

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
НАЦИОНАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ
В 2012 ГОДУ**



Описание элементов логотипа

Руки-листья – сила и желание НМСК защитить пользователей, обеспечивая доступ к качественным медицинским услугам.

Ствол – НМСК обеспечивает взаимосвязь, поддержку и справедливое распределение финансовых ресурсов для равновесия и надёжности в рамках системы здравоохранения.

Одуванчик – здоровье всего общества, заботливо и верно охраняемого НМСК.

Основание – НМСК базируется на надёжной политике и эффективной стратегии системы здравоохранения.

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ
В 2012 ГОДУ**

РУБИКОН В СТРАТЕГИЧЕСКОМ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ



Мы прожили 2012 год под лозунгом «Первая институциональная стратегия НМСК». Это, конечно же, была инновационная деятельность. Опыт в организации проактивного публичного менеджмента и моделировании будущего управляемой нами системы финансирования, на уровне ожидания стратегических групп, отразился на каждом сотруднике Компании.

Институциональная стратегия НМСК всегда была для руководства недостающим пробелом, который надо восполнить и который мы вместе с экспертами ВОЗ превратили в коллективную цель, обсуждаемую в широком формате. Таким образом, стратегический документ – это прежде всего акт воли и принятия на себя ответственности коллектива и партнёров, помогавших нам на различных этапах определить статус-кво и векторы развития.

Нам удалось разработать амбициозный документ, тем самым была заложена основа этапа, поддерживающего изменения, а элементы новаторства не заставили себя ждать, и были включены в программу реализации плана действий на следующий год. Вследствие этого лозунг 2012 года увековечился в видах деятельности, которые могут стать историей НМСК, будучи отмеченными знаком начала.

На прогресс внедрения институциональной стратегии направлено внимание внешних спонсоров Республики Молдова, а те виды деятельности, которые мы будем развивать, могут стать предметом финансовой поддержки со стороны инвесторов. Что надо сделать – так это отметить прогресс во внедрении стратегических шагов, придерживаясь запланированной бюджетной схемы на среднесрочный период. Рубиконом – точкой невозврата, – установленным в этом году, является поддержание тенденции роста общих ассигнований на здравоохранение, в условиях, когда Республика Молдова придерживается политики развития подлинной системы обязательного медицинского страхования, предполагающей надёжность и финансовую защиту застрахованных лиц, их доступ к качественным медицинским услугам, а также уменьшение нагрузки на государственный бюджет.

СОДЕРЖАНИЕ

Гл.I	Общие положения	стр.9
Гл.II	Эволюция нормативно-законодательной базы в системе ОМС	стр.17
Гл.III	Свод доходов и расходов фондов ОМС	стр.21
Гл.IV	Доходы фондов ОМС по видам источников	стр.25
	Взносы ОМС, исчисленные в процентном отношении	стр.27
	Взносы ОМС, исчисленные в фиксированной сумме	стр.27
	Прочие доходы	стр.29
	Трансферты из государственного бюджета	стр.29
Гл.V	Использование фондов ОМС основанных на утверждённых программах и подпрограммах	стр.31
	Расходы фонда оплаты текущих медицинских услуг (основного фонда)	стр.32
	Стационарная медицинская помощь	стр.35
	Первичная медицинская помощь	стр.37
	Неотложная догоспитальная медицинская помощь	стр.39
	Специализированная амбулаторная медицинская помощь	стр.40
	Высокоспециализированные медицинские услуги	стр.41
	Медицинский коммунитарный, паллиативный уход и уход на дому	стр.42
	Расходы фонда профилактических мероприятий (предупреждения рисков заболевания)	стр.43
	Расходы резервного фонда ОМС	стр.45
	Расходы фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг	стр.45
	Расходы фонда управления системой ОМС	стр.47
Гл.VI	Использование финансовых средств из фондов ОМС медико-санитарными учреждениями	стр.49
Гл.VII	Оценка соблюдения договорных условий поставщиками медицинских услуг	стр.55

Словарь сокращений

- **НМСК** – Национальная медицинская страховая компания;
- **ТА** – Территориальное агентство;
- **ОМС** – Обязательное медицинское страхование;
- **ФОМС** – Фонды обязательного медицинского страхования;
- **СОМС** – Система обязательного медицинского страхования;
- **МСУ** – Медико-санитарное учреждение;
- **ПМСУ** – Публичное медико-санитарное учреждение;
- **НДМП** – Неотложная догоспитальная медицинская помощь;
- **ПМП** – Первичная медицинская помощь;
- **СМП** – Стационарная медицинская помощь;
- **САМП** – Специализированная амбулаторная медицинская помощь;
- **ВМУ** – Высокоспециализированные медицинские услуги;
- **ВОЗ** – Всемирная организация здравоохранения;
- **МЗ** – Министерство здравоохранения;
- **DRG** – Система оплаты больниц в зависимости от сложности случаев (CASE-MIX).

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Миссия: обеспечение надёжности и финансовой защиты застрахованных лиц, их доступ к качественным медицинским услугам.

Ценности:

- Профессиональная этика и честь – мы выполняем свои служебные обязанности ответственно, эффективно, правильно и осознанно;
- Сотрудничество – мы создаём атмосферу доверия при внутрикорпоративном сотрудничестве и сотрудничестве с партнёрами;
- Отзывчивость – мы открыты и оперативно реагируем на нужды пользователей системы ОМС;
- Развитие – мы изобретательны и нацелены на непрерывное развитие организационных способностей и оказываемых услуг для продвижения и внедрения реформ в сфере здравоохранения.

Цели:

- Улучшение услуг для клиентов и обеспечение застрахованных лиц медицинской помощью;
- Уменьшение прямых и неофициальных выплат;
- Поддержка реформ в сфере здравоохранения (децентрализация ПМП, реструктурирование больниц по региональному принципу и пр.);
- Улучшение контроля качества медицинских услуг;
- Повышение эффективности заключения договоров и методов оплаты;
- Повышение эффективности ассигнований на компенсированные медикаменты;
- Привлечение лиц и целевых групп в систему ОМС;
- Рост фондов ОМС;
- Развитие менеджмента процессов и качества;
- Улучшение внутреннего и внешнего общения;
- Координирование структуры НМСК в соответствии со стратегией;
- Развитие навыков персонала НМСК;
- Улучшение и разработка новых информационных систем;
- Улучшение качества данных и анализа, консолидация стратегического и оперативного планирования.

Задачи НМСК:

- Разрабатывает предложения по внесению изменений в законодательство в сфере ОМС;
- Ежегодно разрабатывает проект закона о фондах ОМС в соответствии с утверждёнными макроэкономическими показателями, положениями среднесрочной расходной сметы и приоритетами системы здравоохранения;
- Организует процесс сбора страховых взносов и выдачи страховых полисов;
- Заключает с МСУ договоры на оказание медицинской помощи и следит за их исполнением в рамках ОМС;
- Проверяет эффективность использования МСУ средств из фондов ОМС и оценивает стоимость оказанных медицинских услуг;
- Управляет автоматизированными информационными системами ОМС;
- Финансирует кампании по продвижению здорового образа жизни и снижению рисков заболеваемости;
- Руководит системой ОМС.

История СОМС в датах

1998

- Закон №1585-XIII от 27.02.1998 г. об обязательном медицинском страховании – **первый законодательный акт, положивший начало реформе системы финансирования в здравоохранении.**

2001

- **Основание НМСК;**
- Учреждение Координационного совета по внедрению ОМС.

2002

- Утверждение Устава НМСК;
- Основание Административного совета – высшего руководящего органа НМСК;
- Утверждение Положения о порядке образования и управления фондами ОМС;
- Утверждение образца полиса ОМС;
- Основание 11 территориальных агентств НМСК;
- Закон №1593 о размере, порядке и сроках уплаты взносов ОМС – **второй по важности законодательный акт;**
- Утверждение образца типового договора на оказание медицинской помощи в рамках ОМС;
- Утверждение первой Единой программы ОМС на 2003 год, на основании которой оказывалась медицинская помощь застрахованным лицам в рамках пилотного проекта в районе Хынчешть;

2003

- Отмена Закона №267-XIV от 3 февраля 1999 года о минимуме бесплатной медицинской помощи, гарантированном государством; необходимость в данном законе исчезла одновременно с внедрением СОМС;
- 1 июля был запущен пилотный проект в районе Хынчешть;
- Разработка и внедрение автоматизированной информационной системы «Обязательное медицинское страхование»;
- На едином счёте НМСК зарегистрирована первая сумма, перечисленная из государственного бюджета на текущие расходы, в размере 900,0 тыс. леев;
- Было принято решение о покрытии из резервного фонда ОМС скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в случае серьёзных медико-хирургических urgentных состояний, ставящих под опасность жизнь человека, и первичной медицинской помощи, оказанной незастрахованным лицам с рекомендациями относительно обследования и лечения;
- Была определена юридическая основа выплаты заработной платы работникам ПМСУ, входящим в систему ОМС;
- Утверждение типового Устава ПМСУ, входящих в СОМС;

2004

- **Внедрение СОМС на всей территории Республики Молдова;**
- Включение в ОМС резидентов обязательного постуниверситетского образования и беременных женщин, рожениц и недавно родивших матерей как лиц, застрахованных за счёт государственного бюджета;
- Переход НМСК и ПМСУ от Плана счетов бухгалтерского учёта исполнения расходных смет бюджетных учреждений к Планам счетов бухгалтерского учёта финансово-хозяйственной деятельности предприятий;

2005

- Разработка критериев заключения договоров с поставщиками медицинских услуг в рамках ОМС;

- Введение показателей качества в рамках ПМП и НДМП;
- Включение в единую программу ОМС понятия медикаментов, частично/полностью компенсированных из фондов ОМС;
- Лечение в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и на дому в рамках ПМП, в условиях договоров, заключенных НМСК;

2006

- Изменение порядка расчёта суммы перечислений из государственного бюджета в фонды ОМС для страхования социально уязвимых слоёв населения – процентная ставка от общей суммы утверждённых основных расходов государственного бюджета, но не менее 12,1%;
- Включение в ОМС лиц, ухаживающих на дому за ребёнком-инвалидом с поражениями I степени или за инвалидом с детства I группы, прикованным к постели, в возрасте до 18 лет, и матерей семи и более детей как лиц, застрахованных за счёт государственного бюджета;

2007

- Закон о фондах ОМС основан на программах и подпрограммах;

2008

- Предоставление в первый раз скидки в размере 50,0% на взнос ОМС, исчисленный в фиксированной сумме;
- Основание ТА Бендер в целях охвата обязательной медицинской помощью граждан Республики Молдова, проживающих в левобережных районах Днестра;
- Покрытие расходов на лечение в рамках СМП незастрахованных лиц, страдающих социально значимыми заболеваниями, существенно влияющими на общественное здоровье;
- НМСК заключает договоры на предоставление медицинского ухода на дому;
- Регистрация лиц у семейного врача с возможностью его свободного выбора;
- ПМП юридически отделена от СМП на уровне районов;

2009

- Вследствие изменения макроэкономических параметров и воздействия финансово-экономического кризиса на накопления в фондах ОМС в Закон о фондах ОМС на 2009 год были внесены изменения, согласно которым расходы фондов ОМС были впервые снижены на 10,7% по сравнению с первоначальными и был утверждён дефицит в 250,8 млн. леев;
- Изменение структуры центрального аппарата НМСК путём создания Службы внутреннего аудита, Службы связей с общественностью и Управления оценки и контроля;
- Включение в ОМС лиц из неблагополучных семей, получающих социальное пособие как лица, застрахованные за счёт государственного бюджета, согласно Закону №133-XVI от 13 июня 2008 года о социальном пособии;

2010

- Предоставление в первый раз скидки в размере 75,0% на взнос ОМС, исчисленный в фиксированной сумме, для собственников сельскохозяйственных земель;
- Изменение методов заключения договоров на ПМП путём согласования сумм «на душу населения» с возрастными рисками;
- Незастрахованные лица получают весь пакет неотложных и первичных медицинских услуг, а также службы САМП, в случае социально значимых болезней, существенно влияющих на общественное здоровье (ВИЧ-инфекция);
- Выписка частично/полностью компенсированных медикаментов всем лицам (застрахованным и незастрахованным);
- Медицинский уход, предоставляемый в условиях хосписов, с которыми НМСК заключила договор;

- Создание фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг;
- Акцент в приоритетах перенаправлен на нужды обычного человека – объясняет повторную презентацию корпоративного стиля НМСК с 10 сентября 2010 года;

2011

- В 9 МСУ осуществлялся пилотный проект «**Система оплаты больниц в зависимости от сложности случаев DRG» (CASE-MIX)**;
- Внесение изменений в Единую программу ОМС для обеспечения доступа незастрахованных лиц к САМП в случае заболевания туберкулёзом - как реализация одной из целей системы здравоохранения, направленной на обеспечение финансовой защиты и доступа населения к основным медицинским услугам;
- Назначение незастрахованным лицам частично/полностью компенсированных медикаментов из психотропных, противосудорожных и оральных антидиабетических групп (во второй половине 2011 года);
- НМСК в сотрудничестве с Фондом медицинского страхования Эстонии запустила проект «Материально-техническая поддержка организации и развития СОМС в Республике Молдова». Основной целью данного проекта является материально-техническая поддержка стратегии развития СОМС на среднесрочный и долгосрочный периоды;
- В связи с мероприятиями, посвящёнными десятилетию со дня основания НМСК и почти восьмилетию с момента внедрения СОМС, была организована юбилейная конференция «Система финансирования здравоохранения в Республике Молдова» в сотрудничестве с Бюро ВОЗ в Республике Молдова.

2012

- Согласно решению Административного совета НМСК была утверждена Стратегия институционального развития Национальной медицинской страховой компании на 2013-2017 г.г.;
- С девятью МСУ были заключены договоры в рамках стационарной медицинской помощи на основании новой системы оплаты DRG (CASE-MIX);
- Изменение структуры центрального аппарата НМСК путём создания Управления стратегического развития и кадров;
- 10 апреля 2012 года был организован первый Парад премий в здравоохранении – наиболее важное медицинское событие года, призванное поддержать благодарность и признательность врачам, тем личностям, которые достигли выдающихся результатов в сфере здравоохранения, при партнёрской поддержке ВОЗ;
- НМСК и Центр электронного управления Республики Молдова подписали Соглашение о сотрудничестве, предметом которого является Проект электронных услуг e-CNAM. Электронная услуга e-CNAM будет доступна круглосуточно на правительственном портале Правительство для граждан www.servicii.gov.md и на сайте www.cnam.md. Данная услуга сэкономит время юридических лиц и учреждений, ответственных за активацию или деактивацию статуса работников и 14 категорий лиц, застрахованных Правительством;
- НМСК и Школа менеджмента общественного здоровья подписали Соглашение о сотрудничестве в области анализа и разработки политики здравоохранения, интервенций в сферу общественного здоровья и поддержки консолидации системы здравоохранения;
- НМСК и Эстонская больничная касса (Eesti Haigekassa) подписали Соглашение о сотрудничестве в развитии и укреплении в области системы финансирования здравоохранения;
- НМСК и Центр политики и анализа в области здравоохранения подписали Соглашение о сотрудничестве и содействии в сфере менеджмента общественного здоровья – первое соглашение НМСК с представителями гражданского общества в области здравоохранения.

Получатели, партнёры:

Получателями являются все лица, пользующиеся медицинской помощью в системе ОМС.

Партнёрами НМСК являются:

Медико-санитарные учреждения и фармацевтические учреждения, с которыми были заключены договоры на оказание услуг, в том числе республиканские, муниципальные, ведомственные, районные и частные больницы, центры семейных врачей, центры здоровья, диагностические центры и пр.

Правительственные учреждения: Министерство здравоохранения, Министерство финансов, Министерство экономики, Министерство информационных технологий и связи, Главная государственная налоговая инспекция, Агентство по лекарствам, Национальный совет по оценке и аккредитации в системе здравоохранения, Национальный центр менеджмента здравоохранения и пр.

Социальные партнёры: Национальная конфедерация профсоюзов и Национальная конфедерация патроната Республики Молдова, Профсоюз «Sănătatea», Профсоюз работников телекоммуникаций.

Гражданское общество: профильные НПО (по правам человека и охране здоровья), профессиональные организации медицинских работников.

Управление:

Административный совет является высшим органом самоуправления НМСК, поддерживающим интересы всех застрахованных лиц в отношениях с исполнительным управлением НМСК и гарантирующим правильность и социальное равенство при осуществлении ОМС.

Состав административного совета утверждается Правительством и включает 15 членов, в число которых входят представители: Парламента – 1 человек, Президентуры – 1 человек, Правительства – 5 человек (в том числе 2 представителя Министерства финансов и Министерства экономики, и 2 представителя Министерства здравоохранения), Национальной конфедерации патроната Республики Молдова – 3 человека, Национальной конфедерации профсоюзов Республики Молдова – 3 человека, профессиональной организации медицинских работников – 1 человек и организаций по защите прав пациентов – 1 человек. Деятельностью административного совета руководит председатель. В 2012 году обязанности председателя Административного совета исполнял г-н Роман Казан, заместитель генерального секретаря Правительства.

Исполнительное управление НМСК осуществляет оперативное администрирование в рамках полномочий, определяемых Административным советом.

Деятельностью Исполнительного управления руководит генеральный директор, г-н Мирча Буга, назначенный на эту должность Постановлением Правительства №524 от 26 августа 2009 года.

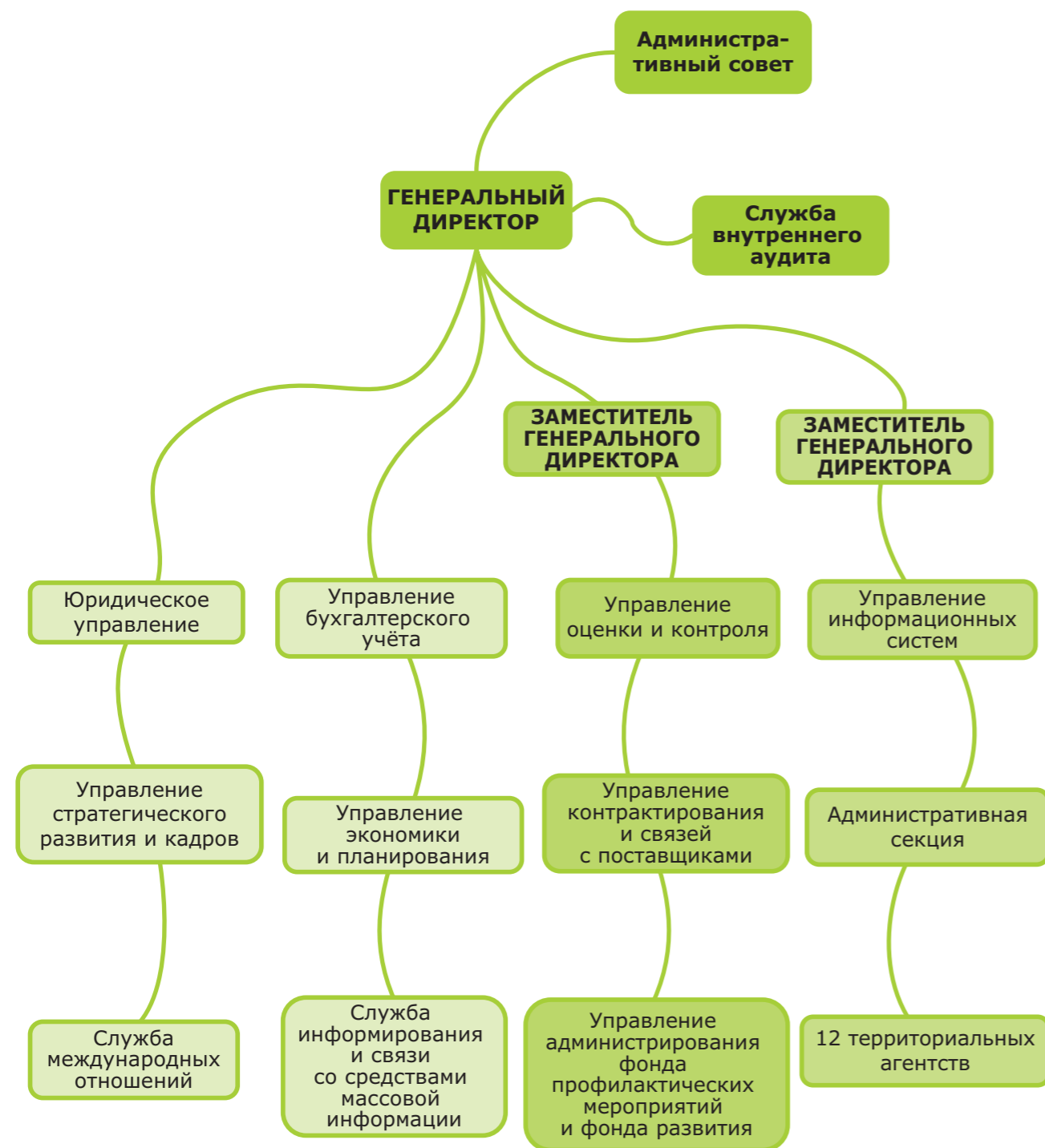
В отношениях с получателями и партнёрами НМСК на территории Республики Молдова представляют 12 территориальных агентств. Они имеют статус филиалов и подчиняются Компании, исполняя свои обязанности в соответствии с действующими законами и нормативными актами.

Постановлением Правительства Республики Молдова №71 от 06.02.2012 г. «Об изменении и дополнении Постановления Правительства №1432 от 07.11.2002 г.» было создано новое подразделение в составе НМСК: Управление стратегического развития и кадров.

Таблица 1. Ключевые показатели за 2008 - 2012 годы

	2008	2009	2010	2011	2012
Количество застрахованных лиц	2 568 734	2 448 072	2 760 622	2 751 223	2 801 275
Количество физических лиц, застрахованных в индивидуальном порядке	35 300	25 700	33 548	52 699	51 780
Доля застрахованных лиц в общей численности населения (%)	75,0	71,6	80,8	80,6	82,1
Доходы ФОМС (млн. леев)	2 688,7	2 878,9	3 424,4	3 636,6	3 870,0
Доля трансфертов из государственного бюджета в доходах ФОМС (%)	54,9	50,6	56,3	54,5	52,8
Расходы ФОМС (млн. леев)	2 572,0	3 071,4	3 367,7	3 615,7	3 951,2
Расходы ФОМС в процентном отношении к ВВП	4,1	5,1	4,7	4,4	4,5
Расходы ФОМС в процентном отношении к бюджету здравоохранения	75,8	79,8	84,3	84,9	83,2
Размер страховых взносов, исчисленных в процентном отношении	6	7	7	7	7
Размер страхового взноса в фиксированной сумме (леев)	1 893,6	2 637,6	2 478,0	2 772,0	2 982,0
Фонд оплаты труда, из которого рассчитываются страховые взносы в процентном отношении (млрд. леев)	18,7	19,1	20,7	22,5	24,6
Количество медицинских и фармацевтических учреждений, с которыми заключены договоры	307	320	384	428	517
Количество первичных медицинских учреждений, с которыми заключены договоры непосредственно НМСК	72	73	95	111	145
Количество оплаченных рецептов на компенсируемые медикаменты	1 975 526	2 180 557	2 744 381	3 212 714	3 481 225
Средняя стоимость одного рецепта (леев)	48,8	55,3	71,5	68,6	73,0
Средняя стоимость компенсации одного рецепта (леев)	28,0	34,0	42,6	47,8	47,8
Средняя компенсируемая доля, приходящаяся на один рецепт (%)	57,4	61,5	59,6	69,7	65,5
Расходы на компенсируемые медикаменты (млн. леев)	55,3	74,1	116,8	153,5	166,2

Диаграмма 1. Организграмма Национальной медицинской страховой компании



II. ЭВОЛЮЦИЯ НОРМАТИВНО- ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ В СИСТЕМЕ ОМС

В 2012 году велись работы над усовершенствованием отраслевой нормативно-законодательной базы, исходя из нужд дня. Основными достижениями в данном пункте являются:

- Закон №83 от 14.04.2012 г. (вступил в силу с 18.05.2012 г.) о внесении дополнения в статью 16 Закона об обязательном медицинском страховании № 1585-XIII от 27 февраля 1998 года, согласно которому был определён порядок использования остатков денежных средств, образовавшихся в результате исполнения ФОМС в предыдущем бюджетном году;
- Закон №170 от 11.07.2012 г. (вступил в силу с 27.07.2012 г.) о внесении изменений и дополнения в Закон о фондах обязательного медицинского страхования на 2012 год №271 от 23.12.2011 г., согласно которому была пересмотрена сумма доходов и расходов ФОМС;
- Закон о фондах ОМС на 2013 год №251 от 08.11.2012 г. (вступил в силу с 01.01.2013 г.). В этот закон, как и в предыдущие годы, были включены скидки на уплату взносов ОМС в фиксированной сумме для некоторых категорий плательщиков (в размере 50% и 75%);
- Проект Закона о внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты (Закон №1585-XIII от 27.02.1998 г. об ОМС, Закон №1593-XV от 26.12.2002 г. о размере, порядке и сроках уплаты взносов ОМС, Закон об охране здоровья №411-XIII от 28.03.1995 г., Кодекс о правонарушениях и пр.), который был принят 12.04.2013 г. (Закон №77) и вступил в силу 01.07.2013 г. и согласно которому предлагается привести законодательную базу в сфере ОМС в соответствие с нуждами дня. Ниже перечисляются основные пункты указанного законодательного акта:
 - была изменена статья 8 Закона №275-XIII от 10 ноября 1994 года о правовом положении иностранных граждан и лиц без гражданства в Республике Молдова в целях конкретизации их положения в СОМС в контексте Закона об интеграции иностранцев в Республике Молдова №274 от 27 декабря 2011 года – мера, предусмотренная Планом действий Республики Молдова – Европейского Союза в сфере либерализации визового режима. Схожие изменения имеются и в Законе об охране здоровья, Законе об обязательном медицинском страховании, Законе о размере, порядке и сроках уплаты взносов ОМС. Таким образом, иностранные граждане и лица без гражданства, указанные в пунктах а)–ф) части (1) статьи 2 Закона №274 от 27 декабря 2011 года об интеграции иностранцев в Республике Молдова, трудоустроенные в Республике Молдова на основе индивидуального трудового договора, иностранные граждане и лица без гражданства, имеющие право на постоянное пребывание в Республике Молдова, а также беженцы и лица, получившие гуманитарную защиту, пользуются теми же правами и обязанностями в области обязательного медицинского страхования, что и граждане Республики Молдова, в соответствии с действующим законодательством, если международными договорами не предусмотрено иное. В то же время иностранные граждане и лица без гражданства, которым было предоставлено право на временное пребывание на территории Республики Молдова для воссоединения семьи, получения образования, осуществления гуманитарной или религиозной деятельности, обязаны застраховаться в индивидуальном порядке, уплатив взнос обязательного медицинского страхования аналогично гражданам Республики Молдова, которые уплачивают страховой взнос обязательного медицинского страхования, исчисленный в виде фиксированной суммы, если международными договорами не предусмотрено иное;

- в категории, застрахованные за счёт государства, были включены все лица, официально застрахованные в качестве безработных, независимо от того, получают ли они пособие по безработице или нет;
- одновременно Правительство выступает страхователем не только для лиц, ухаживающих за лицами с тяжёлой степенью ограничения возможностей с детства, прикованными к постели, но и для всех лиц, ухаживающих за лицами с тяжёлой степенью ограничения возможностей, появившейся при различных обстоятельствах (с детства, вследствие общих заболеваний, профессиональных заболеваний) и пр., нуждающимися в уходе и/или постоянном наблюдении со стороны другого лица;»;
- в целях приведения положений Закона об обязательном медицинском страховании в соответствие со статьёй 13 Закона об интеграции иностранцев в Республике Молдова №274 от 27.12.2011 г. категории лиц, застрахованных за счёт государства, были дополнены «иностранцами, получившими какую-либо форму защиты, включёнными в программу интеграции». Согласно статье 16 Закона об убежище в Республике Молдова №270-XVI от 18.12.2008 г., на территории Республики Молдова человеку предоставляется одна из следующих форм защиты: а) статус беженца; б) гуманитарная защита; в) временная защита; г) политическое убежище;
- изменения, внесённые в часть (2) статьи 10, часть (2) статьи 12, статью 14 и статью 18 Закона №1585-XIII от 27.02.1998 об обязательном медицинском страховании, имеют целью устранение некоторых неточностей, связанных с учётом и контролем плательщиком взносов и деятельностью пользователей фондов ОМС. Так, был изменён срок представления списков поимённого учёта работающих лиц, что облегчит обслуживание экономических агентов территориальными агентствами; был определён срок распределения страховых полисов работающим лицам и проверка территориальными агентствами сведений, представленных работодателями для активации/деактивации страховых полисов, в целях предоставления работникам доступа к медицинским услугам. Также была введена ответственность поставщиков медицинских услуг в рамках ОМС за использование не по назначению финансовых средств, полученных из фондов ОМС, схожая с ответственностью, предусмотренной в статье 55 Закона о бюджетной системе и бюджетном процессе №847-XIII от 24.05.1996 г.;
- исключение части (8) статьи 17 Закона №1585-XIII от 27.02.1998 г. привело к исключению положения, устанавливавшего возможность приостановления действия полиса ОМС для работающих лиц вследствие несвоевременной уплаты работодателем страховых взносов, исчисленных в процентном отношении к заработной плате, и других компенсаций. Т.е., не следует ограничивать доступ работника к медицинской помощи, если работодатель не выполнил свои обязательства, установленные законодательством;
- в Закон о размере, порядке и сроках уплаты взносов обязательного медицинского страхования №1593 от 26.12.2002 г. была включена статья 23¹, предусматривающая, что физические лица, уплатившие взносы ОМС в фиксированной сумме с пропуском сроков, установленных частью (1) статьи 22 и частью (1) статьи 23, пользуются правом на получение медицинской помощи на основании полиса ОМС по истечении семи календарных дней с момента уплаты страхового взноса за соответствующий отчётный год и сопутствующих ему пеней. Соответствующая практика перенята у Эстонии и

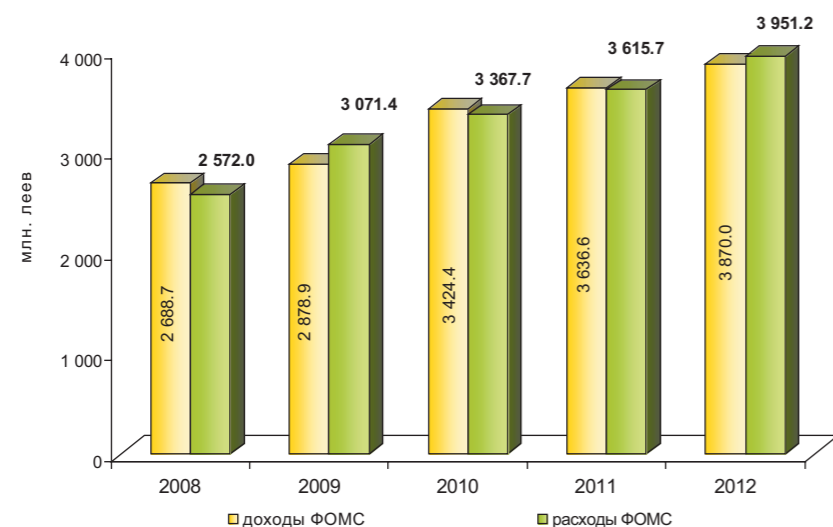
направлена на повышение степени охвата ОМС населения, обязанного застраховаться в индивидуальном порядке;

- в целях определения единого срока исковой давности для подачи жалоб на физические и юридические лица, обязанные законом уплачивать страховые взносы, была дополнена статья 17 и был установлен 3-летний срок аналогично статье 267 Гражданского кодекса и пр.
- Постановление Правительства №71 от 06.02.2012 г. (вступило в силу с 10.02.2012 г.) о внесении изменений и дополнений в приложение №4 к Постановлению Правительства №1432 от 7 ноября 2002 года, согласно которому было создано новое подразделение НМСК: Управление стратегического развития и кадров;
- Постановление Правительства №265 от 26.04.2012 г. (вступило в силу с 04.05.2012 г.) о внесении изменений в пункт 9 Положения о порядке создания фондов обязательного медицинского страхования и управления ими;
- Постановление Правительства №519 от 18.07.2012 г. (вступило в силу с 20.07.2012 г.) о внесении изменений в приложение к Постановлению Правительства о создании Административного совета НМСК №213 от 22.02.2002 г., согласно которому был утверждён новый персональный состав Административного совета НМСК;
- Постановление Правительства №899 от 03.12.2012 г. (вступило в силу с 07.12.2012 г.) об утверждении изменений и дополнений, которые вносятся в приложение №1 к Постановлению Правительства №1372 от 23 декабря 2005 года, согласно которому право назначать медикаменты, компенсированные из фондов ОМС, было дополнительно предоставлено врачам-невропатологам.

III. СВОД ДОХОДОВ И РАСХОДОВ ФОНДОВ ОМС

За последние четыре года зарегистрирован средний рост доходов фондов ОМС на уровне 9,7%, а расходов фондов ОМС – на уровне 11,4%. Более выраженный рост расходов объясняется мерами, предпринятыми ввиду полного и эффективного исполнения запланированных расходов.

Диаграмма 2. Динамика доходов и расходов ФОМС (2008-2012 г.г.)

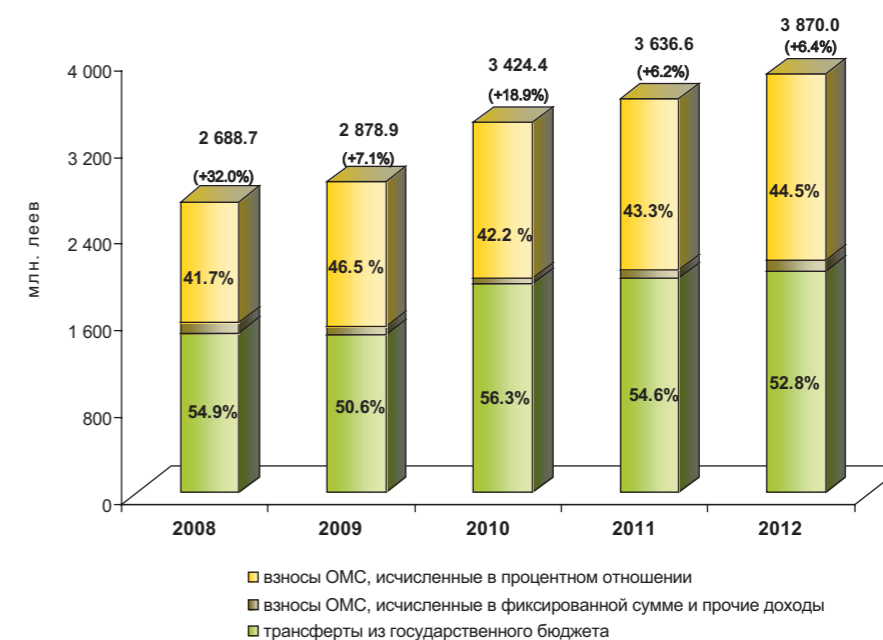


В связи с постепенным повышением ставки взноса ОМС в процентном отношении отмечается тенденция роста доли суммы взносов ОМС, полученных от работодателей и работников, в общих накоплениях фондов ОМС, от 41,7% (2008 год) до 44,5% (2012 год) и уменьшение доли перечислений из государственного бюджета для категорий лиц, застрахованных Правительством, от 54,9% (2008 год) до 52,8% (2012 год).

В 2012 году, среди доходов наиболее возросли, по сравнению с предыдущим годом, взносы ОМС в фиксированной сумме, на 24,1%. Это можно расценивать как важное достижение в процессе накопления доходов в фондах ОМС вследствие того, что в 2009-2010 г.г. рост накоплений данных взносов составлял от 4% до 5%.

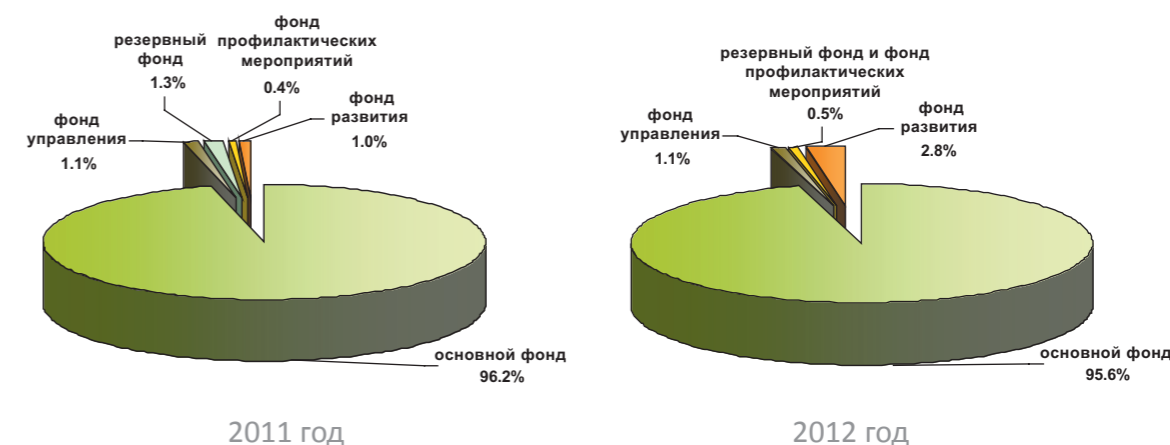
Распределение доходов по фондам осуществляется на основании Положения о порядке создания ФОМС, утвержденного Постановлением Правительства №594 от 14.05.2002 г. Согласно данному Положению доходы, поступившие на единый счёт НМСК в течение года, распределяются согласно следующим нормативам: основной фонд – не менее 94,0%; резервный фонд – 1,0%; фонд профилактических мероприятий – 1,0%; фонд развития – 2,0%; фонд управления – до 2,0%.

Диаграмма 3. Структура и динамика доходов ФОМС (2008-2012 г.г.)



В 2012 году в общем объеме расходов наибольшая доля принадлежит основному фонду (95,6%), использовавшемуся для покрытия расходов, необходимых для реализации Единой программы ОМС. За ним следует фонд развития (2,8%), также имеющий и наибольшее отклонение по сравнению с 2011 годом, т.к. он использовался для модернизации и оптимизации зданий и инфраструктуры публичных МСУ, оснащения высокоспециализированным медицинским оборудованием и внедрения информационных систем и технологий.

Диаграмма 4. Структура расходов фондов ОМС



Законом о фондах обязательного медицинского страхования на 2012 год №271 от 23.12.2011 г., доходы и расходы были первоначально утверждены в сумме **3 982 197,4 тыс. руб.**

Вследствие изменения в Законе о государственном бюджете на 2012 год №282 от 27.12.2011 г. суммы трансфертов из государственного бюджета для ОМС категорий лиц, застрахованных Правительством, были внесены изменения в Закон о фондах ОМС на 2012 год Законом №170 от 11.07.2012 г. В результате этих изменений, уточненные показатели фондов ОМС составили по доходам **3 927 714,7 тыс. руб.**, снизившись на 54 482,7 тыс. руб., а расходы

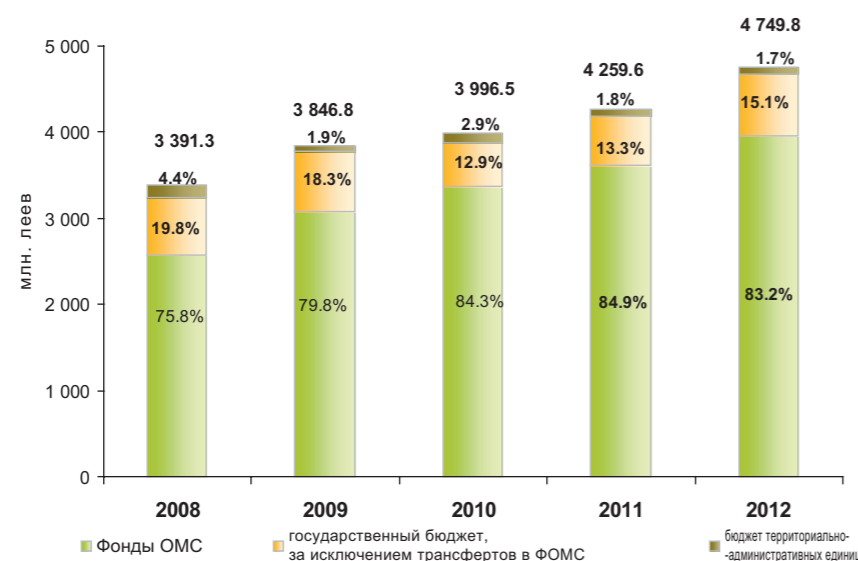
3 984 714,7 тыс. леев, увеличившись на 2 517,3 тыс. леев, с утвержденного дефицита в сумме 57 000,0 тыс. леев.

В 2012 году в фондах ОМС зарегистрирован дефицит в 81 152,3 тыс. леев, таким образом, расходы фондов ОМС превысили на 2,1% доходы ОМС. Это обусловлено недостаточными поступлениями финансовых средств на протяжении отчетного года в фонды ОМС, в том числе и за счет уменьшения трансфертов из государственного бюджета на 61 175,0 тыс. леев. Данный дефицит был покрыт за счет кумулятивного остатка на начало года.

По состоянию на 31.12.2012 г. кумулятивный остаток фондов ОМС составил 349 534,7 тыс. леев, снизившись примерно на 18,8 % в сравнении с кумулятивным остатком по состоянию на 31.12.2011 г., который составил 430 687,0 тыс. леев. Данный остаток будет использован для реализации задач ОМС в строгом соответствии с требованиями Положения о формировании и управлении фондами ОМС, утвержденным Постановлением Правительства № 594 от 14.05.2002 г.

Эволюция структуры консолидированного бюджета здравоохранения в 2008-2012 гг. отражает определенные тенденции в том, что касается основных источников финансирования. Публичные расходы на здравоохранение формируются из расходов государственного бюджета, расходов ФОМС и расходов бюджетов территориально-административных единиц. В 2012 году НМСК управляла 83,2% публичных расходов на здравоохранение, а доля данных расходов возросла на 7,4 процентных пункта по сравнению с 2008 годом.

Диаграмма 5. Структура и динамика публичных расходов на здравоохранение по источникам финансирования (2008-2012 г.г.)



Расходы территориально-административных единиц на публичные МСУ различаются из года в год, в зависимости от имеющихся источников финансирования и, как правило, направлены на осуществление капитального ремонта или приобретение оборудования. Учитывая реальное положение территориально-административных единиц, являющихся учредителями районных публичных МСУ, степень износа и амортизации активов МСУ, выделенных учредителем ассигнований недостаточно для исправления ситуации, что отражается на качестве и количестве оказанных медицинских услуг. Расходы, выполненные из государственного бюджета, за исключением перечислений в ФОМС для 14 категорий лиц, застрахованных Правительством, предназначены для финансирования национальных программ и оснащения республиканских публичных МСУ, чьим учредителем является МЗ.

IV. ДОХОДЫ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО ВИДАМ ИСТОЧНИКОВ

В 2012 году поступления в фонды ОМС составили **3 870 030,8 тыс. леев**, что составляет 98,5% от уточненной годовой суммы. По сравнению с 2011 годом доходы выросли на 233 432,7 тыс. леев или на 6,4%.

Снижение уровня поступлений на 57 683,9 тыс. леев обуславливается тем, что трансфертов из государственного бюджета перечислено на 61 175,0 тыс. леев (2,9 %) меньше, чем запланировано, в то же время собственные доходы фондов ОМС превысили на 3 491,1 тыс. леев (0,2%) уточненную сумму.

Таблица 2. Доходы фондов ОМС

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Исполнено	(тыс. леев)	
				Отклонения (+-) показателя «исполнено» от «уточнено»	Отношение (в %) показателя «исполнено» к «уточнено»
Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, уплачиваемые работодателями и работниками	1 749 948,5	1 749 948,5	1 723 201,8	- 26 746,7	98,5
Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в фиксированной сумме, уплачиваемые физическими лицами с местом жительства или местом нахождения в Республике Молдова	61 354,7	61 354,7	74 289,1	+ 12 934,4	121,1
Прочие доходы	12 000,0	12 000,0	29 303,4	+ 17 303,4	244,2
<i>В том числе:</i>					
проценты от размещения средств на депозитах	10 150,0	10 150,0	26 788,2	+ 16 638,2	263,9
прочие доходы	80,0	80,0	135,6	+55,6	169,5
штрафы и санкции	1 770,0	1 770,0	2 379,6	+ 609,6	134,4
Трансферты из государственного бюджета для медицинского страхования категорий лиц, страхование которых осуществляется Правительством	2 158 182,5	2 103 699,8	2 042 539,1	- 61 160,7	97,1
Трансферты из государственного бюджета для возмещения упущенной выгоды в соответствии со статьей 3 Закона № 39-XVI от 2 марта 2006 года	711,7	711,7	697,4	-14,3	98,0
Внутренние гранты	-	-	-	-	-
Внешние гранты	-	-	-	-	-
ДОХОДЫ, ВСЕГО	3 982 197,4	3 927 714,7	3 870 030,8	- 57 683,9	98,5

Доходы фондов ОМС составляют взносы ОМС, выплачиваемые налогоплательщиками, трансферты из государственного бюджета, а также другие поступления (административные санкции и штрафы, 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.

Размер взноса ОМС устанавливается ежегодно в законе о фондах ОМС. Этот размер, как в фиксированной сумме, так и в виде тарифа, исчисленного в процентном отношении, изменялся на протяжении 2007-2012 гг. (Таблица 1), находясь в прямой зависимости от эволюции национальной экономики.

Взносы ОМС, исчисленные в процентном отношении

Размер взноса ОМС, исчисленный в процентном отношении, был утвержден в размере 7,0% Законом о фондах ОМС на 2012 год в соответствии с требованиями налоговой политики.

Рост процентной ставки осуществлялся поэтапно, по 1,0% в 2007–2009 годах, а в 2012 г. она сохранилась на уровне последних трех лет. Неоднократные предложения НМСК и Министерства Здравоохранения об увеличении процентной ставки не были поддержаны и не были включены в налоговые задачи при разработке Среднесрочных бюджетных рамок.

Сумма данных страховых взносов составила 1 723 201,8 тыс. леев. Исполнение на 98,5% уточненного годового плана объясняется уменьшением фактического фонда оплаты труда в 2012 г., по отношению к прогнозируемому Министерством Экономики, на базе которого была рассчитана и запланирована сумма страхового взноса ОМС, исчисляемого в процентном отношении на 2012 г. (прогнозируемый фонд-25,1 млрд.лей, фактический -24,8 млрд.лей).

Доля данных страховых взносов составляет 44,5% от общей суммы доходов, то есть наибольшую часть после трансфертов из государственного бюджета. По сравнению с 2011 годом поступления увеличились на 146 972,1 тыс. леев или на 9,3%.

Категории плательщиков взносов ОМС, исчисленных в процентном отношении, предусмотрены в Приложении № 1 к Закону № 1593-XV от 26.12.2002 г. о размере, порядке и сроках уплаты взносов ОМС. К ним, в частности, относятся работодатели и работники.

Взносы ОМС, исчисленные в фиксированной сумме

Размер взноса ОМС в фиксированной сумме рассчитывается, исходя из отношения страхового взноса, исчисленного в процентном отношении, к среднегодовой заработной плате, прогнозируемой на соответствующий год на основании макроэкономических показателей.

На 2012 год прогнозировалась среднегодовая заработная плата в размере 42 600 леев (3 550 леев x 12 месяцев). Исходя из 7-процентной ставки, был рассчитан страховой взнос в фиксированной сумме в размере 2 982,0 леев.

Увеличение в 2012 году размера взноса ОМС в фиксированной сумме на 7,6% по сравнению с 2011 годом обусловлено увеличением среднегодовой заработной платы, прогнозируемой на соответствующий год на основании макроэкономических показателей (с 39 600 леев в 2011 году до 42 600 леев в 2012 году).

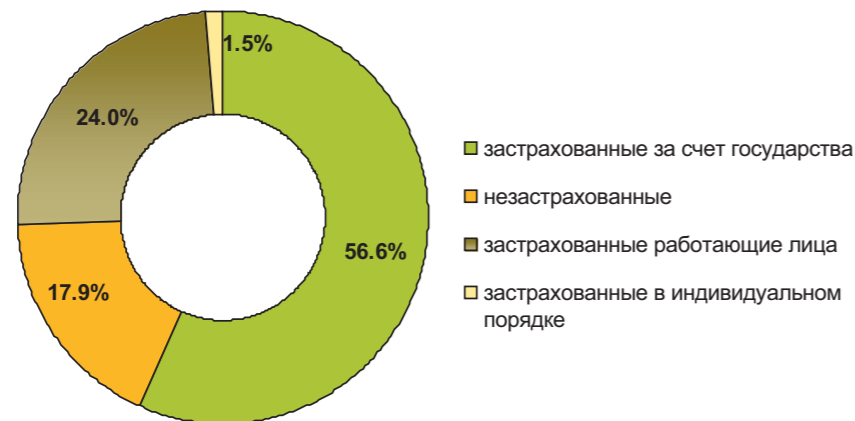
На основании Закона о фондах ОМС на 2012 год была сохранена скидка в размере 50% от суммы взноса ОМС в фиксированной сумме для определенных категорий плательщиков, уплативших соответствующий взнос до 17 апреля 2012 года, за исключением частных нотариусов и адвокатов вне зависимости от организационно-правовой формы из деятельности, и скидка в размере 75% от для собственников сельскохозяйственных земель, независимо от того, сдали ли эти земли в аренду или пользование на договорной основе, до 31 октября 2012 г.

Число физических лиц, застраховавшихся в индивидуальном порядке в 2012 году и уплативших взнос ОМС в фиксированной сумме, составляет 51780 человек. В целом, число данных лиц практически удвоилось в 2012 году по сравнению с 20400 лицами в 2007 году. Таким образом, становятся очевидными последствия послаблений (50% с 2008 года и 75% с

2010 года) на степень охвата населения ОМС и положительное воздействие на финансовую защиту малоимущих слоёв населения.

Хотя Закон №1585-ХIII от 27.02.1998 г. «Об обязательном медицинском страховании» и устанавливает обязательность страхования, а ежегодные законы предоставляют скидки на уплату взноса ОМС в фиксированной сумме, доля незастрахованного населения остаётся значительной. Около 20% населения не включены в систему ОМС и не пользуются всеми льготами и полной финансовой защитой при обращении к медицинским услугам.

Диаграмма 6. Доля застрахованных и незастрахованных лиц в общей численности населения в 2012 году



НМСК и территориальные агентства сотрудничали с учреждениями, отвечающими за представление списков неработающих лиц, в целях обнаружения физических лиц, обязанных уплатить взнос ОМС в фиксированной сумме.

В результате проверки и обнаружения подобных лиц были разосланы уведомительные письма и предварительные извещения, были составлены протоколы об обнаружении правонарушения, были поданы заявления в судебные инстанции, в которых требовалось принудительное взыскание взноса ОМС в фиксированной сумме.

Как следствие положительный эффект данных действий отражён в накоплениях взносов ОМС в фиксированной сумме в размере **74 289,1 тыс. леев**, что на 21,1% больше по сравнению с уточнённым планом, и таким образом, сумма данных взносов увеличилась на 12 934,4 тыс. леев. Доля этого вида доходов является одной из наименьших и составляет 1,9%. Но в то же время отмечается увеличение на 24,1% (14 443,5 тыс. леев) по сравнению с предыдущим годом.

В течение года была организована и проведена кампания по информированию о правах и обязанностях пользователя системы ОМС «Медицинский полис – гарантированные услуги здравоохранения». Главной целью данной кампании было повышение уровня сознательности граждан в том, что касается необходимости обладания полисом ОМС, путём информирования населения о правах и обязанностях пользователя системы ОМС. В рамках данной кампании были изданы и распространены брошюры «Руководство получателя услуг в СОМС» и «Руководство по использованию полиса ОМС».

Категории плательщиков взносов ОМС в фиксированной сумме указаны в Приложении № 2 к Закону № 1593-ХV 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 и адвокаты.

Прочие доходы

Всего по данному параграфу данные поступления составили **29 303,4 тыс. леев** или на 82,1% (13 208,1 тыс. леев) больше по сравнению с 2011 годом. Это произошло, большей частью, за счет увеличения суммы процентов, полученных от размещения денежных средств ФОМС на депозитных счетах (137,3%) и, меньшей частью, за счет административных санкций в виде штрафов, наложенных НМСК (44,4%).

К этой категории доходов относятся:

- штрафы, налагаемые налоговой инспекцией – 1 443,7 тыс. леев,
- административные санкции в виде штрафов, наложенных НМСК – 935,9 тыс. леев,
- проценты от размещения денежных средств ФОМС на депозите – 25 863,1 тыс. леев,
- проценты на остатки денежных средств ФОМС на банковских счетах – 925,1 тыс. леев,
- прочие доходы – 135,6 тыс. леев..

Основную долю поступлений (88,2%) составляют проценты от размещения денежных средств ФОМС на депозитных счетах за счет увеличения процентной ставки и сумм, размещаемых на депозите.

Согласно закону, финансовое учреждение, обслуживающее счета фондов ОМС, уплачивает проценты на остатки на счетах в размере, установленном договором, но не менее средневзвешенной процентной ставки по банковской системе на депозиты с одинаковыми сроками хранения, рассчитанной, исходя из средних ставок, применяемых за последние 3 месяца. Эти проценты ежемесячно перечисляются на банковский счет Министерства финансов - Государственного казначейства «Финансовые средства ФОМС», открытый на Едином счете Казначейства (CUT).

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 № 1585-ХIII от 27.02.1998 г. об обязательном медицинском страховании). Правительство выступает страхователем для 14 категорий лиц, включая детей до 18 лет; пенсионеров; лиц с тяжелой выраженной и средней степенью ограничения возможностей; безработных, получающих пособие по безработице; лиц, получающих социальную помощь и др.

Сумма трансфертов из государственного бюджета в фонды ОМС для категорий лиц, для которых Правительство выступает страхователем, рассчитывается, исходя из процентной ставки от общего объема утвержденных расходов государственного бюджета, за исключением расходов осуществляемых за счет доходов специального назначения, предусмотренных законодательством, но не менее 12,1%.

В течении года из государственного бюджета было перечислено **2 042 539,1 тыс. леев**, что составляет 97,1% от уточненного плана, соответственно, трансферты уменьшились на 61 160,7 тыс. леев. В то же время зарегистрировано увеличение на 3,0% (59 239,1 тыс. леев)

в сравнении с трансфертами из государственного бюджета, осуществленными в 2011 году. В процентном отношении этот тип дохода занимает первую позицию и составляет 52,8%.

Согласно ст. 3 Закона № 39-XVI от 2 марта 2006 года, трансферты из государственного бюджета для компенсации упущенных доходов в сумме **697,4 тыс. леев** составляют долг Правительства перед НМСК в том, что касается взносов ОМС, уплаченных за собственников сельскохозяйственных земель, расположенных за трассой Рыбница-Тирасполь за 2011 год (62,7 тыс. леев) и за 2012 год (634,7 тыс. леев).

В связи с внесением изменений в страховую систему и постепенным повышением страховых взносов в процентном отношении отмечается тенденция к уменьшению доли данных доходов в общих накоплениях фондов ОМС с 54,9% в 2008 году до 52,8% в 2012 году (Таблица 1).

V. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНДОВ ОМС ОСНОВАННЫХ НА УТВЕРЖДЁННЫХ ПРОГРАММАХ И ПОДПРОГРАММАХ

Финансовые средства, независимо от источника выплат, накапливаются на едином счете НМСК и позднее направляются в соответствии с законодательными нормами в следующие фонды:

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

Общий объем расходов фондов ОМС составил 3 951 183,1 тыс. леев или 99,2% по сравнению с уточненным годовым планом. В сравнении с 2011 годом общий объем расходов увеличился на 335 493,8 тыс. леев или на 9,3%.

Таблица 3. Использование средств фондов ОМС

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Исполнено	(тыс. леев)	
				Отклонения (+/-) показателя «исполнено» от «уточнено»	Отношение (в %) показателя «исполнено» к «уточнено»
Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)	3 780 299,9	3 777 824,4	3 777 824,4	0,0	100,0
Резервный фонд ОМС	39 822,0	9 814,8	2 059,3	- 7 755,5	21,0
Фонд профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания)	39 822,0	39 822,0	17 694,2	- 22 127,8	44,4
Фонд развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг	79 644,0	114 644,0	111 248,1	- 3 395,9	97,0
Фонд управления системой ОМС	42 609,5	42 609,5	42 357,1	- 252,4	99,4
Расходы, всего	3 982 197,4	3 984 714,7	3 951 183,1	- 33 531,6	99,2

Расходы из фонда оплаты текущих медицинских услуг (основного фонда)

Основные расходы фондов ОМС (не менее 94% от поступлений, накопленных на едином счете НМСК в течении года) покрываются за счет фонда оплаты текущих медицинских услуг (основного фонда). Финансовые средства, накопленные в основном фонде, используются для покрытия расходов, необходимых для осуществления Единой программы ОМС, в которую входит:

- неотложная догоспитальная медицинская помощь;
- первичная медицинская помощь;
- специализированная амбулаторная медицинская помощь;
- стационарная медицинская помощь;
- другие виды медицинских услуг.

Так, список заболеваний и состояний, требующих медицинской помощи, финансируемой из основного фонда, определяется в Единой программе ОМС. Она разрабатывается Министерством здравоохранения и утверждается Постановлением Правительства.

При планировании расходов из основного фонда учитывались фактическая доля видов медицинской помощи в административных территориях, этапы оказания медицинских услуг, действительный поток пациентов и постепенное внедрение равенства в распределении финансовых источников. Вследствие этого распределение средств основного фонда по видам медицинской помощи осуществлялось дифференцированно. Наряду с этим, объем медицинских услуг, в разрезе видов медицинской помощи, предусмотренный договорами и оплаченный из основного фонда ОМС, определяется ежегодно на основании финансовых возможностей НМСК.

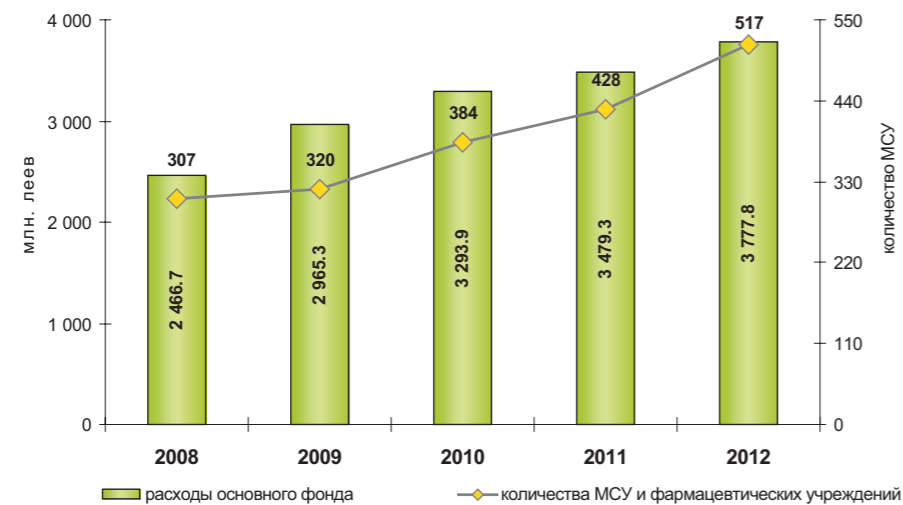
Таблица 4. Структура расходов фонда оплаты текущих медицинских услуг (основного фонда)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Исполнено	(тыс. леев)	
				Отклонения (+/-) показателя «исполнено» от «уточнено»	Отношение (в %) показателя «исполнено» к «уточнено»
Неотложная догоспитальная медицинская помощь	324 209,2	324 209,2	324 209,2	0,0	100,0
Первичная медицинская помощь	1 134 089,9	1 119 575,6	1 119 575,6	0,0	100,0
<i>В том числе: компенсированные лекарства</i>	162 600,0	166 244,1	166 244,1	0,0	100,0
Специализированная амбулаторная медицинская помощь	280 576,0	276 760,3	276 760,3	0,0	100,0
Стационарная медицинская помощь	1 904 992,8	1 924 450,5	1 924 450,5	0,0	100,0
Высокоспециализированные медицинские услуги	130 820,5	127 546,5	127 546,5	0,0	100,0
Медицинский коммуналный, паллиативный уход и уход на дому	5 611,5	5 282,3	5 282,3	0,0	100,0
Иные виды медицинской помощи	-	-	-	-	-
Расходы, всего	3 780 299,9	3 777 824,4	3 777 824,4	0,0	100,0

Для оплаты текущих медицинских услуг, включенных в Единую Программу и оказанных медико-санитарными учреждениями (МСУ), с которыми были заключены договоры, из основного фонда была перечислена сумма в 3 777 824,4 тыс. леев, что составляет 100,0% от уточненной годовой суммы и в тоже время зарегистрировано увеличение на 8,6 % (298 488,3 тыс. леев) в сравнении с расходами, произведенными в 2011 году. Этот фонд составляет наибольшую часть в общем количестве расходов ФОМС, а именно 95,6%.

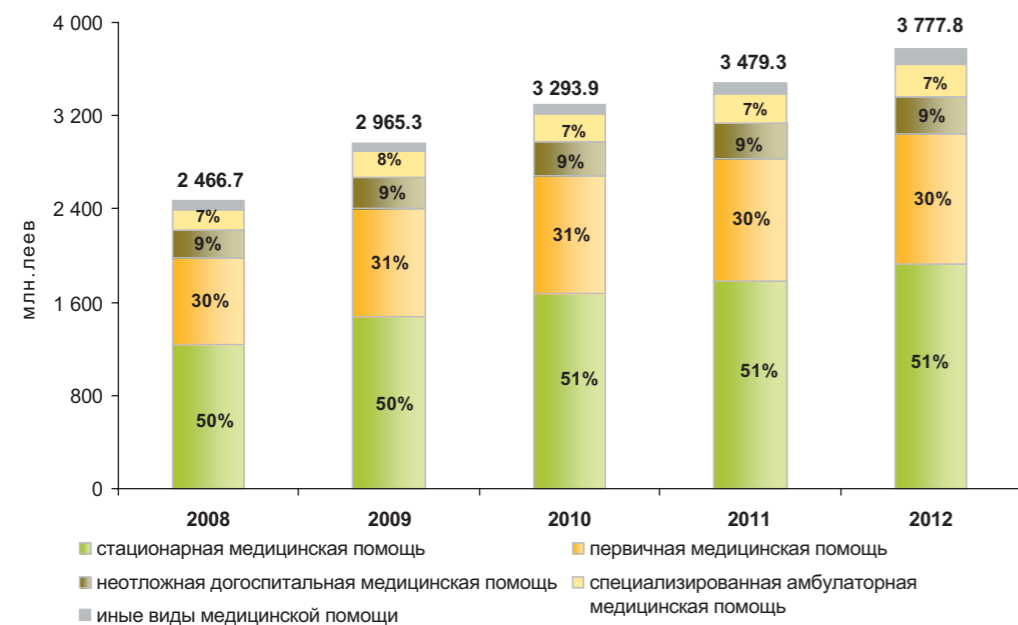
Оплата производилась за фактически оказанные услуги, в пределах объема медицинских услуг, предусмотренного договорами. НМСК полностью выполнила условия договоров, заключенных с МСУ и фармацевтическими учреждениями, таким образом на конец года практически не было зарегистрировано задолженностей перед ними (7,9 тыс. леев).

Диаграмма 7. Динамика расходов основного фонда, количества МСУ и фармацевтических учреждений, с которыми заключены договоры (2008-2012 г.г.)



Половина финансовых средств основного фонда, примерно 51%, была выделена на стационарную медицинскую помощь. А около 30% – на первичную медицинскую помощь, в том числе на компенсированные медикаменты, что сохранило долю финансирования первичной медицинской помощи, предусмотренную Стратегией развития системы здравоохранения на период 2008-2017 г.г. и рекомендованную международными организациями. Первичная медицинская помощь, начиная с 2008 года, была юридически отделена от стационарной помощи на районном уровне.

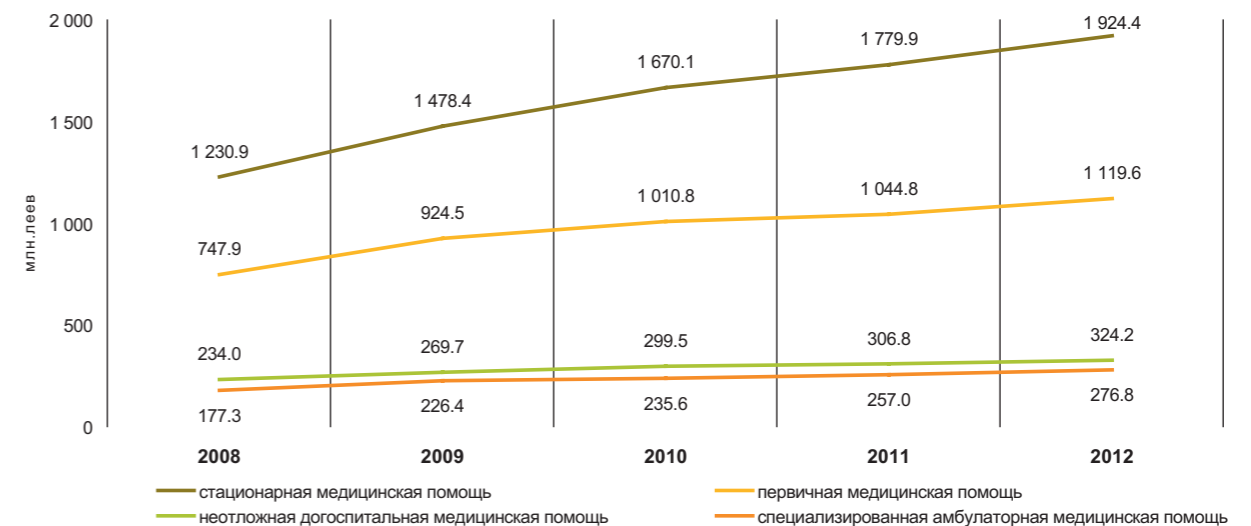
Диаграмма 8. Динамика расходов по видам медицинской помощи, их доля в основном фонде (2008-2012 г.г.)



В рамках расходов основного фонда за 2012 наибольший рост в сравнении с 2011 годом, после расходов на высокоспециализированные медицинские услуги - 46,3 %, расходов на медицинский уход на дому - 46,0%, зарегистрирован рост расходов и на частично/полностью компенсируемые медикаменты - 10,8%.

В соответствии с тенденциями, зарегистрированными в статистических данных и запросах застрахованных лиц, за период 2007-2012 г.г. существенно увеличился спектр и количество высокоспециализированных медицинских услуг, по которым НМСК заключила контракты, стоимость которых довольно высокая для индивидуальной оплаты пациентами. Таким образом, увеличилась также доля расходов на высокоспециализированные медицинские услуги в общей сумме расходов основного фонда с 2,1% в 2007 году до 3,4% в 2012 году, в том числе с увеличением доли, предоставляемой населению в сельском секторе и малообеспеченным категориям лиц.

Диаграмма 9. Динамика расходов по видам медицинской помощи из основного фонда (2008-2012 г.г.)



Стационарная медицинская помощь

Стационарная медицинская помощь предоставляется застрахованным лицам в случае, если оказание медицинской помощи не может быть осуществлено в амбулаторных условиях, либо если состояние здоровья пациента требует наблюдения в стационарных условиях. Приоритет отдаётся госпитализации в случае неотложных состояний. Стационарные МСУ также имеют возможность плановой госпитализации пациентов на основании направления, выданного семейным врачом или врачом-специалистом.

В течение 2011 года в рамках проекта «Услуги здравоохранения и социальная помощь» Министерства здравоохранения при финансовой поддержке Всемирного банка в девяти МСУ был осуществлён пилотный проект «Система оплаты больниц в зависимости от сложности случаев DRG» (CASE-MIX).

Этот новый способ оплаты, основанный на диагностически связанных группах, предусматривает финансирование поставщиков стационарных медицинских услуг в зависимости от сложности пролеченного случая, что ведёт к повышению экономической эффективности использования денежных средств системы здравоохранения.

Результаты пилотного проекта послужили основой для заключения в 2012 году договоров с этими девятью МСУ на основании новой системы оплаты DRG (CASE-MIX). Начиная с июня 2012 года все стационарные МСУ представили данные для системы оплаты DRG, которые были проанализированы и положены в основу заключения в 2013 году договоров на национальном уровне посредством данного механизма оплаты.

Заключение договоров со стационарными МСУ осуществлялось также и по принципу «пролеченный случай» по специализированным профилям, различным для районных, муниципальных и республиканских больниц.

Надо отметить, что НМСК и МЗ в последнее время делают акцент на дорогостоящее лечение посредством оплаты лекарственных препаратов и расходных материалов в рамках СМП.

Таблица 5. Суммы, выделенные НМСК в рамках СМП на дорогостоящие лекарственные препараты и расходные материалы (2008-2012 г.г.)

(тыс. леев)

Наименование лекарственных препаратов и расходных материалов	2008	2009	2010	2011	2012
Электрокардиостимуляторы	999,9	1 000,7	2 426,1	2 550,2	1 278,7
Антивирусные препараты, используемые для лечения вирусных гепатитов	39 230,5	15 556,4	35 367,9	52 436,0	18 981,3
Препараты, используемые для лечения множественного склероза	-	134,4	120,4	333,5	368,8
Препараты, используемые для лечения муковисцидоза у детей	-	-	-	-	4 096,8
ВСЕГО	40 230,4	16 691,5	37 914,4	55 319,7	24 725,6

В рамках дорогостоящего лечения, начиная с 2007 года НМСК оплачивает случаи эндопротезирования тазобедренного/коленного сустава, а также случаи, пролеченные по профилю интервенционной кардиологии и кардиохирургии. Начиная, с 2012 года, были заключены договоры на случаи вертебрологической ортопедии (сколиоза) и спинальной нейрохирургии для взрослых.

Таблица 6. Число случаев тазобедренного/коленного эндопротезирования, кардиохирургии и интервенционной кардиологии, оплаченных НМСК (2008-2012 г.г.)

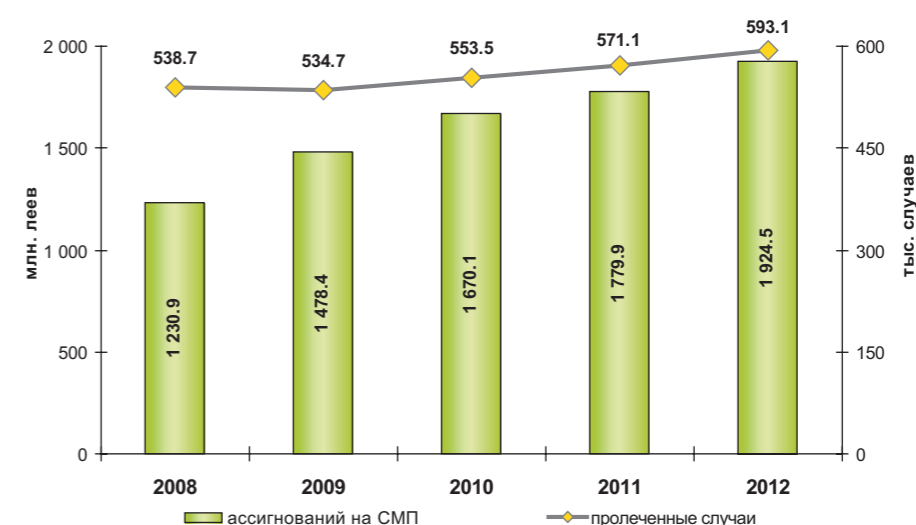
	2008	2009	2010	2011	2012
Тазобедренное/коленное эндопротезирование	390	559	686	995	898
Кардиохирургия/интервенционная кардиология	822	774	1 105	1 270	1 421

Другим принципом заключения договоров на СМП является «глобальный бюджет», применяющийся к поставщикам, оказывающим услуги по гемодиализу, услуги по наркологическому и психиатрическому профилю (в том числе принудительное лечение), к службе «Aviasan» и услугам по челюстно-лицевому протезированию. Для медицинской помощи по профилю фтизиатрии использовался принцип заключения договоров «койко-день».

Также были сохранены и расширены приоритеты пользования определёнными видами услуг для некоторых категорий пациентов. Например, пациентам с почечной недостаточностью возмещаются расходы на общественный транспорт из дома и домой с целью проведения диализа.

В 2012 году НМСК заключила договоры на оказание СМП с 74 МСУ, в том числе: 17 республиканскими, 10 муниципальными, 35 районными, 5 ведомственными и 7 частными учреждениями.

Диаграмма 10. Динамика ассигнований на СМП и количество пролеченных случаев (2008-2012 г.г.)



В контексте приоритетов и обязательств системы здравоохранения, направленных на обеспечение финансовой защиты и доступа населения к основным медицинским услугам, у незастрахованных лиц есть доступ к стационарной медицинской помощи в случае социально значимых заболеваний, существенно влияющих на общественное здоровье (туберкулёз, психозы и иные умственные и поведенческие отклонения в острой форме, алкоголизм и наркомания, в случае необходимости оказания неотложной медицинской помощи), онкологические заболевания и злокачественные заболевания крови, ВИЧ инфекция и сифилис, инфекционные болезни.

Таблица 7. Число пролеченных случаев застрахованных и незастрахованных лиц с социально значимыми заболеваниями

Виды заболеваний	Пролеченные случаи застрахованных лиц	% всего	Пролеченные случаи незастрахованных лиц	% всего
Туберкулёз (койко-дни)	166 847	51.6%	156 674	48.4%
Онкология	21 710	94.0%	1 384	6.0%
Психиатрия	16 277	89.9%	1 830	10.1%
Наркомания	3 876	59.8%	2 610	40.2%
Инфекционные болезни	5 759	99.4%	32	0.6%
ВИЧ инфекция	263	49.3%	271	50.7%

Для покрытия дополнительных расходов, понесённых для оказания медицинских услуг в рамках СМП, из резервного фонда была выделена сумма в 2 059,3 тыс. леев.

Первичная медицинская помощь

При заключении договоров на объём медицинских услуг в рамках ПМП учитывалось общее число лиц (застрахованных и незастрахованных), зарегистрированных в «Регистре лиц, взятых на учёт в МСУ, оказывающих первичную медицинскую помощь в рамках СОМС».

Заключение договоров на ПМП осуществлялось по принципу «на душу населения», и выделялся тариф для 3 возрастных групп: а) от 0 до 4 лет 11 месяцев 29 дней; б) от 5 до 49 лет 11 месяцев 29 дней; в) от 50 лет и выше.

Дополнительно выплачивалась и надбавка за выполнение показателей качества:

- Амбулаторное лечение больных туберкулёзом под наблюдением семейного врача;
- Обеспечение профилактического гинекологического осмотра со взятием цитологического мазка;
- Наблюдение беременных, взятых на учёт в срок беременности до 12 недель;
- Наблюдение ребёнка в первый год жизни.

Выплаченная за показатели качества сумма в 26 000,0 тыс. леев составляет 2,3% общей суммы, выплаченной за ПМП.

НМСК заключила договоры на оказание первичной медицинской помощи с 145 МСУ, в том числе: 2 республиканскими, 20 муниципальными, 113 районными, 4 ведомственными и 6 частными учреждениями.

Во исполнение Программы деятельности Правительства «Европейская интеграция: свобода, демократия, благосостояние» на 2011-2014 г.г. и касающейся определения институциональной автономии в рамках первичной медицинской помощи, НМСК в рамках ПМП заключила в 2012 году договоры с 94 автономными Центрами здоровья, что на 34 центра больше по сравнению с предыдущим годом.

Статус институциональной автономии Центров здоровья открывает им доступ к собственным финансовым средствам, управлению ими в зависимости от потребностей МСУ, стимулирует улучшение управленческих способностей учреждения. Эффект данных мер для лиц, пользующихся СОМС, заключается в повышении уровня доступа лиц из сельской местности к медицинским услугам, оказываемым семейным врачом.

Таблица 8. Число автономных центров здоровья, с которыми были заключены договоры (2008-2012 г.г.)

	2008	2009	2010	2011	2012
Автономные центры здоровья, с которыми были заключены договоры	23	25	47	60	94

С 2006 года в Единую программу ОМС были включены услуги здравоохранения, оказываемые центрами дружественные к молодежи. Так, в рамках ПМП НМСК заключает договоры по принципу «глобального бюджета» с центрами дружественные к молодежи, которые являются подразделениями Центров семейных врачей. Заключение договоров с данными центрами значительно способствует уменьшению сферы распространения ЗППП/ВИЧ, уровня нежелательной беременности и абортов, употребления наркотических средств, злоупотребления алкоголем и психо-эмоциональных нарушений в рядах молодёжи.

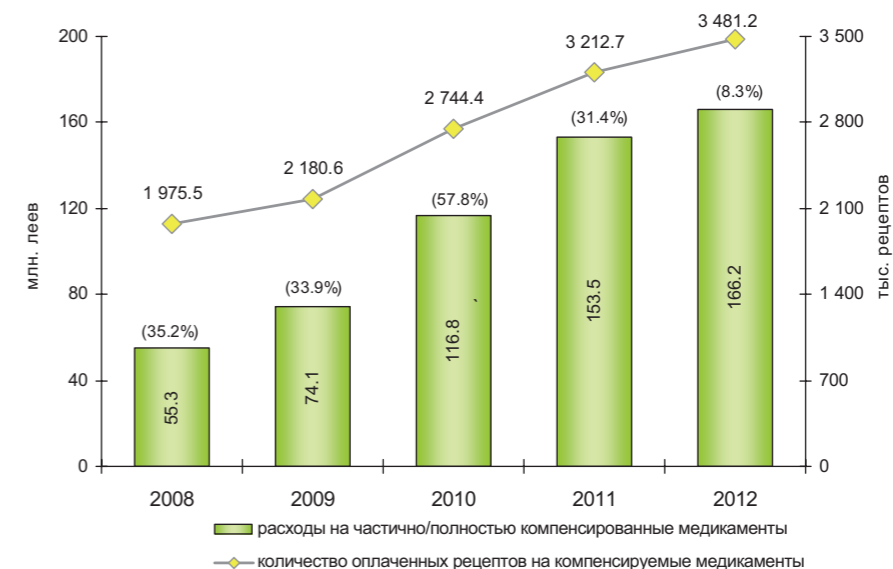
Начиная с 2005 года в Единую программу ОМС были введены медикаменты частично/полностью компенсированные из фондов ОМС. Список компенсированных из фондов ОМС медикаментов утверждается МЗ совместно с НМСК и содержит общие международные наименования, коммерческие названия, фиксированные компенсируемые суммы для каждой дозы и фармацевтической формы и сведения о включённых медикаментах. Фиксированные компенсируемые суммы для включённых в список медикаментов исчисляются Агентством по лекарствам на основании расчётной методологии, утверждённой МЗ.

К группам медицинских препаратов, включённых в список медикаментов, частично/полностью компенсированных из фондов ОМС, относятся следующие:

- Гипотензивные, диуретики, гепатопротекторы, противоастматические, антинеопластические препараты, медикаменты используемые при желудочно-кишечных и неврологических патологиях – частично компенсированные на 50%, 70% и 90%;
- Антибиотики, противоастматические, противоанемические препараты, витамины, глистогонные препараты, ферменты – полностью компенсированные для детей в возрасте 0-5 лет;
- Поливитамины, препараты для профилактики и лечения анемии у беременных – полностью компенсированные;
- Психотропные и противосудорожные, оральные антидиабетические препараты – полностью компенсированные.

Расходы на частично/полностью компенсированные медикаменты в размере 166 244,1 тыс. леев включены в общую сумму ПМП. Частично/полностью компенсированные медикаменты составляют 14,8% общих расходов на данный вид медицинской помощи, что не намного отличается от предыдущего года – 14,4%.

Диаграмма 11. Расходы основного и резервного фондов на компенсируемые медикаменты и количество оплаченных рецептов (2008-2012 г.г.)



Анализ сумм, перечисленных НМСК в 2012 году 258 аптекам, с которыми заключены договоры, показал следующее распределение сумм: 47,7% – на сердечно-сосудистые препараты, 14,3% – на препараты используемые при желудочно-кишечных патологиях, 10,6% – на препараты, предназначенные детям до 18 лет, 9,5% – на оральные антидиабетические препараты, 8,9% – на психотропные и противосудорожные препараты, 4,8% – на препараты для профилактики и лечения анемии у беременных, 4,2% – на препараты для лечения других заболеваний.

Неотложная догоспитальная медицинская помощь

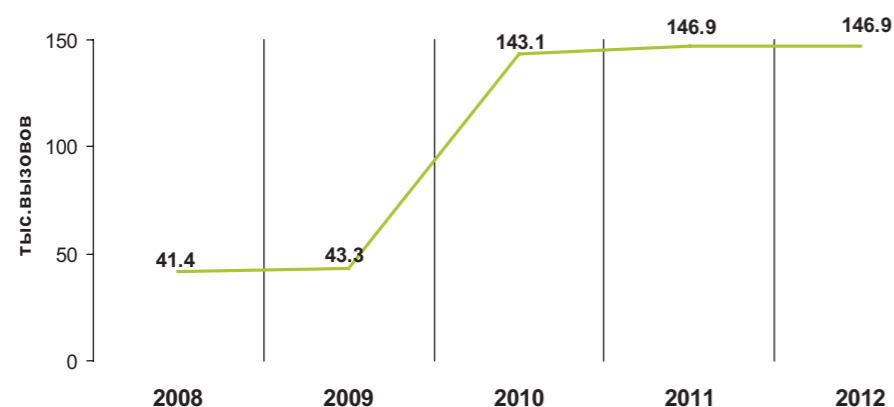
Учреждения неотложной догоспитальной медицинской помощи обеспечивают оказание населению соответствующей медицинской помощи, независимо от наличия полиса ОМС, на всей территории обслуживания в круглосуточном режиме, организуя при необходимости выезд бригады и за пределы территории обслуживания. При заключении договоров на объём медицинских услуг в рамках МП в расчёт бралось общее число лиц, равное числу лиц, зарегистрированных в МСУ, оказывающих ПМП и расположенных на территории обслуживания МСУ, оказывающих НДМП. Заключение договоров на НДМП осуществлялось по принципу «на душу населения».

Дополнительно выплачивалась и надбавка за выполнение показателей качества – обеспечение зональной станции врачами, а с 2012 года был добавлен и другой показатель – отсутствие расхождения между диагнозом службы скорой догоспитальной медицинской помощи и установленным клиническим диагнозом. Сумма в 13 213,3 тыс. леев, выплаченная за показатели качества, составляет 4,1% общей суммы, выплаченной за НДМП, в сравнении с 0,8% в 2011 году.

НМСК заключила договоры на оказание НДМП с 4 зональными станциями, службой скорой медицинской помощи муниципия Кишинэу и 2 ведомственными и частными МСУ.

В 2010-2012 г.г. была выявлена положительная динамика числа запросов, предоставленных службой НДМП. Это объясняется тем, что до 2009 года незастрахованным лицам оказывались медицинские услуги лишь в случае urgentных медико-хирургических состояний высшей степени тяжести, а в 2010 году были внесены изменения в Единую программу ОМС, согласно которым обеспечивался доступ всего населения к НДМП.

Диаграмма 12. Динамика количества вызовов СДМП представленных незастрахованным лицам (2008-2012 г.г.)



Специализированная амбулаторная медицинская помощь

Специализированная амбулаторная медицинская помощь включает помощь профильных врачей-специалистов и стоматологическую медицинскую помощь. Данный вид помощи оказывается, как правило, на основании направления семейного врача в целях установления диагноза и тактики лечения. Застрахованные лица могут обращаться непосредственно к профильному врачу-специалисту в случаях неотложных состояний и заболеваний, указанных в «Перечень заболеваний, которые подтверждены как новый случай и позволяют прямое обращение к профильному врачу-специалисту из специализированного амбулаторного звена». Стоматологическая медицинская помощь, оказанная в рамках СОМС, предполагает следующие услуги, оказанные врачом-стоматологом:

- неотложная стоматологическая помощь;
- удаление зубов по медицинским показаниям;
- профилактическая консультация для детей в возрасте до 18 лет и беременных включает: осмотр ротовой полости и санитарное просвещение относительно гигиены полости рта, удаление зубного камня, лечебные аппликации (фтора, кальция и т.д.), удаление зубов, obturация фиссур, восстановление дефектов зубов, возникших в результате кариеса и его осложнений;
- профилактическая консультация всех застрахованных лиц с осмотром ротовой полости и санитарное просвещение относительно гигиены полости рта.

Специализированная амбулаторная медицинская помощь предоставляется застрахованным лицам в случаях, указанных в Единой программе заболеваний и состояний, а незастрахованным лицам – в случаях ВИЧ инфекции и туберкулёза.

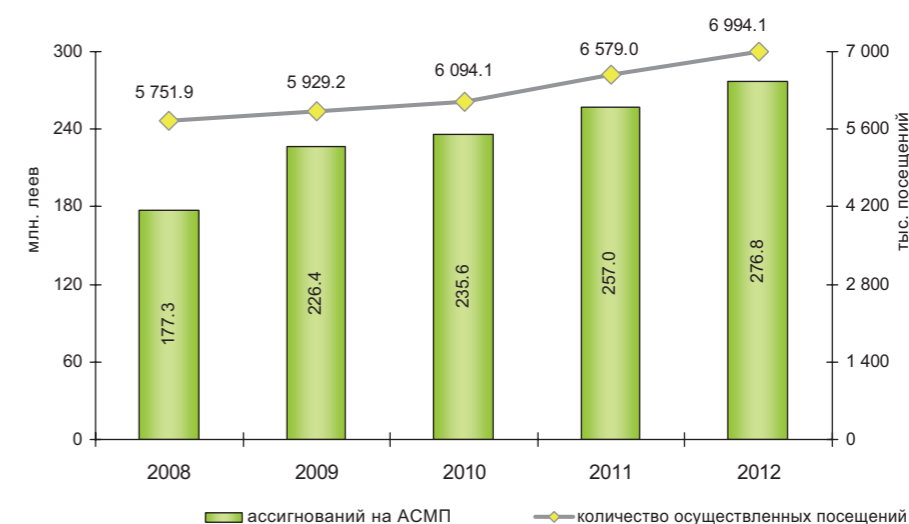
При планировании объёма медицинских услуг в рамках САМП для заключения договоров в 2012 году в расчёт бралось число лиц, равное числу лиц, зарегистрированных в МСУ, оказывающих ПМП и расположенных на территории обслуживания МСУ, оказывающих САМП. Заключение договоров на САМП осуществлялось по принципу «на душу населения» для поставщиков, оказывающих САМП по территориальному принципу. Следующий принцип заключения договоров – «глобальный бюджет» – применялся к поставщикам республиканского и муниципального уровня, оказывающим услуги застрахованным и незастрахованным лицам, больным ВИЧ инфекцией и туберкулёзом.

Принцип заключения договоров – «пролеченный случай» – применялся к центрам реабилитации больных наркоманией.

НМСК также покрывает и расходы на питание, общественный транспорт из дома и домой для застрахованных и незастрахованных лиц, больных туберкулёзом без выделения бактерий *M.Tuberculosis*.

С 2012 года право назначать компенсированные противосудорожные медикаменты в рамках САМП имеют также и врачи-невропатологи, наряду с семейными врачами и врачами-психиатрами.

Диаграмма 13. Динамика ассигнований на АСМП и количество осуществленных посещений (2008-2012 г.г.)

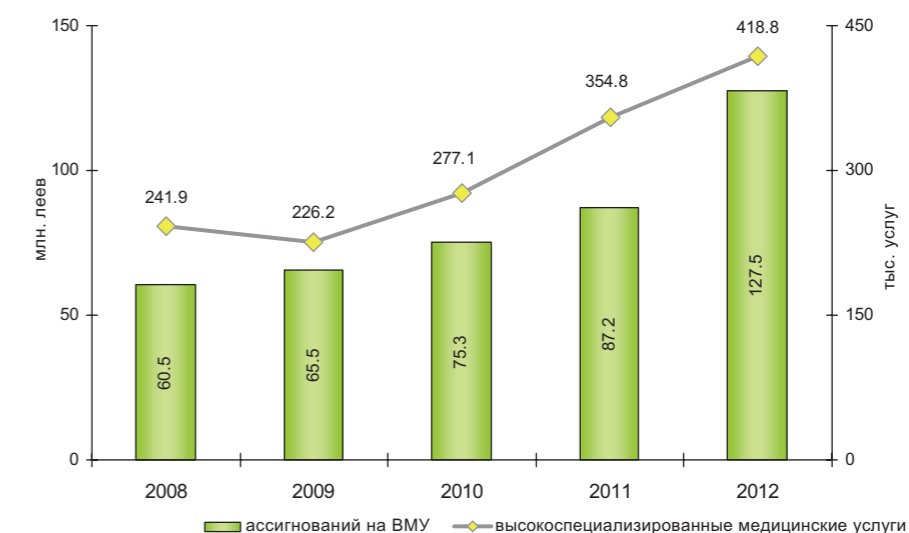


Высокоспециализированные медицинские услуги

НМСК заключила договоры на высокоспециализированные медицинские услуги на основании оговоренных с МСУ тарифов, не превышающих утверждённые Правительством тарифы и утверждённые МЗ расходы. Не разрешается оказание соответствующих услуг по стоимости, более высокой, чем в договоре, и требование у застрахованного лица дополнительных выплат.

Анализ деятельности в сфере ВМУ показывает тенденцию роста на 73% количества услуг, на которые НМСК заключила договор в 2012 году, по сравнению с 2008 годом; в то же время расширился и спектр соответствующих услуг. Увеличение ассигнований на ВМУ также было вызвано и изменением стоимости данных услуг.

Диаграмма 14. Динамика ассигнований на ВМУ и количество оказанных услуг (2008-2012 г.г.)



Заключение договоров на ВМУ осуществлялось по принципу «за услугу», а количество МСУ, с которыми в 2012 были заключены договоры на оказание данных услуг, составило 26 учреждений (6 республиканских МСУ, 3 муниципальных МСУ, 16 частных МСУ и 1 районное МСУ).

Таблица 9. Количество некоторых оказанных высокоспециализированных услуг (2008-2012 г.г.)

Наименование услуги	2008	2009	2010	2011	2012
Ядерно-магнитный резонанс	2 056	2 221	4 518	5 261	9 866
Компьютерная томография	22 214	26 369	32 152	40 393	37 751
Сцинтиграфия	11 762	11 806	11 432	11 894	8 217
Ангиография	1 897	2 203	2 748	3 023	2 961
Генетические исследования (определение РНК, ДНК, патогенных агентов в биологическом материале)	16 439	14 382	16 487	26 851	37 978
Аортография	253	288	388	381	304
Коронароангиография	1 032	1 039	1 421	1 446	1 739

Медицинский коммунитарный, паллиативный уход и уход на дому

Медицинский коммунитарный, паллиативный уход и уход на дому, на которые имеют право застрахованные лица, предоставляются уполномоченными поставщиками, которые заключили договор с НМСК.

Пациентам осуществляются следующие медицинские манипуляции, связанные с данным типом медицинской помощи:

- наблюдение за температурой, артериальным давлением, дыханием, пульсом, диурезом, стулом – у пациентов, перенёвших церебральный инсульт, страдающих хронической сердечно-сосудистой недостаточностью и патологией желудочно-кишечного тракта, печени и поджелудочной железы в стадии декомпенсации;
- уход за ранами, пролежнями, трофическими язвами и т.д.;
- уход за стомами и уход за больными с противоестественным задним проходом;
- промывания: глазные, ушные, влагалищные, желудочные;
- очистительные и лечебные клизмы;
- очистительные и питательные желудочные зондирования;
- паллиативный уход в домашних условиях;
- контроль симптомов (процедуры по уходу в случае рвоты, тошноты, запора, поноса и др.) и боли (оценка уровня болезненности, купирование боли и отслеживание медикаментозного эффекта);
- предотвращение пролежней.

Поставщик предоставляет медицинский уход застрахованным лицам, страдающим тяжёлыми формами хронических заболеваний (последствия церебрального инсульта, терминальные состояния, переломы шейки бедренной кости и т.д.), и/или после крупных хирургических вмешательств согласно рекомендациям семейного врача и профильных врачей-специалистов из стационарных и амбулаторных отделений.

В рамках этого вида медицинской помощи на 2012 год были заключены договоры с 110 поставщиками (в том числе ХОСПИСАМИ) по сравнению с 96 поставщиками в предыдущем году, что позволило увеличить доступ пожилых, одиноких лиц и лиц с ограниченными возможностями к данному виду медико-социальной помощи, рекомендованной ВОЗ.

Заключение договоров по медицинскому уходу на дому осуществлялось по принципу «за посещение». Так, в 2012 году было выполнено 101 311 посещений в рамках медицинского ухода на дому, по сравнению с 102 593 посещениями в 2011 году. Заключение договоров

на паллиативные медицинские услуги в условиях хосписа осуществлялось по принципу «за койко-день». Таким образом, в 2012 году было выполнено 11 000 койко-дней, по сравнению с 5 747 койко-днями в 2011 году, был зарегистрирован рост на 91,4% за счёт усиления деятельности МСУ и выполнения объёма услуг, на который был заключён договор.

Наибольший рост, (46,0%) по сравнению с предыдущим годом, отмечен в расходах на медицинский коммунитарный, паллиативный уход и уход на дому в рамках основного фонда. Увеличение объясняется повышением стоимости одного посещения примерно на 7,3% и числом выполненных посещений. Еще одной причиной является то, что в рамках данного вида медицинской помощи были заключены договоры на паллиативный медицинский уход в условиях хосписа, на который до 2010 года договоры заключались в рамках СМП.

Расходы фонда профилактических мероприятий (предупреждение рисков заболевания)

Финансовые средства, накопленные в фонде профилактических мероприятий, 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 (скринингом) в целях раннего выявления заболеваний;
- финансированием мероприятий и деятельности по внедрению здорового образа жизни;
- закупкой на основании постановления Правительства медицинских изделий, 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, принятыми к финансированию на основании проектов в соответствии с Положением, утвержденным Министерством здравоохранения и Компанией.

Таблица 10. Структура расходов фонда профилактических мероприятий (тыс. леев)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Исполнено	Отклонения (+/-) показателя «исполнено» от «уточнено»	Отношение (в %) показателя «исполнено» к «уточнено»
Расходы на пропаганду здорового образа жизни	3 500,0	3 500,0	3 495,2	- 4,8	99,9
Расходы на осуществление мер по снижению рисков заболевания и проведение скрининга по некоторым социально значимым заболеваниям	36 322,0	36 322,0	14 199,0	- 22 123,0	39,1
Прочие расходы из фонда профилактических мероприятий	-	-	-	-	-
РАСХОДЫ, ВСЕГО	39 822,0	39 822,0	17 694,2	- 22 127,8	44,4

Из фонда профилактических мероприятий было выплачено **17 694,2 тыс. леев** или на уровне 44,4% по сравнению с запланированной суммой, с увеличением на 1 914,8 тыс. леев (12,1%) по сравнению с 2011 годом.

По разделу *Пропаганда здорового образа жизни* были профинансированы услуги, связанные с проведением Кампании по информированию и разъяснению «Продвижение здорового образа жизни. Выпуск 2012» в сумме 3 495,2 тыс. леев. В рамках данного проекта были выполнены следующие действия:

- организация первой ярмарки здорового питания - „Biofest 2012“. В рамках события участвовали 15 компаний, производящих экологически чистые продукты, некоторые из них сертифицированные Министерством сельского хозяйства;
- организация первого велопробега Кишинэу – Варница – Кишинэу (с двумя привалами в коммуне Сындрера и в городе Анений Ной), в поддержку активного образа жизни (активное движение на открытом воздухе). В мероприятии участвовали около 50 велосипедистов (профессионалов и любителей);
- Flashmob в поддержку общего профилактического осмотра у семейного врача при участии пациентов и семейных врачей в рамках публичных МСУ мун. Кишинэу и р-на Анений Ной;
- Проведение национального конкурса на лучший рисунок для детей в возрасте до 18 лет из 20 населенных пунктов страны, учащихся начальных классов, гимназий и лицеев с целью поддержки и усвоения всех призывов Компании;
- Выпуск периодического научно-популярного издания в поддержку здорового образа жизни - „Ghidul Sănătății“;
- Организация и проведение семинаров по обучению инструкторов (медицинских и преподавательских кадров) в трех пилотных регионах, всего 250 медицинских и преподавательских кадров;
- Организация и проведение семинаров по обучению учащихся в трех пилотных регионах, всего 750 школьников;
- размещение коротких видеороликов на ЛСД-экранах, промо-материалов в 13 населенных пунктах, из которых 2 - в мун. Кишинэу, 11 – в районах страны (по месту нахождения территориальных агентств НМСК);
- размещение рекламы в автобусах и на автобусах мун. Кишинэу;
- размещение рекламы в маршрутных такси мун. Кишинэу;
- размещение коротких видеороликов на ЛСД-экранах промо-материалов в мун. Кишинэу;
- разработка, дизайн, издание промо и наглядно-информационных материалов (майки, кепки, ручки, буклеты, афиши, картонные папки, флажки, браслет с встроенным memory - stick).

Проводимые вышеназванные действия содержали следующее обращение:

- продвижение здорового образа жизни (разнообразное питание, богатое витаминами и белками);
- занятие спортом и ведение активного образа жизни;
- контролирование состояний, провоцирующих стресс;
- регулярное применение профилактических мер для организма и общий профилактический осмотр у семейно врача;
- отказ от вредных привычек в пользу здоровой жизнедеятельности;
- поддержание здоровой окружающей среды.

По разделу *Осуществление мер по снижению риска заболеваемости* НМСК были закуплены:

- вакцины и антирабический иммуноглобулин в сумме 1397,4 тыс. леев, учитывая их особую важность и принимая во внимание совместное решение представителей Министерства здравоохранения, Национального центра публичного здравоохранения, НМСК, Агентства по лекарственным средствам, ЮНИСЕФ, ВОЗ;
- противогриппозная вакцина в сумме 4899,0 тыс. леев, по требованию Министерства здравоохранения;
- принадлежности, необходимые для анализа крови с целью определения уровня сахара в крови для жителей мун. Кишинэу в сумме 43,2 тыс. леев в рамках Международного дня борьбы с сахарным диабетом;

По разделу *Проведение скрининга* некоторых заболеваний с особо значимыми социальными последствиями, НМСК профинансировало проекты в сумме 7 859,4

тыс. леев, предназначенные для проведения скрининга с целью выявления факторов риска, провоцирующих сердечно-сосудистые заболевания и комплексного клинико-инструментального скрининга для выявления предраковых состояний, а также рака молочной железы и шейки матки у женщин в возрасте от 50 до 69 лет в р-не Флорешть (обследованы 3754 женщины), в р-не Анений Ной (обследованы 2496 женщин) и рака шейки матки у женщин в возрасте от 25 до 59 лет в р-не Фэлешть (обследованы 12811 женщин), в р-не Стрэшень (обследованы 8355 женщин), р-не Кахул (обследованы 3792 женщины).

Целью проведения скрининга является способствование улучшению показателей состояния здоровья и снижению смертности, вызванной раком шейки матки, молочной железы и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Результатами программы должны быть повышение уровня знаний о профилактике этих заболеваний, информирование о факторах риска, которые могут задействовать в организме злокачественный процесс, осознание необходимости разработки и внедрения мероприятий по профилактике рака и сердечно-сосудистых заболеваний, знания о здоровом образе жизни.

Расходы резервного фонда ОМС

Финансовые средства, накопленные в резервный фонд, 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.

Таблица 11. Структура расходов резервного фонда ОМС

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Исполнено	(тыс. леев)	
				Отклонения (+/-) показателя «исполнено» от «уточнено»	Отношение (в %) показателя «исполнено» к «уточнено»
Стационарная медицинская помощь	-	-	2 059,3	-	-
РАСХОДЫ, ВСЕГО	39 822,0	9 814,8	2 059,3	- 7 755,5	21,0

Расходы резервного фонда составили **2 059,3 тыс. леев** на компенсацию разницы между фактическими расходами, связанными с оплатой медицинских услуг, оказанных в рамках стационарной медицинской помощи, и взносами, поступившими в основной фонд.

Расходы фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг

По результатам конкурса по отбору инвестиционных проектов публичных МСУ, НМСК выделяла финансовые средства из соответствующего фонда. Функции по организации и проведению этих конкурсов выполняет Смешанная комиссия, учрежденная Совместным приказом Министерства здравоохранения и НМСК № 663/175-А от 27.09.2010 г., а критерии оценки, отбора и мониторинга инвестиционных проектов установлены в Положении о критериях и порядке отбора и осуществления инвестиционных проектов, финансируемых из фонда развития, утвержденном вышеуказанным Приказом.

Критерии отбора инвестиционных проектов публичных МСУ определяются их соответствием таким целям использования финансовых средств, как:

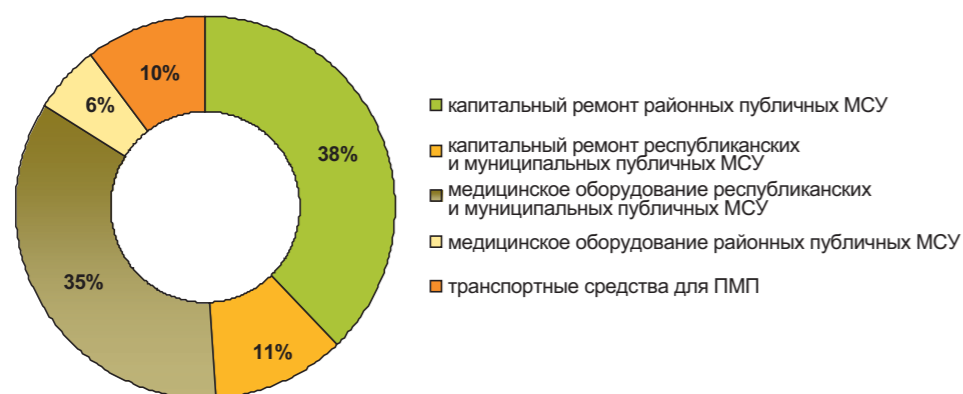
- приобретение современного медицинского оборудования и специализированного санитарного транспорта;
- внедрение новых обогревательных технологий, технологий по переработке медицинских отходов и водоснабжению;
- модернизация и оптимизация зданий и инфраструктуры;
- внедрение информационных систем и технологий.

Таблица 12. Структура расходов фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг (тыс. леев)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Исполнено	Отклонения (+/-) показателя «исполнено» от «уточнено»	Отношение (в %) показателя «исполнено» к «уточнено»
Стоимость приобретенного медицинского оборудования			45 009,4		
Расходы на капитальный ремонт			54 843,7		
Стоимость приобретенных транспортных средств			11 395,0		
РАСХОДЫ, ВСЕГО	79 644,0	114 644,0	111 248,1	- 3 395,9	97,0

Так, из фонда развития были выделены **111 248,1 тыс. леев** на 57 выигравших конкурс инвестиционных проектов публичных МСУ, а деньги были направлены на выполнение работ по капитальному ремонту - 54 843,7 тыс. леев, на оснащение лечебно-диагностическим медицинским оборудованием - 45 009,4 тыс. леев и обеспечение транспортными единицами - 11 395,0 тыс. леев. Таким образом, инвестиции способствовали повышению эффективности публичных поставщиков медицинских услуг и, в конечном итоге, оказали положительное влияние на повышение качества данных услуг.

Диаграмма 15. Доля категорий использования фонда развития



Фонд развития был выполнен на 97,0% от уточненной годовой суммы, в тоже время, в сравнении с 2011 годом, эта сумма возросла на 76 240,8 тыс. леев. Доля этого фонда в общей сумме расходов занимает вторую позицию и составляет 2,8%.

Изначально фонд развития был утвержден 79 644,0 тыс. леев, на 44,6% больше в сравнении с 2011 годом. Вследствие внесения изменений в Закон о фондах ОМС на 2012 год № 170 от 11.07.2012 г. годовая сумма этого фонда была увеличена на 35 000,0 тыс. леев и составила 114 644,0 тыс. леев.

Увеличение фонда развития было обусловлено острой необходимостью улучшения материально-технической базы публичных МСУ, что в свою очередь, положительно скажется на способности и качестве предоставления медицинских услуг лицам, охваченным системой ОМС.

Расходы фонда управления системой ОМС

Согласно действующему законодательству, финансовые средства, накопленные в фонде управления системой ОМС, используются для:

- оплаты труда работников НМСК и территориальных агентств;
- покрытия командировочных расходов;
- поддержания информационной системы и организационной инфраструктуры;
- осуществления контроля качества медицинских услуг и соответствующей экспертизы;
- операционных расходов;
- приобретения основных средств и необходимого оборудования с осуществлением амортизационных отчислений;
- хозяйственных и канцелярских расходов;
- подготовки и усовершенствования кадров;
- других видов деятельности, связанных с управлением НМСК.

Таблица 13. Структура расходов фонда управления системой ОМС (тыс. леев)

Название показателя	Утверждено	Уточнено	Исполнено	Отклонения (+/-) показателя «исполнено» от «уточнено»	Отношение (в %) показателя «исполнено» к «уточнено»
Текущие расходы	39 869,5	40 156,1	40 012,3	- 143,8	99,6
<i>В том числе:</i>					
Оплата труда	23 256,0	24 523,8	24 523,7	-0,1	100,0
Взносы обязательного государственного социального страхования	5 088,7	5 378,7	5 376,6	- 2,1	100,0
Взносы обязательного медицинского страхования	737,8	775,8	773,7	- 2,1	99,7
Стоимость приобретённых материалов и оказанных услуг	10 673,8	9 293,6	9 202,1	- 91,5	99,0
Командировочные расходы	113,2	184,2	136,2	- 48,0	73,9
Расходы на содержание основных средств общего и административного назначения	2 740,0	2 453,4	2 344,8	- 108,6	95,6
ИТОГО	42 609,5	42 609,5	42 357,1	- 252,4	99,4

Согласно законодательству для расходов административного фонда системы ОМС предусмотрено распределение до 2,0% из доходов, поступающих на единый счет НМСК. Однако, в последние годы доля расходов на администрирование страховой системы имеет тенденцию к постоянному снижению, а в последние годы сохраняется на уровне 1,0%-1,1%.

Расходы фонда управления системой ОМС были исполнены в сумме **42 357,1 тыс. леев**, что составляет 99,4% от уточненного плана. Наибольшая доля приходится на расходы по оплате труда работников, затем идут расходы на приобретение материалов и оказанные услуги, расходы на взносы обязательного государственного социального страхования и взносы ОМС.

Диаграмма 16. Доля расходов по основным показателям в общей сумме расходов фонда управления СОМС в 2012 году



В расходы на приобретение материалов и на оказанные услуги включаются и расходы на реализацию страховых полисов через почтовые отделения, на развитие информационных систем, на проведение кампаний по информированию населения о системе ОМС, на издательские услуги, на текущие расходы по содержанию и пр.

Из общего объема капитальных расходов в сумме 2344,8 тыс. леев, были использованы на работы по капитальному ремонту 1824,9 тыс. леев и 519,9 тыс. леев – на приобретение основных средств.

Согласно утвержденному штатному расписанию, на 31 декабря 2012 года в НМСК числилось 304,5 штатных единиц, в том числе технического персонала. Фактические расходы на оплату труда работников НМСК составили 24 523,7 тыс. леев, а ежемесячная заработная плата одного работника составила – 7 036 леев.

Начиная с 2005 года отмечается тенденция по увеличению суммы доходов фондов ОМС, управляемых НМСК (2005 год – 1 281 661,2 тыс. леев, 2012 год – 3 870 030,8 тыс. леев), количества МСУ и фармацевтических учреждений, с которыми был заключен контракт (2005 год - 200, 2012 год - 517), количества рецептов на компенсируемые медикаменты, представленных на оплату (2006 год - 732 778, 2012 год - 3 481 225), количества застрахованных лиц (2005 год - 2 411 176, 2012 год - 2 801 275).

Следовательно, возрастает, и объем работы, выполняемой работниками НМСК, а именно: заключение договоров с МСУ, осуществление контроля качества и объема медицинской помощи, оказываемой МСУ, с которыми были заключены договоры, а также контроля правильности распоряжения финансовыми средствами, выделенными из фондов ОМС, осуществление контроля правильности выписывания и выдачи рецептов на компенсируемые медикаменты; защита интересов застрахованных лиц, накопление сумм фиксированных страховых взносов, мониторинг исполнения инвестиционных проектов публичными МСУ, финансируемых из фонда развития ОМС и др.

VI. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ ИЗ ФОНДОВ ОМС МЕДИКО-САНИТАРНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

Согласно положениям действующего законодательства в рамках системы ОМС на конец года были заключены договоры с **259 медико-санитарными учреждениями**, из которых 26 учреждений – республиканские, 33 – муниципальные, 8 – ведомственные, 153 – районные и 39 – частные.

Увеличение количества медицинских учреждений, с которыми были заключены контракты, в сравнении с 2011 годом обусловлено завершением процесса обретения институциональной автономии в системе первичной медицинской помощи путем заключения договоров между НМСК с автономными Центрами здоровья.

Согласно заключенным с НМСК договорам, МСУ распределяют свои расходы в соответствии со сметой по четырем основным статьям: «Оплата труда», «Питание пациентов», «Медикаменты» и «Прочие расходы». Периодически Министерству здравоохранения, НМСК и учредителям представляются отчеты об исполнении.

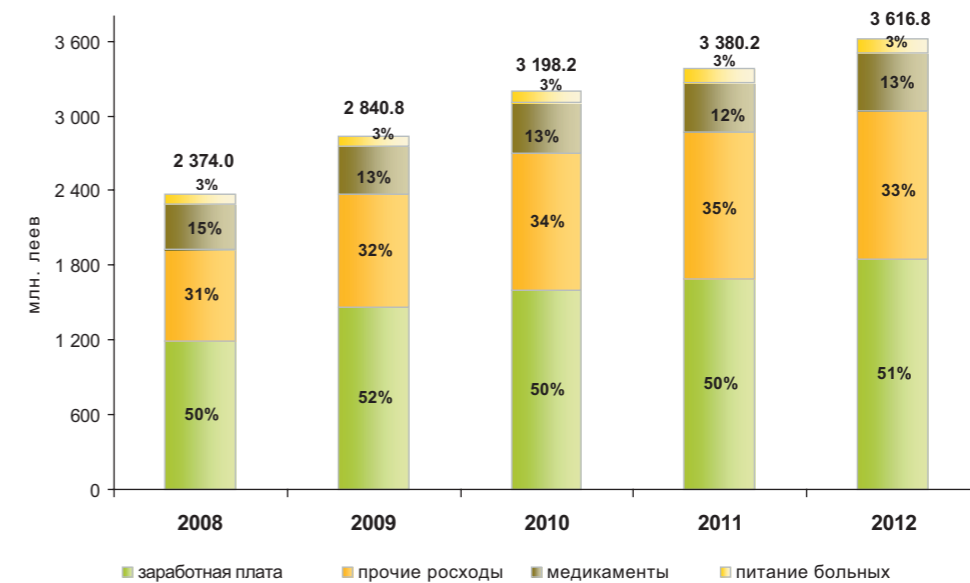
Таблица 14. Структура расходов медицинских учреждений, с которыми заключены договоры (тыс. леев)

		Расходы, ВСЕГО	В том числе:			
			Оплата труда	Питание пациентов	Медикаменты	Прочие расходы
Республиканские публичные МСУ	уточненный план	1 450 398.9	630 460.7	54 203.7	284 771.5	480 963.0
	выполнено	1 363 843.3	626 797.4	49 234.2	253 203.3	434 608.4
Муниципальные и районные публичные МСУ	уточненный план	2 255 638.6	1 191 842.9	65 679.2	208 029.2	790 087.3
	выполнено	2 100 577.6	1 163 094.2	53 959.3	184 830.4	698 693.7
Ведомственные публичные МСУ	уточненный план	53 525.5	25 248.9	3 624.2	8 731.1	15 921.3
	выполнено	48 654.8	23 530.5	2 686.7	7 832.9	14 604.7
Частные МСУ	уточненный план	114 572.5	33 910.3	1 441.8	29 351.7	49 868.7
	выполнено	103 729.7	32 059.1	987.4	21 875.2	48 808.0
Всего медицинских учреждений	уточненный план	3 874 135.5	1 881 462.8	124 948.9	530 883.5	1 336 840.3
	выполнено	3 616 805.4*	1 845 481.2	106 867.6	467 741.8	1 196 714.8
Фонд управления системой ОМС	уточненный план	42 609.5	24 523.8	0.0	0.0	18 085.7
	выполнено	42 357.1	24 523.7	0.0	0.0	17 833.4
ИТОГО	уточненный план	3 916 745.0	1 905 986.6	124 948.9	530 883.5	1 354 926.0
	выполнено	3 659 162.5	1 870 004.9	106 867.6	467 741.8	1 214 548.2

* 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.

Так же как и в предыдущие годы, половину расходов МСУ составили расходы на «оплату труда», а «прочие расходы» – одну треть часть.

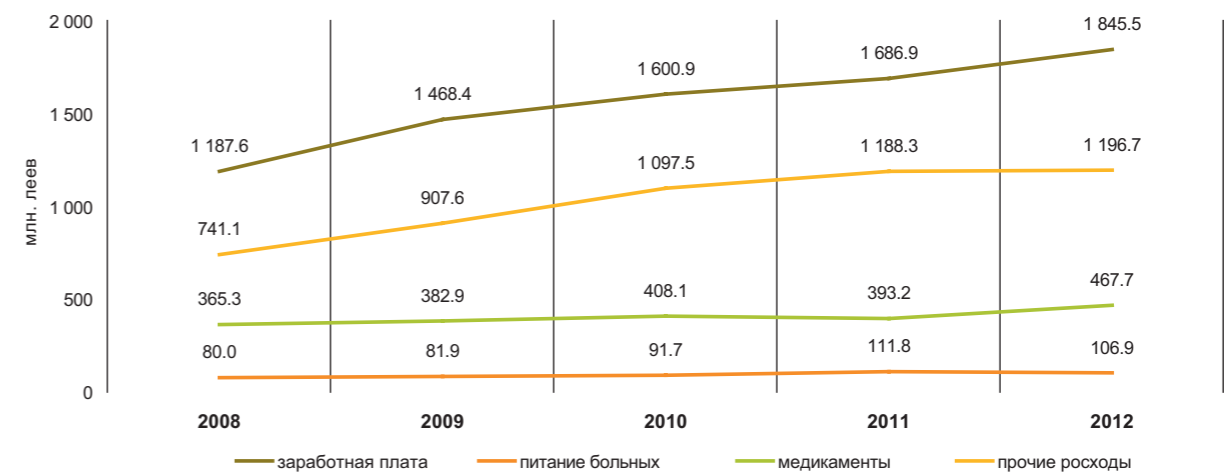
Диаграмма 17. Доля расходов по основным показателям в общей сумме расходов МСУ (2008-2012 г.г.)



Общий объем расходов МСУ составил **3 616 805,4 тыс. леев** или 93,4% от уточненной годовой суммы. По сравнению с предыдущим годом расходы выросли на 7,0%.

В общем объеме расходов МСУ в сравнении с 2011 годом больше всего выросли расходы по статье «Медикаменты» на 19,0% и «Оплата труда» - на 9,4 %, при этом снизились расходы по статье «Прочие расходы» - 0,7 %, а расходы по статье «Питание пациентов» уменьшились на 4,4%.

Диаграмма 18. Динамика расходов МСУ по статьям (2008-2012 г.г.)



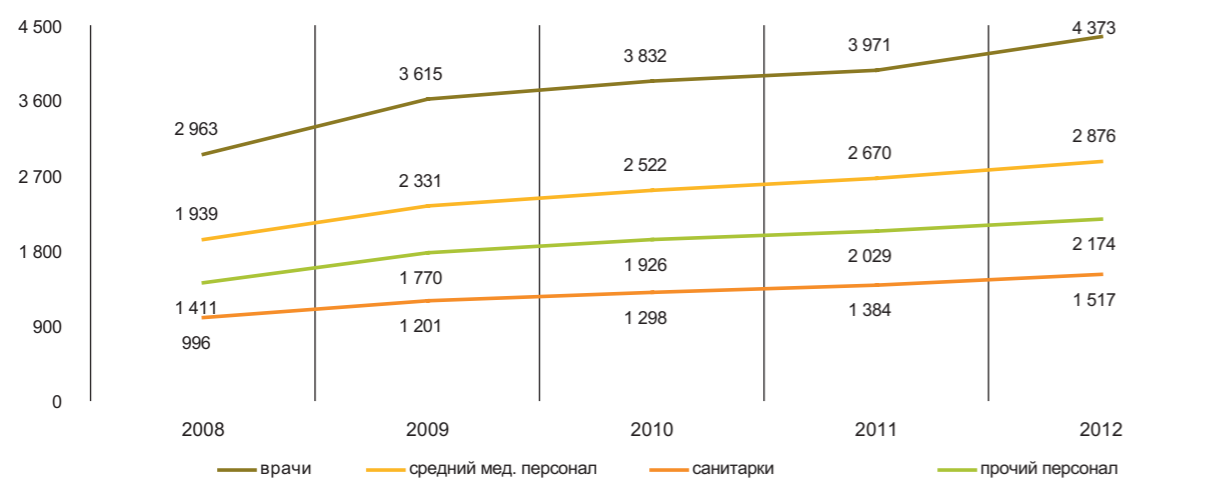
Средняя ежемесячная заработная плата на одну единицу в МСУ составляет 2796 леев, увеличившись в сравнении с 2011 годом на 8,7 %. Что касается средней ежемесячной зарплаты на одну единицу врача, то она в 2012 году составила 4373 леев, что на 10,1% больше по сравнению с 2011 годом. В нижеследующей таблице приводятся эти показатели для разных категорий персонала.

Таблица 15. Средняя ежемесячная заработная плата по категориям персонала

(леев)

Наименование штатных единиц	Средняя ежемесячная заработная плата на 1 единицу			Средняя ежемесячная заработная плата на 1 физическое лицо		
	2011	2012	отклонение	2011	2012	отклонение
Руководящий персонал	7 040	7 110	1,0%	7 107	7 117	0,1%
Врачи	3 971	4 373	10,1%	4 871	5 375	10,3%
Средний медицинский персонал	2 670	2 876	7,7%	2 990	3 242	8,4%
Младший медицинский персонал	1 384	1 517	9,6%	1 545	1 686	9,1%
Прочий персонал	2 029	2 174	7,1%	2 325	2 509	7,9%
ИТОГО	2 573	2 796	8,7%	2 936	3 199	9,0%

Диаграмма 19. Динамика средней месячной заработной платы в леях на единицу персонала (2008-2012 г.г.)



На 31.12.2012 г. МСУ зарегистрировали кредиторские задолженности в сумме 255 842,5 тыс. леев, из которых: задолженности по «Оплате труда» – 62 103 тыс. леев, «Питание пациентов» – 9 683,3 тыс. леев, «Медикаменты» – 98 242,4 тыс. леев и «Прочие расходы» – 85 813,8 тыс. леев, том числе по взносам государственного социального страхования - 14 131,2 тыс. леев.

По сравнению с положением, зарегистрированным на 31 декабря 2011 года, кредиторские задолженности выросли на 22,5%, за счет увеличения кредиторских задолженностей по статьям «Питание пациентов» на 76,2% и «Прочие расходы» на 76,6%.

Таблица 16. Структура кредиторских задолженностей МСУ

Статьи расходов	2011		2012		Отклонения 2012/2011
	Тыс. леев	% всего	Тыс. леев	% всего	
Оплата труда	56 621,0	27,1%	62 103,0	24,3%	9,7%
Питание пациентов	5 495,9	2,6%	9 683,3	3,8%	76,2%
Медикаменты	98 103,7	47,0%	98 242,4	38,4%	0,1%
Прочие расходы	48 598,0	23,3%	85 813,8	33,5%	76,6%
ИТОГО	208 818,5	100,0%	255 842,5	100,0%	22,5%

Анализ этих данных и объяснения МСУ подтверждают, что кредиторские задолженности по оплате труда и взносам обязательного государственного социального страхования, имеющиеся на 31.12.2012 г., – это, как правило, расходы, исчисленные за декабрь 2012 г. и оплаченные в январе 2013 года.

Запасы материальных средств: продуктов питания, медикаментов, нефтепродуктов, угля, – которыми располагали МСУ на 31.12.2012 года, составили 214 946,3 тыс. леев, из которых медикаментов – на – 181 638,7 тыс. леев. Запас материальных средств снизился по сравнению с тем же показателем на 31.12.2011 года на 3 765,5 тыс. леев, из которых запас медикаментов сократился на 2 045,8 тыс. леев.

Для непрерывного укрепления материально-технической базы ПМСУ капитальные расходы в сумме 142 310,1 тыс. леев, из которых были израсходованы 93 749,3 тыс. леев, что составляет 65,9% от запланированной суммы и на 45 274,0 тыс. леев меньше, чем в прошлом году. Доля капитальных расходов в общей сумме расходов составляет 2,7%, то есть меньше по сравнению с 2011 годом (4,2%).

Остатки денежных средств на счетах публичных МСУ к концу года возрастают, но уменьшаются по отношению к договорным суммам.

Таблица 17. Динамика остатков денежных средств по отношению к договорным суммам публичных МСУ

(тыс. леев)

	2009	2010	2011	2012
Договорная сумма	2 829 657,5	3 091 992,7	3 261 553,8	3 546 169,8
Остаток денежных средств	201 695,8	207 006,6	209 093,7	213 804,0
Соотношение с договорной суммой (%)	7,1%	6,7%	6,4%	6,0%

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 вместе с другими выплатами из фондов ОМС с целью использования для оказания услуг в рамках ОМС. Эти остатки являются переходными

суммами и представляют собой финансовые средства, необходимые МСУ для обеспечения непрерывной жизнедеятельности.

Снижение в последние годы темпов роста фондов ОМС и, соответственно, сумм договоров на медицинские услуги, в то время как потребительский показатель постоянно повышается, обусловило возникновение трудностей в финансово-экономическом положении публичных МСУ. Подтверждением этого является большая кредиторская задолженность публичных МСУ по состоянию на конец отчетного года, сокращение количества свободных финансовых средств для осуществления работ по капитальному ремонту и приобретению медицинского оборудования. В то же время, заработная плата медицинского персонала возросла согласно изменениям, внесенным в Постановление Правительства № 1593 от 29.12.03 г. «Об утверждении Положения об оплате труда работников публичных МСУ, включенных в систему ОМС» Постановлением Правительства № 545 от 25.07.2012 г.

VII. ОЦЕНКА СОБЛЮДЕНИЯ ДОГОВОРНЫХ УСЛОВИЙ ПОСТАВЩИКАМИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Деятельность по оценке и контролю, осуществленная структурами НМСК была направлена на выполнение законных полномочий по:

- проверке соответствия объема, сроков, качества и стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, согласно положениям договора о предоставлении медицинской помощи (медицинских услуг);
- проверке эффективности и целенаправленности распределения денежных средств, поступивших из фондов ОМС;
- обеспечению доступа застрахованных лиц к медицинским услугам, предусмотренным в Единой программе ОМС;
- рассмотрению жалоб и заявлений, поступивших от застрахованных лиц, и решение, в рамках компетенции, заявленных проблем.

В целях контроля объема и качества оказываемых медицинских услуг, а также распределения денежных средств, поступивших из фондов ОМС, в указанный период была произведена оценка деятельности медицинских и фармацевтических учреждений на предмет соблюдения условий контракта. Так, была осуществлена 821 проверка поставщиков медицинских услуг и 127 проверок фармацевтических учреждений-поставщиков, в которых участвовало 58 специалистов экспертно-контрольной структуры НМСК.

Проверки были проведены в 99,2% медико-санитарных учреждений и в 49,2% аптек, с которыми был заключен договор. В ходе проведенных проверок были выявлены некачественные и необоснованные услуги. Данные услуги в размере 13 639,4 тыс. леев, были признаны недействительными и не были приняты к оплате. По сравнению с 2011 годом сумма услуг, признанных недействительными, на 25,2 % меньше благодаря повышению уровня оказанных услуг и правильности отражения их поставщиками в отчетах, представленных в НМСК.

Таблица 18. Медицинская оценка некоторых оказанных услуг

(тыс. леев)

Оцениваемые услуги	Контракт на 2011 год	Контракт на 2012 год	Признанные недействительными в 2011 году	Признанные недействительными в 2012 году
Первичная медицинская помощь	1 045 983,7	1 119 575,6	-	4 634,7
Специализированная амбулаторная медицинская помощь	261 495,9	276 760,3	23,6	8,6
Стационарная медицинская помощь	1 779 915,7	1 924 450,5	17 943,4	8 597,6
Медицинский коммунитарный, паллиативный уход и уход на дому	5 229,9	5 282,3	139,3	144,2
Высокоспециализированные медицинские услуги	87 165,3	127 546,5	126,5	254,3
Неотложная догоспитальная медицинская помощь	306 821,9	324 209,2	-	-
ИТОГО	3 486 612,4	3 777 824,4	18 232,8	13 639,4

Помимо определения объема оценки качества медицинских услуг специалисты НМСК проверили законность и эффективность использования МСУ финансовых средств, поступивших из фондов ОМС. Таким образом, были выявлены некоторые финансовые нарушения, касающиеся использования средств в целях, не связанных с выполнением Единой программы. Согласно изданным Распоряжениям, по результатам проверок, проведенных контрольными группами НМСК, МСУ были обязаны вернуть за счет других доходов отвлеченные суммы на расчетные счета, предназначенные для средств ФОМ.

Название организации	Национальная медицинская страховая компания
Адрес	мун. Кишинэу, бул. Григоре Виеру, №12, MD-2005
Телефон	+373 22 223166
Факс	+373 22 226184
Электронный адрес	info@cnam.md
Адрес сайта	www.cnam.md
Начало финансового года	1 января 2012 года
Окончание финансового года	31 декабря 2012 года
Род деятельности	обязательное медицинское страхование
Руководство	Мирча Буга – Генеральный директор Василе Паскал Юрий Осояну
Внешний аудит	Счетная палата Республики Молдова



