative

Conform legislației în vigoare, mijloacele financiare destinate acoperirii cheltuielilor administrative se utilizează pentru:

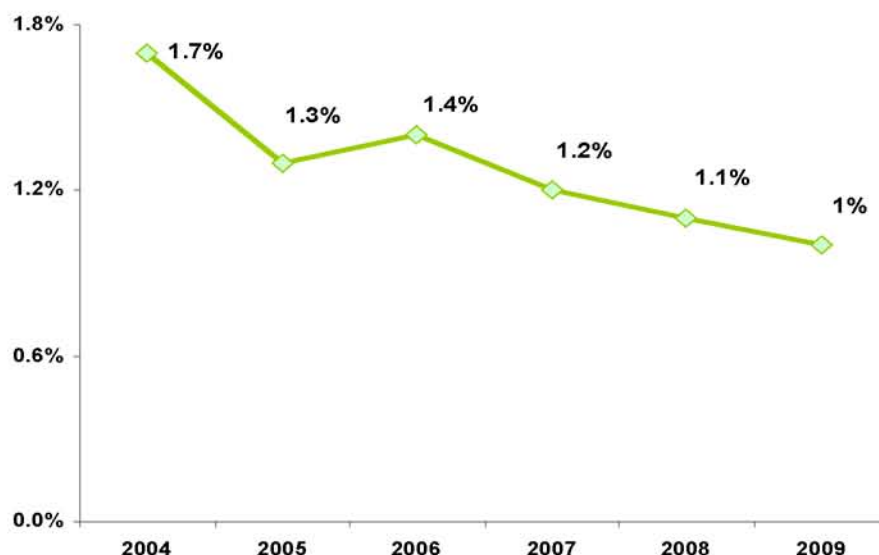
- salarizarea personalului angajat al CNAM și al agențiilor teritoriale;
- cheltuieli operaționale;
- întreținerea sistemului informațional și infrastructurii organizatorice;
- procurarea mijloacelor fixe și a utilajului necesar;
- cheltuieli de gospodărie și birotică;
- instruirea și perfecționarea cadrelor;
- acoperirea cheltuielilor de deplasare;
- alte activități ce țin de administrarea CNAM.

Tabel 12. Structura cheltuielilor administrative pe a. 2009

Denumirea indicatorului	Aprobat	Precizat	Executat	(mii lei)	
				Devieri (+;-) executat față de precizat	Raportul (in%) executat față de precizat
Cheltuieli curente	30 050,0	28 500,0	28 086,5	-413,5	98,5
<i>Inclusiv:</i>					
Retribuirea muncii	16 734,4	17 284,4	17 282,2	-2,2	100,0
Contribuțiile de asigurări sociale de stat obligatorii	3 534,7	3 634,7	3 622,8	-11,9	99,7
Primele de asigurări obligatorii de asistență medicală	537,9	552,9	551,3	-1,6	99,7
Valoarea materialelor procurate și serviciilor prestate	9 091,3	6 889,2	6 493,8	-395,4	94,3
Deplasări în interes de serviciu	105,0	98,6	97,7	-0,9	99,1
Cheltuieli de protocol	21,6	15,1	15,1	0,0	100,0
Alte cheltuieli curente	25,1	25,1	23,6	-1,5	94,0
Cheltuieli privind întreținerea mijloacelor fixe cu destinație generală și administrativă	7 550,0	2 500,0	2 013,8	-486,2	80,6
TOTAL	37 600,0	31 000,0	30 100,3	-899,7	97,1

Pentru cheltuielile administrative, conform legislației, este prevăzută repartizarea până la 2% din veniturile încasate în contul unic al CNAM. Însă, ținând cont de prioritatea compensării surselor limitate ale fondului de bază, ponderea cheltuielilor de administrare a sistemului de asigurări are o tendință de diminuare constantă.

Diagrama 7. Ponderea cheltuielilor administrative din totalul veniturilor fondurilor AOAM pentru aa. 2004 - 2009



Din mijloacele utilizate pentru administrarea sistemului de asigurări (**30 100,3 mii lei**), ponderea cea mai mare o dețin cheltuielile pentru retribuirea muncii angajaților - 57,4%, după care urmează cheltuielile de procurare a materialelor și serviciilor prestate - 21,6%, contribuții de asigurare socială și medicală – 13,9%.

Capitalul cel mai de preț al CNAM îl reprezintă angajații, cu efortul cărora se realizează implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate. La 31 decembrie 2009, conform statelor aprobate, în CNAM activau **290 angajați**, inclusiv personalul tehnic. Dintre toți angajații - 218 (75%) au studii superioare (medici, economiști, juriști, contabili, alți specialiști). Salariul mediu lunar al unui angajat a constituit, în 2009 – 5180 lei.

Deși se constată un salariu confortabil, numărul redus de angajați condiționează și efortul de muncă sporit. Astfel, în anul 2009, fiecare angajat în mediu: a deservit 8 500 de persoane asigurate, a evaluat 1500 de cazuri tratate în staționar și 600 în ambulatoriu, a verificat 7 500 rețete compensate, a efectuat 4 controale a instituțiilor medicale, etc. Prin urmare, motivarea materială este direct proporțională cu eforturile și rezultatele obținute de angajații CNAM.

La capitolul „materiale procurate și servicii prestate” sunt incluse cheltuielile pentru: realizarea polițelor de asigurare prin intermediul oficiilor poștale; dezvoltarea sistemelor informaționale; realizarea campaniilor de informare a populației în domeniul AOAM; servicii editoriale, etc.

Din cheltuielile capitale de 2 013,8 mii lei, pentru lucrările de construcție și reparație capitale s-a folosit suma de 1 254,0 mii lei și 759,8 mii lei pentru procurarea mijloacelor fixe.

VI. Cheltuielile instituțiilor medico-sanitare contractate de CNAM

Compania Națională de Asigurări în Medicină a contractat, pentru anul 2009, servicii de la **320** instituții medicale și farmaceutice, inclusiv 165 instituții medicale, dintre care: 21 - republicane, 34 – municipale, 7 - departamentale, 84 – raionale, 14 – private, 5 - stații zonale de urgență și 155 instituții farmaceutice.

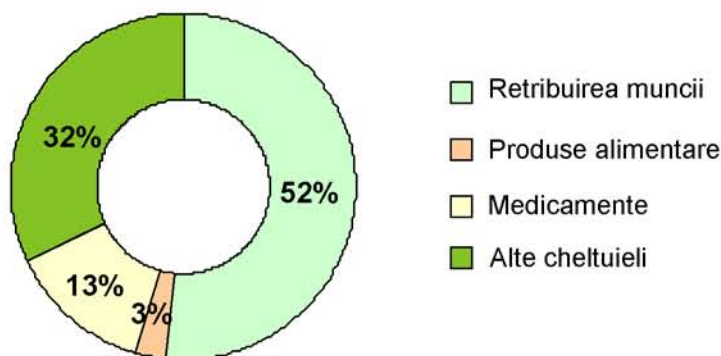
Conform contractelor încheiate cu CNAM, instituțiile medico-sanitare își repartizează cheltuielile, conform devizelor, pe patru articole: „Retribuirea muncii”, „Alimentarea pacienților”, „Medicamente” și „Alte cheltuieli”. Executarea este raportată periodic Ministerului Sănătății, CNAM și fondatorilor.

Tabel 13. Structura cheltuielilor instituțiilor medicale contractate pe articolele de cheltuieli

		Cheltuieli TOTAL	inclusiv:			
			Retribuirea muncii	Produse alimentare	Medicamente	Alte cheltuieli
IMSP republicane	plan precizat	1 099 929,6	496 335,2	40 970,4	171 805,6	390 818,4
	executat	1 006 748,2	479 171,8	34 888,3	157 883,7	334 804,4
IMSP municipale și raionale	plan precizat	1 925 925,6	989 756,0	56 586,8	243 376,9	636 205,9
	executat	1 769 144,9	965 075,7	44 572,9	213 079,5	546 416,8
IMSP departamentale	plan precizat	41 029,5	18 815,6	2 628,6	8 153,1	11 432,2
	executat	37 932,9	18 694,4	2 297,4	6 837,3	10 103,8
Instituții private	plan precizat	29 197,1	6 865,7	113,8	8 191,7	14 025,9
	executat	26 931,7	5 415,6	105,0	5 141,1	16 270,0
Total instituții medicale	plan precizat	3 096 081,8	1 511 772,5	100 299,6	431 527,3	1 052 482,4
	executat	2 840 757,7	1 468 357,5	81 863,6	382 941,6	907 595,0
Cheltuieli administrative CNAM	plan precizat	31 000,0	17 284,4	0,0	0,0	13 715,6
	executat	30 100,3	17 282,2	0,0	0,0	12 818,1
TOTAL	plan precizat	3 127 081,8	1 529 056,9	100 299,6	431 527,3	1 066 198,0
	executat	2 870 858,0	1 485 639,7	81 863,6	382 941,6	920 413,1

În anul 2009, ca și în anii precedenți, circa jumătate din cheltuielile instituțiilor medico-sanitare (IMS) au constituit cheltuielile pentru „retribuirea muncii”, iar „alte cheltuieli” – circa o treime.

Diagrama 8. Ponderea cheltuielilor în cadrul IMS



Cheltuielile totale ale instituțiilor medico-sanitare pentru anul 2009 au constituit **2 840 757,7 mii lei**, sau la nivel de 91.8% din planul aprobat. Comparativ cu anul 2008, cheltuielile IMS au crescut cu circa 20%, iar la articolul „retribuirea muncii” - cu 23%.

Salariul mediu lunar pentru personalul încadrat în sistemul AOAM constituie 2 269 lei la o unitate, cu o creștere de 21,2 la sută față de anul precedent. Salariul mediu lunar pentru o persoană fizică constituie 2 579 lei, cu o creștere de 20,0 la sută față de anul 2008.

Tabel 14. Salariul mediu lunar pe categorii de personal

(lei)

Denumirea unității de personal	Salariul mediu lunar pe unitate			Salariul mediu lunar pe persoană fizică		
	2008	2009	abaterea	2008	2009	abaterea
Personal de conducere	5 556	6 841	23.1%	5 579	6 796	21.8%
Medici	2 963	3 615	22.0%	3 692	4 475	21.2%
Personal medical mediu	1 939	2 331	20.2%	2 189	2 598	18.7%
Personal medical inferior	996	1 201	20.6%	1 090	1 311	20.2%
Alt personal	1 411	1 770	25.5%	1 668	2 060	23.5%
TOTAL	1 871	2 269	21.2%	2 149	2 579	20.0%

Stocurile de bunuri materiale (produse alimentare, medicamente, produse petroliere, cărbune) de care dispuneau IMS la data de 1 ianuarie 2010 au constituit 148 452,6 mii lei, dintre care, pentru medicamente s-au cheltuit 128 237,4 mii lei. Stocul de bunuri materiale la 1 ianuarie 2010 a fost în descreștere față de 1 ianuarie 2009 cu 10 274,6 mii lei.

Tabel 15. Structura stocurilor de bunuri materiale ale IMS la situația din 01 ianuarie 2010

(mii lei)

Tipuri de asistență medicală	produse alimentare		medicamente		produse petroliere		cărbune		TOTAL	
	01.01.09	31.12.09	01.01.09	31.12.09	01.01.09	31.12.09	01.01.09	31.12.09	01.01.09	31.12.09
Prespitalicească	0.0	0.0	3 458.6	3 041.1	7 075.5	2 656.9	409.1	366.4	10 943.3	6 064.3
Primară	0.0	0.0	21 255.2	24 688.6	942.1	1 493.5	7 025.8	6 240.8	29 223.0	32 422.9
Specializată de ambulatoriu	13.6	25.0	3 243.2	4 083.6	346.9	304.4	0.0	24.0	3 603.7	4 437.1
Spitalicească	5 940.3	5 360.8	101 353.9	90 106.8	761.0	1 295.0	3 019.0	2 317.7	111 074.3	99 080.4
Servicii medicale de înaltă performanță	0.0	0.3	3 745.8	6 233.4	51.1	130.3	0.0	0.0	3 796.9	6 364.0
Îngrijiri medicale la domiciliu	0.0	0.0	86.0	83.8	0.0	0.0	0.0	0.0	86.0	83.8
TOTAL	5 953.9	5 386.2	133 142.8	128 237.4	9 176.6	5 880.1	10 453.9	8 948.9	158 727.2	148 452.6

IMS au efectuat procurări de mijloace fixe, pe parcursul anului 2009, în cuantum de 46 225,0 mii lei, cu o creștere față de anul precedent de 24 331,1 mii lei. Ponderea lor, în totalul cheltuielilor de casă, constituie 1,6%.

În baza analizei situației economico-financiare a IMS, la data de 01 ianuarie 2010, majoritatea instituțiilor contractate se încadrează în sursele financiare acumulate, ceea ce denotă o gestionare adecvată a resurselor.

VII. Evaluarea respectării condițiilor contractuale de către prestatorii de servicii medicale

Activitatea de evaluare și control desfășurată de structurile CNAM pe parcursul anului 2009 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 persoanelor asigurate;
- verificarea gestionării eficiente și după destinație a mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- asigurarea accesibilității persoanelor asigurate la serviciile medicale prevăzute în Programul unic;
- examinarea petițiilor, solicitărilor parvenite din partea persoanelor asigurate și rezolvarea, în limita competenței, a problemelor enunțate.

În scopul monitorizării volumului și calității serviciilor medicale prestate, în perioada raportată, a fost evaluată activitatea instituțiilor medicale și farmaceutice privind respectarea condițiilor contractuale. Pe parcursul anului 2009, s-au efectuat 1 156 controale, cu 38% mai mult decât în 2008, în care au fost implicați 40 medici experți și 40 de alți specialiști (economiști, contabili, juriști). Au fost cuprinse cu controale 98,1% din instituțiile medico-sanitare și 80% din farmaciile contractate.

Serviciile prestate necalitativ sau raportate nejustificat, fiind nevalidate, nu au fost acceptate spre plată. Comparativ cu anul 2008, au fost nevalidate cu circa 30% cazuri tratate în staționar și ambulator mai puțin, datorită îmbunătățirii raportării și calității acestor servicii prestate de IMS.

Tabel 16. Evaluarea medicală a unor servicii prestate

Servicii evaluate	2008	2009	Nevalidate în 2008	Nevalidate în 2009
Cazuri tratate în condiții de ambulator	145 335	176 127	5 675	4 046
Cazuri tratate în staționar	407 782	438 203	5 833	3 930
Vizite de îngrijiri la domiciliu	29 208	68 533	1 114	7 745

Pe lângă componenta medicală, în anul 2009, specialiștii CNAM au verificat utilizarea de către IMS a mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM. În rezultatul controalelor efectuate s-au stabilit unele încălcări financiare, inclusiv: în sumă de 6 973,4 mii lei, reflectate la cheltuieli din contul fondurilor AOAM cu utilizarea în scopuri ce nu țin de îndeplinirea Programului unic; mijloace bănești primite din fondurile AOAM dezafectate în sumă de 782,0 mii lei; alte încălcări financiare în sumă de 325,6 mii lei.

Pentru înlăturarea încălcărilor depistate au fost emise dispoziții și expediate scrisori manageriale în adresa conducătorilor IMS, în rezultatul cărora au fost micșorate cheltuielile efective atribuite CNAM, în sumă totală de 2 000,2 mii lei, inclusiv, cu restituirea pe conturi a mijloacelor financiare 1 817,8 mii lei, restituite mijloace bănești în sumă de 1 021,5 mii lei și alte măsuri în sumă de 27,1 mii lei.

Sumele, care nu au fost restituite sau încasate la data de 31.12.2009, sunt rezultatul activității de control a lunilor noiembrie – decembrie 2009, care urmează a fi restituite și încasate pe parcursul anului 2010.

Toate actele de control se remit fondatorilor instituțiilor medico-sanitare (Ministerul Sănătății sau autorități publice locale) și, după caz, altor organe abilitate cu funcții de anchetă și control.

VIII. Extras din Raportul auditului executării fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2009, (aprobat prin Hotărârea Curții de Conturi nr.46 din 25 iunie 2010)

Auditul executării fondurilor AOAM, în anul 2009, s-a efectuat în conformitate cu prevederile art.28 alin.(1) lit.a) și art.31 alin.(1) lit.a) din Legea Curții de Conturi nr.261-XVI din 05.12.2008, cu Programul activității de audit a Curții de Conturi pe anul 2010 și în corespundere cu Standardele de audit ale Curții de Conturi.

Probele de audit au fost obținute prin testarea sistemului de control intern și audit intern, examinarea documentelor primare, registrelor contabile, rapoartelor financiare, dărilor de seamă, utilizându-se mai multe tehnici, cum ar fi: analiza, calcularea și confruntarea datelor, obținerea unor informații de la terțe-părți, obținerea explicațiilor de la persoanele cu funcții de răspundere. S-au folosit proceduri de analiză a indicatorilor și elementelor de importanță semnificativă. Au fost chestionați și intervievați unii angajați ai entităților încadrate în SAOAM, precum și unii pacienți – beneficiari de servicii medicale acordate de IMSP.

Scopul auditului a fost exprimarea opiniei asupra faptului dacă Raportul privind executarea (utilizarea) fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2009, întocmit de CNAM, prezentat Guvernului, spre aprobare și pentru remitere Parlamentului, în toate aspectele semnificative, oferă o imagine veridică și completă, iar operațiunile sunt legale și regulamentare.

Opinia de audit

Opinie fără rezerve privind raportul financiar al CNAM

În opinia auditorilor, bazată pe activitățile de audit efectuate, situațiile financiare și patrimoniale ale CNAM prezintă, sub toate aspectele semnificative, o imagine fidelă pentru anul financiar care s-a încheiat la 31.12.2009, precum și a rezultatelor operațiunilor și fluxurilor de trezorerie ale acestuia, aferente exercițiului contabil încheiat la data sus-menționată.

Opinie cu rezerve privind regularitatea

În opinia auditorilor, utilizarea mijloacelor publice prevăzute la capitolul cheltuieli administrative și gestionarea patrimoniului public în anul 2009 de către CNAM, sub toate aspectele semnificative, au fost efectuate legal și regulamentar cu excepția neregularităților la executarea cheltuielilor capitale.

Opinie fără rezerve asupra raportului privind executarea (utilizarea) fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2009

În opinia auditorilor, bazată pe activitățile de audit efectuate, indicatorii bugetari privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la partea de venituri și cea de cheltuieli, prezintă, sub toate aspectele semnificative, o imagine fidelă pentru anul bugetar care s-a încheiat la 31.12.2009, precum și a rezultatelor operațiunilor și fluxurilor de trezorerie ale CNAM privind finanțarea IMS, aferente exercițiului contabil încheiat la data sus-menționată.

Denumirea organizației: Compania Națională de Asigurări în Medicină
Adresa: MD-2005, mun. Chișinău, bd. Grigore Vieru nr.12
Telefon: (373 22) 22 31 66
Fax: (373 22) 22 61 84
E-mail: info@cnam.md
Web: www.cnam.md
Începutul anului financiar: 1 ianuarie 2009
Sfârșitul anului financiar: 31 decembrie 2009
Gen de activitate: asigurare obligatorie de asistență
medicală la nivel național
Conducere: Mircea BUGA – Director
general
Audit extern: Curtea de Conturi a Republicii Moldova



**COMPANIA NAȚIONALĂ
DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ**