



ГODOBOЙ ОТЧЕТ ОБ ИСПОЛНЕНИИ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2018 год

Система здравоохранения Республики Молдова ориентируется на обеспечение равного и недискриминационного доступа к пакету медицинских услуг для всего населения страны. Одной из основных опор системы здравоохранения является обязательное медицинское страхование, которое представляет собой гарантированную государством автономную систему финансовой защиты населения в области здравоохранения путем формирования, на основе принципов солидарности, за счет страховых взносов, денежных фондов, предназначенных для покрытия расходов по лечению заболеваний и состояний, требующих медицинской помощи. Система обязательного медицинского страхования (здесь и далее — система страхования) предлагает населению равные возможности в получении медицинской помощи, с акцентом на информирование населения о проблемах здравоохранения и преимуществах системы, но, прежде всего, на гарантирование получения гражданами своевременных и качественных медицинских услуг.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

ГODOVOЙ ОТЧЕТ ОБ ИСПОЛНЕНИИ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2018 год

СОДЕРЖАНИЕ

ОБРАЩЕНИЕ РУКОВОДСТВА	7
СОБЫТИЯ	8
СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	11
РОЛЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	14
Миссия, Видение, Ценности.....	14
Организация и управление	17
Ресурсы.....	17
Человеческие ресурсы	17
Информационные технологии	21
Имущественные ресурсы.....	21
СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ В 2018 ГОДУ.....	23
Наиболее значимые и перспективные виды деятельности, осуществленные компанией	26
Обеспечение доступа к специальным программам	26
Участие в реализации национальных проектов	26
Оплата труда врачей и медицинского персонала	26
Сотрудничество с партнерами по развитию	28
Развитие информационных технологий.....	29
Организация информационных кампаний.....	30
БЕНЕФИЦИАРЫ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	32
КОМПЛЕКСНЫЙ ВЗГЛЯД НА ИСПОЛНЕНИЕ ФОМС	34
ДОХОДЫ.....	38
Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам	39
Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в фиксированной сумме, уплаченные физическими лицами, пребывающими или проживающими на территории Республики Молдова	40
Трансферты, полученные из государственного бюджета	40
Прочие доходы	41
РАСХОДЫ	42
Расходы из фонда по оплате текущих медицинских услуг (основной фонд)	45
Первичная медицинская помощь	46
Специализированная амбулаторная медицинская помощь	50
Неотложная догоспитальная медицинская помощь	53
Стационарная медицинская помощь.....	54
Высокоспециализированные медицинские услуги.....	58
Коммунитарные медицинские услуги и уход на дому.....	60
Компенслируемые медикаменты	61
Расходы фонда профилактических мероприятий	66
Расходы фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг	68
Расходы резервного фонда	69
Расходы фонда управления	69
ВЫЯВЛЕННЫЕ НЕДОСТАТКИ.....	73
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОДПРОГРАММ РАСХОДОВ ФОМС.....	77
Подпрограмма 80 02 «Управление фондами обязательного медицинского страхования»	77
Подпрограмма 80 05 «Первичная медицинская помощь»	79
Подпрограмма 80 06 «Специализированная амбулаторная медицинская помощь»	80
Подпрограмма 80 08 «Коммунитарный медицинский уход и уход на дому»	81
Подпрограмма 80 09 «Неотложная догоспитальная медицинская помощь»	82
Подпрограмма 80 10 «Стационарная медицинская помощь»	83
Подпрограмма 80 11 «Высокоспециализированные медицинские услуги»	84
Подпрограмма 80 17 «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования»	85
Подпрограмма 80 18 «Национальные и специальные программы в области здравоохранения»	86
Подпрограмма 80 19 «Развитие и модернизация учреждений здравоохранения»	87

ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ.....	89
БАЛАНС	89
ОТЧЕТ О ДВИЖЕНИИ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ	91
ПРИМЕЧАНИЯ К ФИНАНСОВОЙ ОТЧЕТНОСТИ (РАСКРЫТИЕ)	92
ПРИМЕЧАНИЕ 1 ПОЛИТИКА БУХГАЛТЕРСКОГО УЧЕТА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ОТЧЕТНОСТИ.....	92
ПРИМЕЧАНИЕ 2 ДОЛГОСРОЧНЫЕ АКТИВЫ.....	94
ПРИМЕЧАНИЕ 3 ОБОРОТНЫЕ АКТИВЫ.....	97
ПРИМЕЧАНИЕ 4 ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА	100
ПРИМЕЧАНИЕ 5 ОБЯЗАТЕЛЬСТВА.....	101
ПРИМЕЧАНИЕ 6 ДОХОДЫ.....	104
ПРИМЕЧАНИЕ 7 ОСНОВНЫЕ РАСХОДЫ	105
ПРИМЕЧАНИЕ 8 ДОХОДЫ И РАСХОДЫ ЦЕЛЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ	107
НЕПРЕРЫВНОСТЬ РАЗВИТИЯ.....	110
СОКРАЩЕНИЯ.....	111
РЕШЕНИЕ № 1 АДМИНИСТРАТИВНОГО СОВЕТА НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ.....	112



Почему цветок одуванчика?

Цветок одуванчика, логотип Национальной медицинской страховой компании, символизирует здоровье всего общества, охраняемого нами с заботой и преданностью.

Листья-руки символизируют нашу силу и намерение обеспечить бенефициару защиту путем предоставления доступа к качественным медицинским услугам.

Стебель представляет связи, поддержку и равномерное распределение финансовых ресурсов для поддержания равновесия и надежности системы здравоохранения.

Основание является краеугольным камнем Национальной медицинской страховой компании, и оно основывается на надежных политиках и эффективных стратегиях в системе здравоохранения.

ОБРАЩЕНИЕ РУКОВОДСТВА

Право пользоваться самым высоким достижимым стандартом здравоохранения является одним из основных прав каждого человека. Хорошее состояние здоровья является ценностью и надежным источником экономической и социальной стабильности.

Медицина является очень дорогостоящей областью, поэтому для обеспечения жизнеспособности систем страхования в медицине инвестируются значительные финансовые ресурсы. Результативность в сфере здравоохранения и экономическая эффективность в области обязательного медицинского страхования взаимосвязаны, а оптимизация использования ресурсов в секторе здравоохранения является насущно важной задачей.

Продолжающийся рост поступлений в фонды обязательного медицинского страхования и объединение совместных командных усилий позволили нам увеличить объем стратегических приобретений в сфере оказания медицинских услуг населению.

Большой объем денежных средств был выделен на реализацию специальных программ: **хирургическое лечение катаракты, протезирование бедренного и коленного суставов, трансплантация печени, почки и роговицы, операции на сердце и т.д.**

Особое внимание было уделено условиям работы медицинских кадров и условиям лечения пациентов. Кроме того, мы продолжали поддерживать, на конкурсной основе, финансирование проектов по развитию и модернизации государственных медицинских учреждений.

В целях расширения доступа сельского населения к специализированным медицинским услугам мы приобрели передвижные комплексы для проведения радиографических исследований в рамках реализации программ по скрининговым обследованиям, направленным на выявление туберкулеза, рака легких и молочной железы, также нами были приобретены стоматологические услуги для детей.

Приоритетным направлением нашей деятельности было обеспечение доступа населения к фармацевтическим услугам за счет расширения перечня компенсируемых медикаментов и существенного увеличения ассигнований, предназначенных для групп заболеваний, характеризующихся высокими показателями заболеваемости и смертности в стране, таких как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, бронхиальная астма, обструктивная бронхопневмония и т.д.

Система обязательного медицинского страхования находится в процессе постоянного совершенствования. Так, мы хотим, при поддержке партнеров по развитию, привести нашу деятельность в соответствие с лучшими международными практиками для реализации глобальной цели здравоохранения — **всеобщий охват населения медицинскими услугами на основе принципов доступности, высокого качества и справедливости.**

СОБЫТИЯ

Соглашение об Ассоциации РМ-ЕС, подписанное Молдовой и Европейским Союзом 27 июня 2014 года. Подписав этот документ, Молдова приняла на себя обязательство развивать **демократические институты**, в соответствии со стандартами и правилами Европейского Союза.

Повестка дня ООН 2030, принятая на Саммите по устойчивому развитию, состоявшемуся 25 сентября 2015 года, в котором приняли участие 193 государства - членов ООН включает 17 задач в области устойчивого развития. Задача № 3 «Здоровье и благосостояние» направлена **на снижение рисков для здоровья** путем предоставления более широкого доступа к медицинским услугам, в том числе к базовым услугам высокого качества, к безопасным, эффективным, качественным и доступным лекарственным средствам и вакцинам.

Закон № 1585 от 27 февраля 1998 года об обязательном медицинском страховании, который направлен на регулирование автономной системы гарантированной государством **финансовой защиты** населения в области здравоохранения.

Закон № 1593 от 26 декабря 2002 года о размере, порядке и сроках уплаты взносов обязательного медицинского страхования, которым устанавливается нормативно-правовая база для **определения размера, порядка и сроков уплаты** взносов обязательного медицинского страхования в фонды, учрежденные и управляемые Национальной медицинской страховой компанией.

Закон № 280 от 15 декабря 2017 года о **Фондах обязательного медицинского страхования на 2018 год**, которые были утверждены по доходам в размере 6,7 млрд леев и по расходам - 6,7 млрд леев.

Постановление Правительства № 609 от 28 июля 2017 года об утверждении **Бюджетного прогноза на среднесрочный период (2018-2020)**, который послужил в качестве основы для разработки проекта Закона о ФОМС на 2018 год.

Постановление Правительства № 886 от 6 августа 2007 года об утверждении Национальной политики в области здоровья, которая представляет собой совокупность приоритетов и **направлений развития в области здоровья**, установленных политическим решением на 15-летний срок в целях укрепления здоровья населения и уменьшения неравенства между различными социальными группами и регионами страны.

Постановление Правительства № 1032 от 20 декабря 2013 года об утверждении Национальной стратегии в области общественного здоровья на 2014-2020 годы, направленной на улучшение, **укрепление и поддержку здоровья населения**, уменьшение неравенства в сфере здравоохранения и достижения соответствующих стандартов качества жизни путем повышения эффективности действий государства в области внедрения и мониторинга политик в области общественного здоровья.

Постановление Правительства № 156 от 11 февраля 2002 года об утверждении Устава **Национальной медицинской страховой компании**, согласно которому Компания является независимой государственной организацией, включая финансовую автономию на национальном уровне, которая имеет статус юридического лица и осуществляет некоммерческую деятельность в области обязательного медицинского страхования.

Постановление Правительства № 594 от 14 мая 2002 года, которым регулируются учреждение и **управление фондами обязательного медицинского страхования**, а также способ распределения и использования средств, аккумулированных в этих фондах.

Постановление Правительства № 1636 от 18 декабря 2002 года об утверждении **Типового договора о предоставлении медицинской помощи** (оказания медицинских услуг) в рамках обязательного медицинского страхования.

Постановление Правительства № 1372 от 23 декабря 2005 года, которым регулируется **компенсация стоимости медикаментов** в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Постановление правительства № 1387 от 10 декабря 2007 года об утверждении **Единой программы** обязательного медицинского страхования, устанавливающее потребности населения в медицинских услугах во взаимосвязи с возможностями системы здравоохранения, в пределах средств фондов обязательного медицинского страхования, утвержденных на соответствующий год.

Постановление правительства № 837 от 6 июля 2016 года об утверждении Положения о **заработной плате работников публичных медико-санитарных учреждений**, включенных в систему обязательного медицинского страхования.

Постановление Правительства № 890 от 20 июля 2016 года об утверждении **Плана действий** Правительства на 2016-2018 годы.

Постановление правительства № 892 от 12 сентября 2018 года об утверждении **Отраслевого плана мероприятий по борьбе с коррупцией** в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования на 2018-2020 годы.



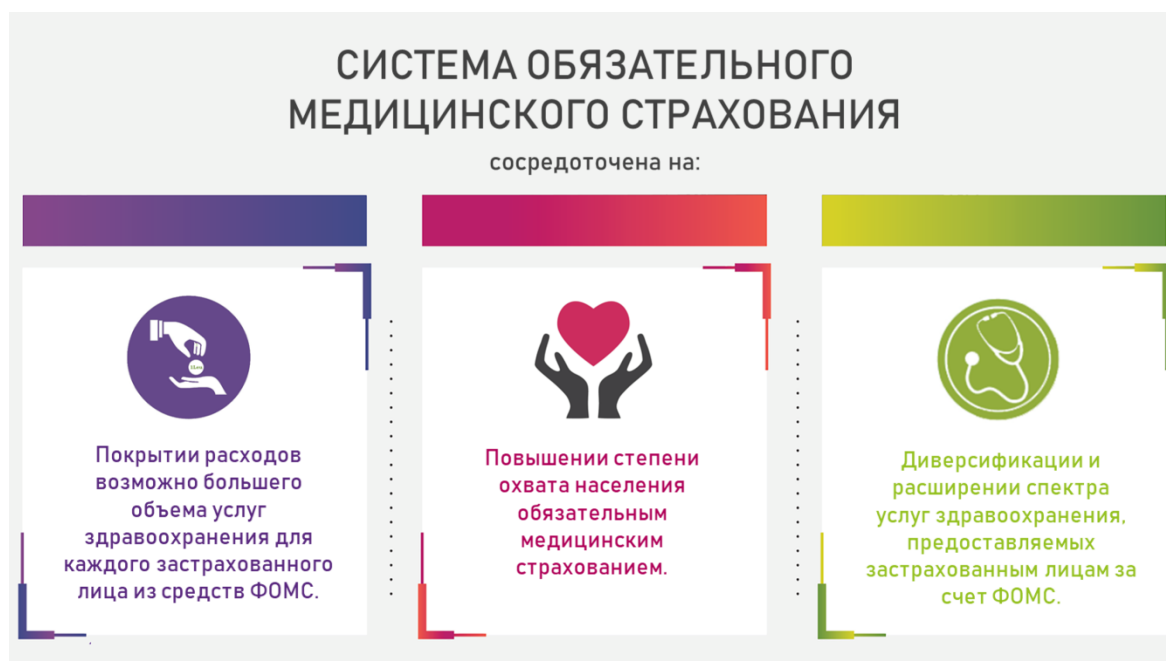
ОТЧЕТ ОБ УПРАВЛЕНИИ

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Забота о здоровье населения представляет собой задачу первостепенной важности в политике каждого государства, потому что здоровое население является преимущественным условием формирования и поддержания высокопроизводительного **человеческого капитала** и, следовательно, устойчивого развития страны.

Система здравоохранения Республики Молдова ориентируется на обеспечение равного, без дискриминации, доступа к пакету медицинских услуг для всего населения страны. Одним из основополагающих элементов системы здравоохранения является **обязательное медицинское страхование**, которое представляет собой гарантированную государством автономную систему финансовой защиты населения в области здравоохранения путем учреждения, на основе принципа **солидарности**¹, за счет страховых взносов, денежных фондов, предназначенных для покрытия расходов на лечение заболеваний или расстройств здоровья. Система обязательного медицинского страхования (*далее — система страхования*) предоставляет населению **равные возможности**² для получения медицинской помощи, с акцентом на **информировании населения** по вопросам здравоохранения и преимуществах системы, но прежде всего — **на обеспечение доступа** граждан к своевременным и качественным медицинским услугам.

Система страхования в первую очередь направлена на компенсацию застрахованным лицам, полностью или частично, расходов на медицинское лечение в случае нарушений здоровья. Иными словами, она направлена на **покрытие финансового риска** застрахованных лиц путем предоставления доступного пакета медицинских услуг (*рисунок № 1*).



¹ принцип солидарности — плательщики взносов обязательного медицинского страхования уплачивают соответствующие взносы в зависимости от дохода, а застрахованные лица пользуются медицинской помощью по мере необходимости.

² принцип равноправия — всем участникам системы обязательного медицинского страхования обеспечивается недискриминационное отношение в том, что касается прав и обязанностей, предусмотренных законом.

Рисунок № 1 Векторы приоритетных направлений деятельности системы обязательного медицинского страхования

Система обязательного медицинского страхования в Республике Молдова стремится к приведению в соответствие со стандартами лучших передовых практик, признанных на международном уровне, при сосредоточении внимания на:

- **увеличении степени охвата населения.** В течение 2018 года наблюдался рост на 1,3%, по сравнению с 2017 г., охвата населения обязательным медицинским страхованием, этот показатель достиг в 2018 году уровня 88,2%;
- **диверсификации и расширении номенклатуры медицинских услуг,** предоставляемых застрахованным лицам за счет фондов обязательного медицинского страхования (далее — ФОМС). Единая программа включает в себя исчерпывающий перечень заболеваний и патологических состояний, для которых предусмотрен значительный объем медицинской помощи, застрахованной из средств ФОМС;
- **охвате более широкого спектра услуг,** направленных на снижение затрат, связанных со **здоровьем,** для каждого застрахованного лица, таким образом, чтобы его собственный вклад в этих целях **носил умеренный характер** и не влек за собой финансовый риск для застрахованных лиц. За отчетный период доля расходов ФОМС в общих расходах на охрану здоровья национального публичного бюджета составила около 86%, что в абсолютном исчислении составляет 1 900 тысяч леев в перерасчете на одного бенефициара,

Основные показатели системы обязательного медицинского страхования в динамике отражены в таблице 1.

Таблица 1. Ключевые показатели системы обязательного медицинского страхования, 2014-2018 годы

	ЕИ	2014	2015	2016	2017	2018
Застрахованные лица	кч	2 475 659	2 571 960	2 575 586	2 608 426	2 642 969
Степень охвата системой страхования	%	85,0	85,6	85,8	86,9	88,2
Работающие лица	кч	846 790	850 107	852 124	860 261	874 643
Лица, застрахованные в индивидуальном порядке	кч	48 925	48 307	40 113	53 684	55 451
Лица, застрахованные Правительством	кч	1 579 944	1 673 546	1 683 349	1 694 481	1 712 875
Доходы ФОМС	млн. леев	4 637,7	5 062,9	5 764,2	6 256,6	6 877,4
Доля трансфертов из государственного бюджета в доходы ФОМС	%	46,9	42,0	41,1	40,4	38,3
Расходы ФОМС	млн. леев	4 679,5	5 152,5	5 673,4	6 260,8	6 714,1
Доля расходов в ВВП	%	4,2	3,5	3,5	3,5	3,5
Доля расходов в общих расходах на охрану здоровья НПБ	%	79,4	79,8	87,2	86,1	86,1
Размер страховых взносов, исчисленных в процентном отношении	%	8	9	9	9	9

Размер страховых взносов в фиксированной сумме	леев	4 056,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0
Фонд оплаты труда	млрд. леев	29,0	30,7	35,0	39,4	44,5
Фармацевтические и медицинские учреждения, с которыми заключены контракты	количество учреждений	673	690	692	698	691
Оплаченные рецепты на компенсированные медикаменты	количество рецептов	3 476 901	3 678 614	4 593 565	5 506 631	5 260 392
Расходы на компенсированные медикаменты	млн. леев	205,9	279,7	425,0	523,9	508,0
Средняя компенсируемая сумма в расчете на один рецепт	леев	83,1	106,4	113,7	119,1	112,0
Основные показатели по медицинским услугам						
Расходы ПМП	млн. леев	1 342,8	1 525,2	1 729,2	1 876,7	1 885,5
Посещения семейного врача	количество посещений	11 156,5	10 126,7	10 270,8	10 438,3	10 366,9
Расходы САМП	млн. леев	329,5	360,3	389,2	423,6	504,5
Посещения в амбулаторных условиях	количество посещений	6 971,3	6 584,1	6 565,6	6 649,0	6 704,2
Расходы по коммунитарному медицинскому уходу и уходу на дому	млн. леев	6,4	7,9	8,7	9,2	57,0
Посещения для медицинского ухода на дому	количество посещений	80 030	83 869	86 198	69 662	71 685
Расходы НДМП	млн. леев	358,8	428,1	456,6	544,0	561,6
Вызовы на оказание неотложной медицинской помощи	количество вызовов	901 894	1 098 144	953 753	877 568	855 394
Расходы СМП	млн. леев	2 195,4	2 401,2	2 827,7	3 118,1	3 368,4
Пролеченные валидированные острые случаи, в том числе случаи хирургии 1-го дня	количество случаев			485 556	486 144	499 080
Пролеченные валидированные хронические случаи	количество случаев			49 555	58 543	63 529
Расходы ВМУ	млн. леев	166,9	176,9	158,9	191,3	209,4
ВМУ	количество услуг	621 605	568 287	515 880	599 058	613 735

Источник: данные Компании

РОЛЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

Миссия, Видение, Ценности

Управление ФОМС является правом, в качестве страхователя, и в то же время ответственностью Национальной медицинской страховой компании (называемой далее Компания).

Миссия — предоставление застрахованным лицам гарантированной финансовой защиты и обеспечение доступа к качественным медицинским услугам (*рисунок № 2.*).

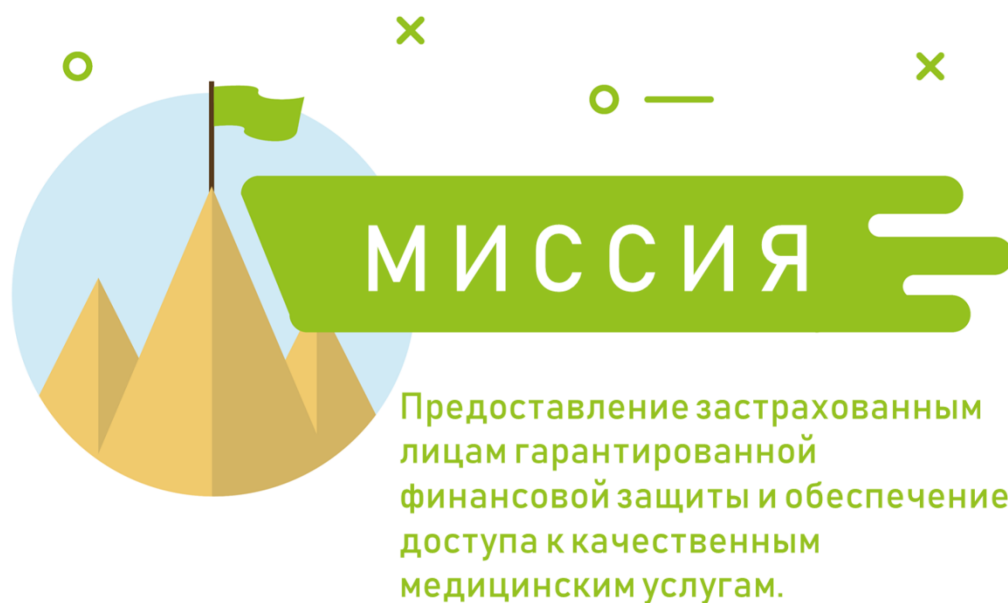


Рисунок № 2. Миссия Национальной медицинской страховой компании

Видение — повышение уровня доверия населения к предоставляемым медицинским услугам и к системе обязательного медицинского страхования (рисунки № 3).

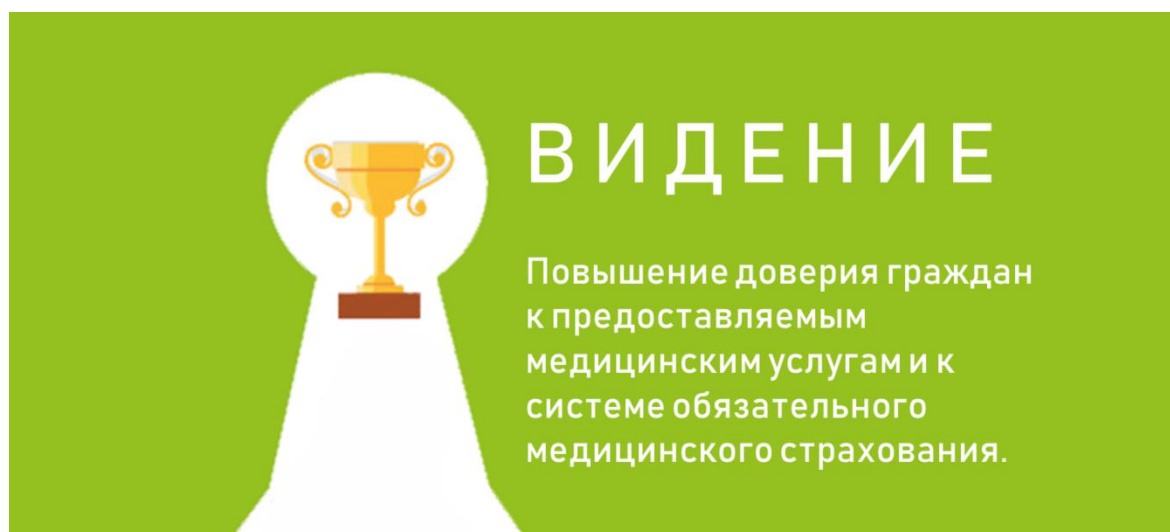


Рисунок № 3. Видение Национальной медицинской страховой компании

Наши **Ценности** (рисунки № 4):

- *этика и профессиональная неподкупность* — мы стремимся выполнять институциональные обязанности надлежащим образом, ответственно и эффективно;
- *сотрудничество* — мы делаем ставку на атмосферу доверия как при внутреннем сотрудничестве, так и при сотрудничестве с партнерами;
- *отзывчивость* — мы выступаем за открытость и оперативное реагирование на потребности населения;
- *развитие* — инвестируем ресурсы в творческий подход и ориентированы на непрерывное развитие профессиональных компетенций, содействуя таким образом внедрению реформ в области здравоохранения.

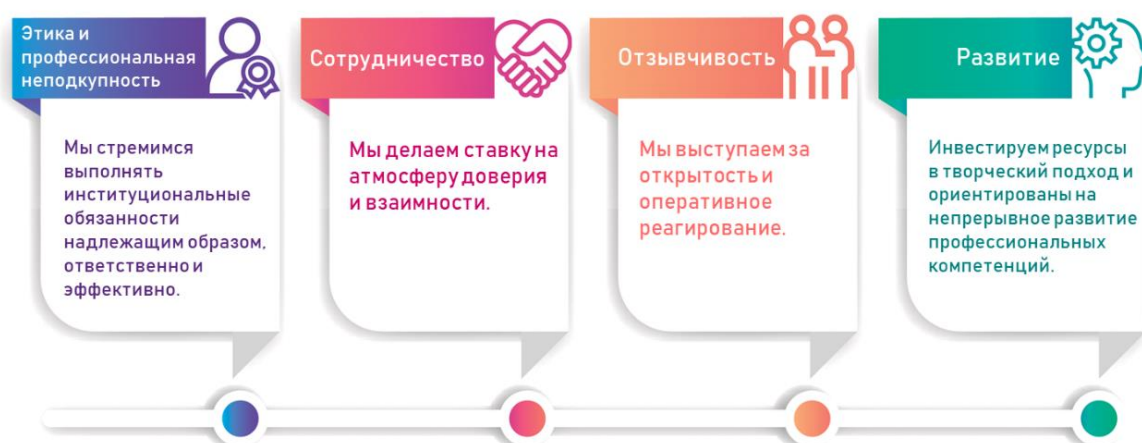


Рисунок № 4. Ценности Национальной медицинской страховой компании

Задачами Компании являются (рисунок № 5):

- организация и осуществление процесса обязательного медицинского страхования в целях формирования финансовых фондов, достаточных для покрытия расходов на лечение и профилактику заболеваний, включенных в Единую программу;
- контроль качества предоставляемой медицинской помощи;
- внедрение нормативно-правовой базы в сфере обязательного медицинского страхования.



Рисунок № 5. Задачи Национальной медицинской страховой компании

Организация и управление

Управление Компанией обеспечивается Административным советом и Исполнительным управлением. Административный совет является высшим органом самоуправления, основной целью которого является поддержка интересов всех застрахованных в отношениях с Исполнительным управлением Компании и гарантирование корректности и социальной справедливости при осуществлении обязательного медицинского страхования.

Состав Административного совета утвержден Правительством и включает в себя 15 членов, в том числе: представитель Парламента, представитель Президентуры, пять представителей Правительства, три представителя Национальной конфедерации патроната, три представителя Национальной конфедерации профсоюзов, один представитель профессиональной организации медицинских работников и один представитель организации по защите прав пациентов (рисунок № 6).



Рисунок № 6. Состав Административного совета Компании

Исполнительное управление осуществляет оперативное управление и постоянное управление, в пределах сферы компетенции, установленных Административным советом Компании. Исполнительная деятельность регулируется генеральным директором, который является главным распорядителем кредитов в отношении денежных средств, аккумулированных в ФОМС, которыми он управляет с соблюдением требований законодательства

В отношениях с бенефициарами и партнерами на территории Республики Молдова Компанию представляют пять территориальных агентств. Эти агентства имеют статус отделений, и подчиняются Компании, осуществляя полномочия в соответствии с положениями действующих нормативных актов.

Ресурсы

Человеческие ресурсы

Одними из основных ресурсов любого успешного предприятия или учреждения являются человеческие ресурсы. Достижения Компании — это достижения ее сотрудников, они определяются их теоретическими знаниями, практическими навыками и умениями, и творческим подходом к достижению целей и решению задач.

На конец отчетного года в учреждении осуществляли трудовую деятельность 297 сотрудников, из них 192 женщины и 105 мужчин (рисунки № 7).

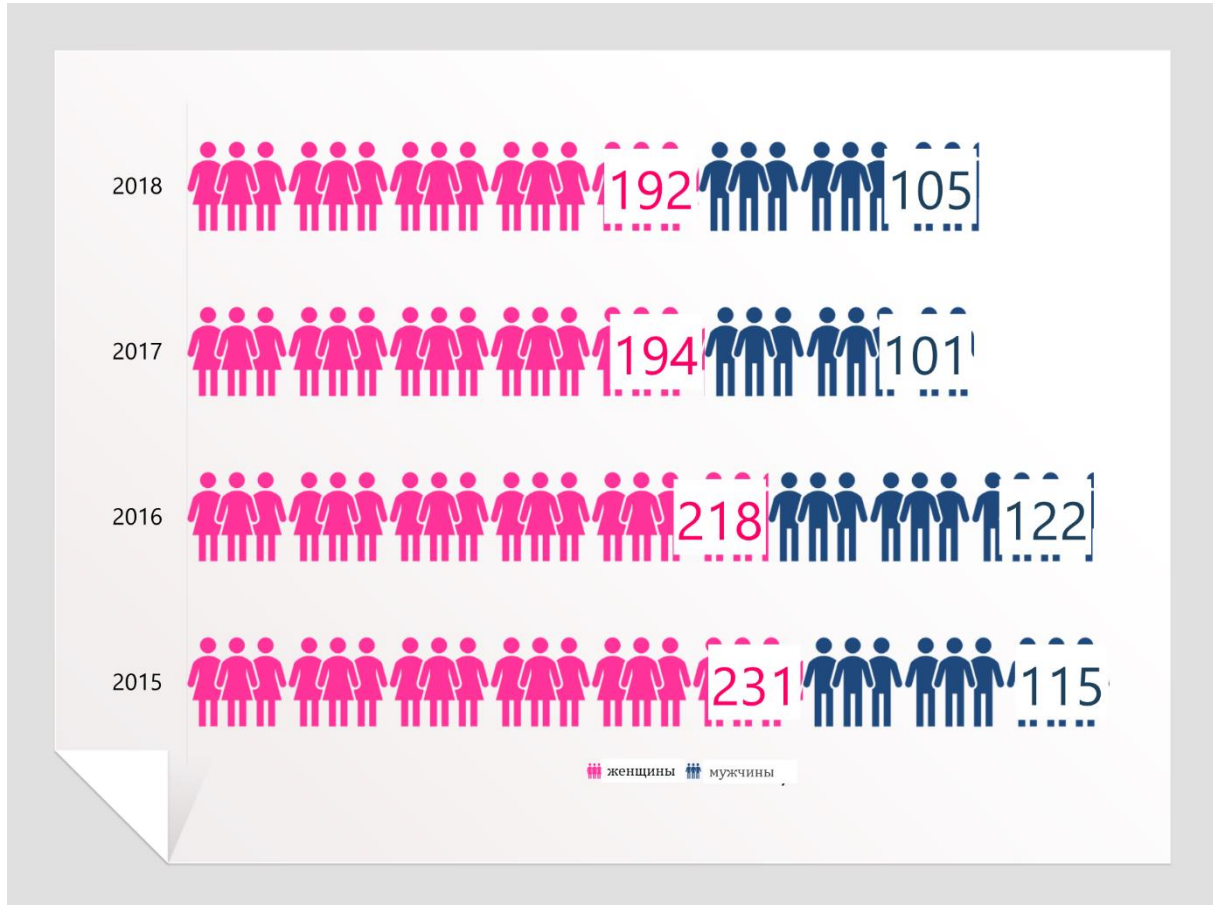


Рисунок № 7. Количество сотрудников Компании, 2015 - 2018 годы

Источник: данные Компании

В отношении распределения сотрудников по возрасту за отчетный период был отмечен незначительный рост количества работников в возрасте свыше 55 лет: факт, указывающий на легкую тенденцию к старению действующего состава персонала. В то же время, хотя и при уменьшении численности, превалирует персонал из возрастной группы 24-54 года, что предполагает, что около 80% сотрудников являются лицами, обладающими необходимым опытом и навыками (рисунки № 8).



Рисунок № 8. Структура персонала Компании по возрастным группам, 2015-2018 годы

Источник: данные Компании

В отношении профессионального опыта было констатировано, что 27% сотрудников имеют опыт работы в Компании более 13 лет, 22% — до 3 лет, 16% — от 3 до 5 лет и т.д. (рисунок №9)

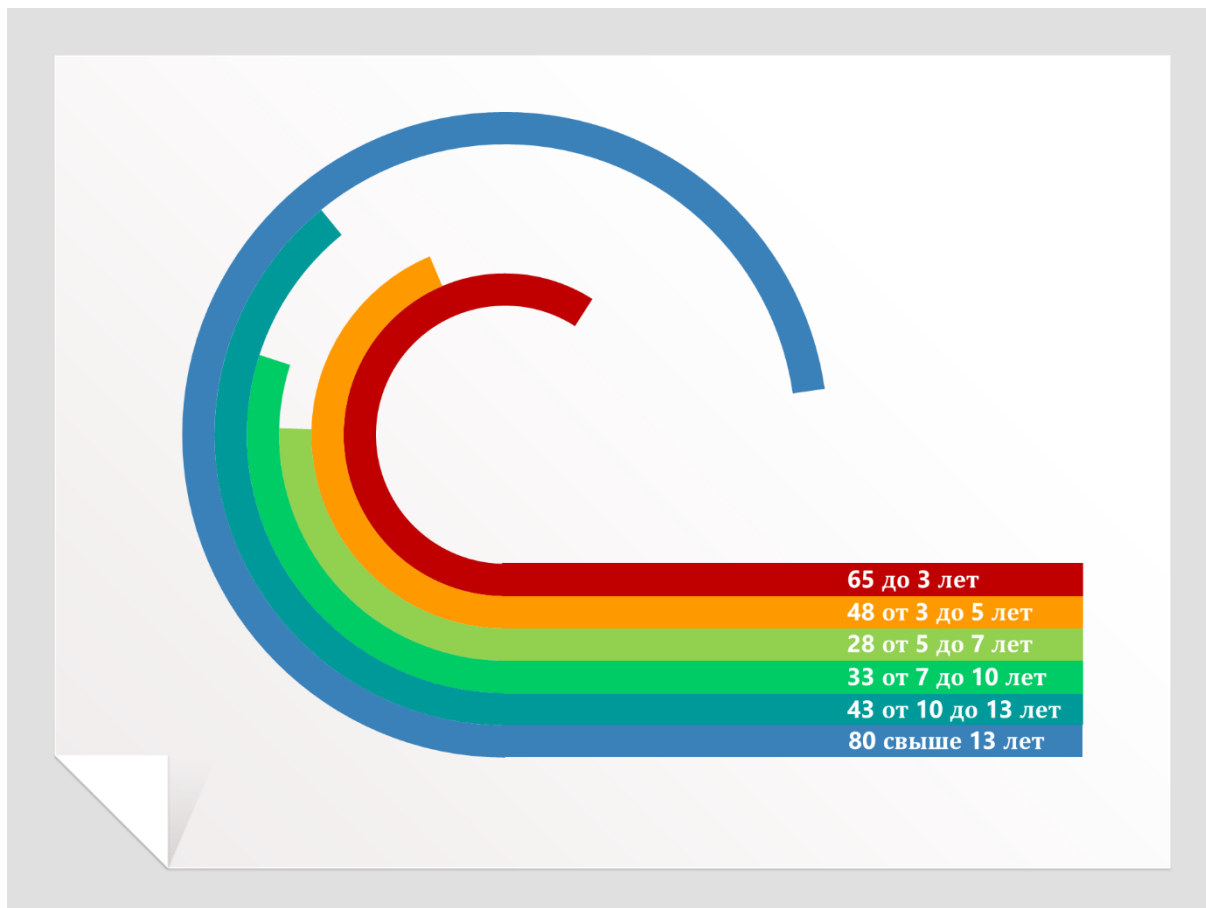


Рисунок № 9. Трудовой стаж сотрудников Компании в 2018 году

Источник: данные Компании

Сотрудники компании имеют профессиональную подготовку в ряде областей: экономика и финансы — 32%, медицина — 19%, право — 16%, информационные технологии — 5%, журналистика, международные отношения, педагогика и т.д. — 28%.

В течение года 203 сотрудника учреждения прошли образовательные программы в таких областях, как государственные закупки, внутренний государственный финансовый контроль, трудовое право, управление конфликтами и коммуникация и т.д.

Информационные технологии

Развитие информационных технологий создает важные предпосылки для развития гарантированных государством медицинских услуг и защите интересов населения. Нематериальные активы Компании оцениваются в размере 7,4 миллиона молдавских леев, или 1 процент от общего объема активов, и включают в себя имеющиеся и используемые информационные программы и соответствующие лицензии.

В рамках реализации концепции единой системы управления и учета в области обязательного медицинского страхования была разработана АИС «Обязательное медицинское страхование», которая представляет собой информационную систему с рядом интерфейсов для осуществления доступа к связанным базам данных. Это позволяет пользователям осуществлять доступ, публиковать и искать данные о бенефициарах системы медицинского страхования. Информация, содержащаяся в этой базе данных, поступает из различных внешних источников, в том числе из Министерства финансов, Государственной налоговой службы, Национальной кассы социального страхования и т.д.

Впоследствии были разработаны программные решения, разбитые по категориям и ориентированные на узкие сегменты, которые заменили бы, одно за другим, различные функционалы или пакеты функционалов в рамках АИС ОМС. Таким образом, на сегодняшний день в учреждении используются 11 приложений АИС.

В течение 2018 года Компания провела ряд мероприятий, направленных на улучшение функциональных возможностей информационных систем, находящихся в управлении: был разработан и протестирован модуль учета высокоспециализированных медицинских услуг (SIRSM); был усилен аудит кодирования и произведена отладка приложения «Реестр отчетов о выполнении сметы доходов и расходов медико-санитарного учреждения из средств фондов обязательного медицинского страхования», в соответствии с изменениями, внесенными в законодательство. Также была инициирована процедура реструктуризации автоматизированной информационной системы "Обязательное медицинское страхование", которая будет способствовать повышению эффективности функционирования информационных систем.

Имущественные ресурсы

В соответствии с Законом о фондах обязательного медицинского страхования на 2018 год, на управление системой обязательного медицинского страхования было выделено 78,8 млн. леев, из которых были освоены 77,8 млн. леев, или 98,7 процента.

Наиболее значительные из административных расходов на управление были расходы на оплату труда персонала, на долю которых приходится 77,8%. За ними следуют расходы на приобретение товаров и услуг, доля которых составляет 18,4%, на социальные выплаты - 1,5%, расходы на запасы оборотных материалов — 1,4%, и на приобретение основных средств - 1,0% (рисунок № 10).

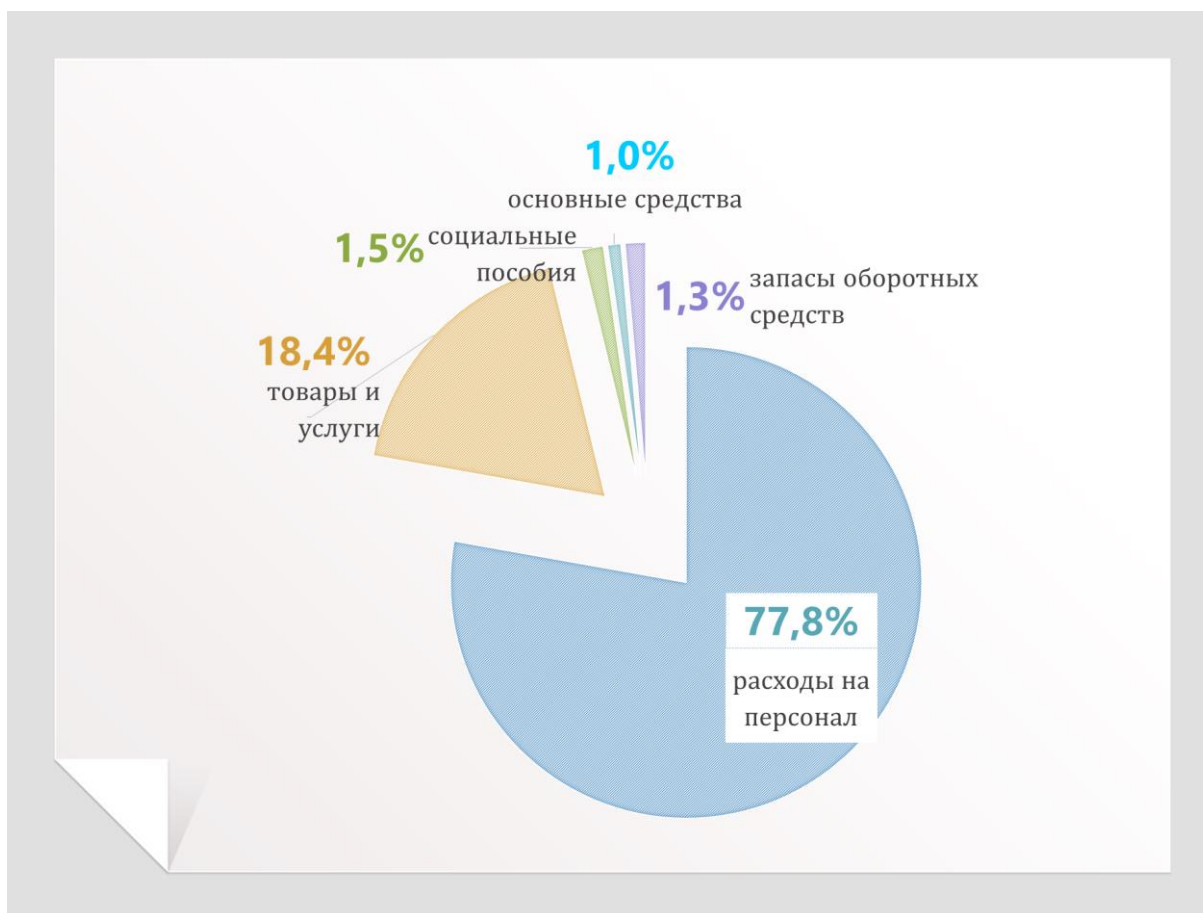


Рисунок № 10. Структура расходов на управление системой ОМС в 2018 году

Источник: данные Компании

Стоимость долгосрочных активов составляет 42,7 миллиона леев, из которых 35,3 миллиона леев, или 82,7 процента, приходится на долю материальных активов. Они представлены зданиями стоимостью 31,3 миллиона леев с общей площадью 2 915,0 м², расположенных в мун. Кишинэу, г. Тараклия, мун. Сорока, г. Кэушень и г. Унгень.

Подробные сведения о финансовых ресурсах и материальных активах приводятся в разделе, посвященном расходам фонда управления.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ В 2018 ГОДУ

Стратегия институционального развития на 2016-2020 годы определяет общую цель и задачи среднесрочного и долгосрочного развития и основывается на экономических и социальных политиках Правительства, в контексте приведения в соответствие со стандартами Европейского Союза. Также, стратегия приведена в соответствие с положениями документов по политикам в области здравоохранения, и документами, рекомендованными Всемирной Организацией Здравоохранения и другими международными организациями, осуществляющими специализированную деятельность в сфере здравоохранения.

Общая стратегическая цель заключается в повышении уровня удовлетворенности населения в отношении медицинских услуг, предоставляемых в рамках системы обязательного медицинского страхования. В этом плане были предусмотрены четыре стратегических направления (*рисунок № 11*):

- обеспечение **защиты прав застрахованных лиц**;
- **обеспечение доступа** и улучшение качества медицинских услуг;
- обеспечение долгосрочного развития ФОМС и **рост уровня охвата населения** обязательным медицинским страхованием;
- Национальная медицинская страховая компания — **эффективное учреждение**.



Рисунок № 11. Стратегические направления, которым следует Компания для достижения основной цели

Для каждого из четырех направлений были определены стратегические цели, уровень достижения которых в 2018 году отражен в таблице 2.

Таблица 2. Стратегические цели и их реализация в 2018 году

Показатели	Запланировано	Выполнено	Степень выполнения %
Повышение степени удовлетворенности застрахованных лиц			
Удовлетворенность качеством медицинских услуг	59%	66,5%	112,7%
Удовлетворенность доступом к медицинским услугам	38,4%	64%	166,7%
Усовершенствование поддержки бенефициара системой ФОМС в реализации прав			
Жалобы, рассмотренные НМСК	500	362	72,4%
Удовлетворенность услугами, предоставляемыми НМСК	87%	88,1%	101,3%
Среднее время рассмотрения жалоб	10 дней	10 дней	100%
Доля форм, представленных по каналам электронной связи, от общего числа всех представленных форм	35%	94%	более чем в 2,6 раза
Доля обращения по поводу неофициальных платежей из всего количества поступивших обращений	1,90%	0,25%	13,2%
Доля лиц, для которых было обусловлено предоставление медицинских услуг	22%	37,7%	171,4%
Обеспечение доступа и повышение качества медицинских услуг			
Среднее время ожидания для выполнения эндопротезирования тазобедренного сустава	1 год 3 месяца	4 года	в 3 раза более
Среднее время ожидания для хирургического лечения катаракты	2,5 месяца	4 года	в 4,8 раза более
Доля оцененных учреждений из числа всех учреждений, с которыми заключены контракты (МСУ / поставщики фармацевтических услуг)	53,5%/7,8%	43,9%/0%	82%/0%
Доля заключенных договоров на основе оплаты по показателям качества в рамках ПМП	20%	15%	75%
Доля ассигнований на компенсированные медикаменты из основного фонда	9%	7,7%	85,6%
Процентная доля компенсации за медикаменты	75%	86,2%	114,9%
Обеспечение долгосрочного развития и рост уровня охвата населения			
Доля ФОМС в ВВП, %	4,2%	3,5%	83,3%
Увеличение расходов ФОМС	6,9%	7,2%	104,3%
Реальный рост ФОМС	2,3%	4,2%	182,6%

Уровень охвата ОМС	85,7%	88,2%	102,9%
Количество лиц, застрахованных в индивидуальном порядке	47.000,0	55.451,0	118%
Уплаченные страховые взносы, в расчете на одного работающего (леев)	4.427,3	4.581,6	103,5%
Уплаченные страховые взносы, в расчете на одно лицо, застрахованное в индивидуальном порядке (леев)	1.908,0	1.989,6	104,3%
Перечисленные страховые взносы на одно лицо, застрахованное за счет государства (леев)	1.534,0	1.537,9	100,3%
Размер страхового взноса в процентном выражении ^x	9%	9%	100%

Повышение качества и эффективности управления

Доля административных расходов	1,4%	1,13%	80,7%
Доля положительных релизов в средствах массовой информации об НМСК	90%	96%	106,7%
Количество позитивных оценок в социальных сетях	2300	2413	104,9%
Количество рекомендаций, внедренных после осуществления внутренних аудитов	90%	50,9%	56,6%
Доля процессов, не соответствующих описанным и утвержденным	20%	37,5%	187,5%
Количество проектов / контрактов, заключённых с международными организациями	5	7	140%

Источник: данные Компании

Наиболее значимые и перспективные виды деятельности, осуществленные компанией

В целях обеспечения доступа населения к качественным медицинским услугам и компенсированным медикаментам, Компания, на основе четко определенных критериев, заключила контракты с 437 медико-санитарными учреждениями (далее — МСУ) и 254 фармацевтическими учреждениями. По сравнению с предыдущим годом, количество МСУ, с которыми заключены контракты, увеличилось на две единицы, в то же время, количество фармацевтических учреждений, с которыми заключены контракты, уменьшилось на девять единиц. Таким образом, в течение отчетного года было приобретено, в соответствии с Единой программой, медицинских услуг на сумму 6 586,4 миллионов леев, и полностью или частично компенсируемых медикаментов на сумму 508,0 млн леев, прописанных для долгосрочного лечения в амбулаторных условиях и для краткосрочного лечения, осуществленного в дневных стационарах, процедурных кабинетах и на дому.

Обеспечение доступа к специальным программам

Компания приобрела свыше **4000 операций по удалению катаракты**, что на 300 операций больше, чем в 2017 году, с выделением на эти цели более 40 миллионов леев. Средняя стоимость одного случая лечения катаракты составила около 10 тысяч леев.

Для свыше чем **5700 человек** были проведены **хирургические вмешательства на сердце**, стоимость лечения одного пациента варьировалась от 27 тысяч леев, в случае минимально инвазивных операций, проведенных взрослым пациентам, до приблизительно 79 тысяч леев в случае операций, проведенных детям.

Программа «Протезирование крупных суставов» была дополнена эндопротезированием плечевого сустава, были выполнены, в целом, около **1 300 операций** по сравнению с 2 072 запланированными. Средняя стоимость пролеченного случая, покрытого из средств ФОМС, составляет 43,3 тысячи леев.

Участие в реализации национальных проектов

В контексте запуска проекта по скрининговым обследованиям на уровне страны "Врач для тебя" Компания вложила 15 миллионов леев в приобретение 3 маммографов и одного пульмонографа. В результате соответствующей инвестиции свыше 22 тысяч человек, проживающих в **сельских населенных пунктах**, смогли пройти пульмонологический скрининг, а около **4 000** женщин прошли скрининг молочных желез.

Оплата труда врачей и медицинского персонала

Расходы на оплату труда врачей и медицинского персонала составили 3 122,7 миллиона леев, что на 177,4 миллиона леев больше, чем в 2017 г. Такое увеличение было обусловлено ростом в отчетном году размера заработной платы сотрудников в государственных медико-санитарных учреждениях, входящих в систему обязательного медицинского страхования. Была повышена заработная плата свыше чем 48 тысячам медицинских работников, их зарплаты были увеличены примерно на 20% для врачей и на 10% — для медицинского персонала (*рисунок № 12*).

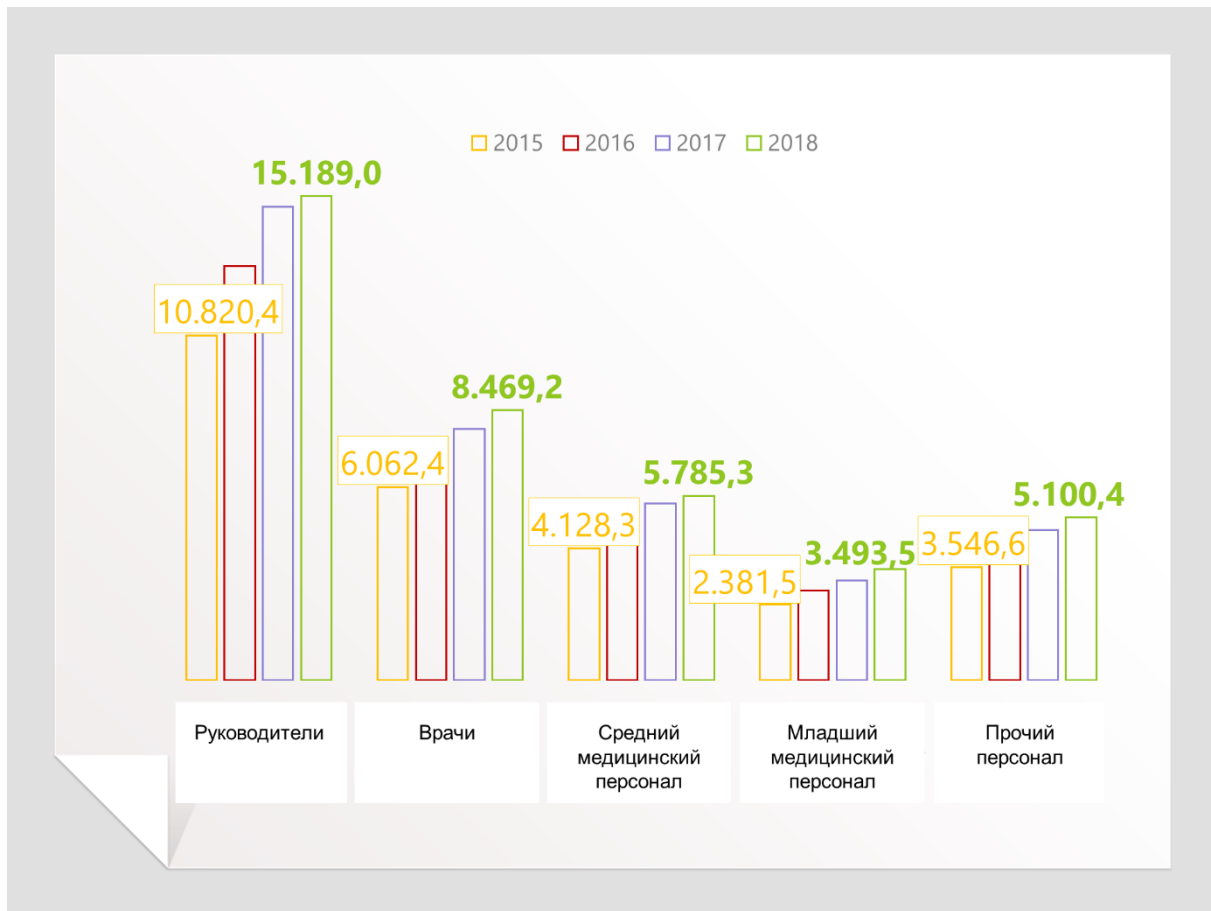


Рисунок № 12. Изменение размера средней заработной платы в пересчете на единицу медицинского персонала, 2015-2018 гг. (леев)

Источник: данные Компании

На протяжении проведения программы по ординатуре был увеличен ежемесячный должностной оклад врачей-резидентов, участвующих в оказании медицинской помощи — от 2 080 леев до 5 200 леев. Была повышена заработная плата около 1 500 врачей-резидентов, на эти цели было выделено 190,6 миллиона леев.

Сотрудничество с партнерами по развитию

В целях обеспечения соответствия стандартам лучших международных практик в области здравоохранения Компания развивает партнерские отношения с партнерами по развитию, специализирующимися в области здравоохранения (Всемирная Организация Здравоохранения, Всемирный банк, Агентство США по Международному развитию и т.д.) (рисунки № 13).

Всемирная Организация Здравоохранения

ВОЗ помогает Компании в консолидации институциональных возможностей в области стратегической закупки медицинских услуг, ценообразовании и компенсации цен на медикаменты и финансовой устойчивости в здравоохранении.

Швейцарское Агентство по развитию и сотрудничеству

ШАРС поддерживает следующие проекты: «Здоровый образ жизни: снижение бремени неинфекционных заболеваний в РМ»; «Неовита — Центр здоровья, дружественный молодежи»; «Менсана — Поддержка реформы услуг здравоохранения в области ментального здоровья в Республике Молдова».

Haigekassa – Эстонское медицинское страхования

В сотрудничестве с Хаигекасса, учреждением из Эстонии, также осуществляющим деятельность в сфере медицинского страхования, были внедрены 3 проекта, главной целью всех трех проектов было развитие системы обязательного медицинского страхования в Республике Молдова.



PPRI

Всемирный Банк

В сотрудничестве со Всемирным Банком был внедрен проект «Модернизация сектора здравоохранения в РМ». В контексте того же партнерства, совместно с Министерством здравоохранения, труда и социальной защиты осуществляется деятельность, направленная на сокращение количества неинфекционных заболеваний в Республике Молдова.

UNFPA

В рамках сотрудничества с ЮНФПА, Компания приняла участие в национальном диалоге по вопросам политики в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав, который является платформой для сотрудничества в целях реализации Национальной программы по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав на 2018-2022 гг.

Сеть P P R I

В рамках сети P P R I сотрудники Компании упрочили свои знания в области формирования цен на медикаменты, внедрения политик их возмещения и приведения законодательства в соответствие со стандартами ЕС.

Рисунок № 13. Отношения международного сотрудничества с партнерами по развитию

В сотрудничестве со Всемирной Организацией Здравоохранения были укреплены институциональные возможности в области стратегической закупки медицинских услуг, ценообразовании и компенсации цен на медикаменты и финансовой устойчивости в здравоохранении. При финансовой поддержке со стороны Всемирной Организации здравоохранения было разработано исследование «Степень удовлетворенности населения Республики Молдова медицинскими услугами», которое позволило выявить сильные и слабые стороны в этой области.

В сотрудничестве со Всемирным Банком был внедрен проект «Модернизация сектора здравоохранения в РМ», Компания принимала активное участие в пересмотре структуры проекта и в достижении показателей, включенных в проект: пересмотр системы стимулирования в первичной медицинской помощи; определение затрат для клинико-диагностических групп (DRG); разработка и утверждение схемы стимулирования оплаты в стационарной медицинской помощи; поддержание уровня компенсации стоимости противогипертензивных препаратов на уровне 70%. В контексте реализации проекта Компания в партнерстве с Министерством здравоохранения труда и социальной защиты должна предпринять меры, которые будут способствовать снижению бремени неинфекционных заболеваний в Республике Молдова — это является также и главной задачей проекта.

Другим важным партнером для укрепления системы страхования является швейцарское Агентство по развитию и сотрудничеству. В рамках этого сотрудничества внедряются следующие проекты: «Здоровый образ жизни: снижение бремени неинфекционных заболеваний в стране» «Неовита — Центр здоровья, дружественный молодежи»; «Менсана — Поддержка реформы услуг здравоохранения в области ментального здоровья в Республике Молдова». В результате внедрения проекта были достигнуты следующие результаты: усовершенствование коммуникации семейных врачей с пациентами; укрепление связи между медико-санитарными учреждениями и местными органами власти; включение в повестку дня обсуждения концепции комплексной коммунитарной помощи. Кроме того, в ходе реализации этого проекта при поддержке Компании было проведено экономическое исследование, в рамках которого было рассмотрено возмещение расходов на противогипертензивные препараты, и была идентифицирована стоимость услуг, сопряженных с лечением гипертонии в сфере первичной медицинской помощи.

В сотрудничестве с UNFPA Компания приняла участие в национальном диалоге по вопросам политики в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав, который является платформой для сотрудничества в целях реализации Национальной программы по охране сексуального и репродуктивного здоровья и прав на 2018-2022 гг. Также эксперты Компании принимали участие в обзоре исследования по оценке знаний, навыков и практик в области профилактики рака шейки матки в Республике Молдова. На основе проведенного исследования Компания планирует принять участие в разработке технического задания по развитию информационной системы по реестру скринингового обследования шейки матки и в разработке коммуникационной стратегии по предотвращению рака шейки матки.

С 2011 года Компания начала сотрудничать с учреждением-коллегой Хайгекасса из Эстонии. На протяжении этих лет были внедрены три проекта, все они были направлены главным образом на развитие системы обязательного медицинского страхования в Республике Молдова.

В ходе сотрудничества был повышен потенциал сотрудников в следующих областях: менеджмента; выбор партнеров и планирование заключения контрактов; расчет и формирование тарифов на медицинские услуги, предоставляемых на основе контракта; использование механизма оплаты для показателей производительности в рамках стационарной медицинской помощи и в процессе формирования стоимости медицинских услуг.

Фармацевтический сектор был усилен посредством международной сети PPRI «Формирование цен на медикаменты и возмещение стоимости медикаментов». В рамках этой сети сотрудники Компании улучшили свои знания в области фармацевтики, приняв участие в Летней школе в области формирования цен на медикаменты, внедрения политик их возмещения, а также в различных технических совещаниях по вопросам политики в сфере медикаментов (ценообразование, возмещение стоимости и приведение положений законодательства в соответствие с европейскими стандартами).

Развитие информационных технологий

Информационные технологии являются направлением, важным для достижения высоких уровней производительности в системе обязательного медицинского страхования. В этом отношении были достигнуты следующие результаты: была внедрена услуга МРАУ, которая позволяет осуществлять инкассацию взноса в ФОМС в фиксированной сумме; была внедрена услуга IPC18, что способствовало облегчению процесса представления отчетов в режиме онлайн о работающих или уволенных лицах, а также о лицах застрахованных и

незастрахованных; был разработан и протестирован модуль учета высокоспециализированных медицинских услуг; была произведена отладка приложения "Реестр отчетов по выполнению сметы доходов и расходов МСУ из средств фондов ОМС"; было составлено техническое задание и начата процедура по реконструкции АИС "Обязательное медицинское страхование".

Организация информационных кампаний

Информирование населения об обязательном медицинском страховании, о правах застрахованных лиц, а также о том, что здоровый образ жизни является одним из приоритетов Компании. Таким образом, для популяризации и реализации упреждающей коммуникации, были разработаны и размещены на веб-странице Национальной медицинской страховой компании 106 пресс-релизов. Также были организованы 457 встреч, из которых 108 — с жителями сельских населенных пунктов, 107 — со студентами и учащимися лицеев и колледжей, 152 — с семейными врачами и другими медицинскими работниками и 90 — с представителями районных советов, муниципалитетов, профсоюзов, патронатов. Мероприятия, направленные на информирование граждан и медицинских работников об их правах и обязанностях в системе страхования, таких как расширение перечня компенсируемых медикаментов, процедура регистрации у семейного врача, скидки при оплате страхового взноса в срок, установленный законодательством. В контексте информирования населения следует отметить, что по результатам исследования «Удовлетворенность бенефициаров системы обязательного медицинского страхования в Молдове», Независимой информационно-социологической службой «Opiia» в рамках проекта «Степень удовлетворенности населения услугами здравоохранения в Молдове», при финансовой поддержке Всемирной Организации Здравоохранения было отмечено повышение уровня знаний, полученных населением в течение последних лет в отношении обязательного медицинского страхования, при этом требуется продолжение деятельности, направленной на защиту прав застрахованных лиц.



ОТЧЕТ ОБ ИСПОЛНЕНИИ ФОМС

БЕНЕФИЦИАРЫ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Застрахованным лицам требуется гарантирование права на возмещение по медицинской страховке при наступлении страхового риска, и на протяжении всего периода доступа к медицинским услугам; гарантирование права на корректное лечение и обращение в рамках системы здравоохранения и права на свободный выбор поставщика медицинских услуг; на информирование из надежных источников, адаптированных для восприятия потребителем, по вопросам прав и преимуществ системы страхования, объема услуг и компенсированных медикаментов, включенных в Единую программу.

Тем не менее, у застрахованных лиц имеются определенные ожидания к поставщикам медицинских услуг в отношении облегчения доступа к услугам первичной медицинской помощи, специализированной амбулаторной медицинской помощи, к высокоспециализированным медицинским услугам, а также в плане устранения бюрократических препятствий и неофициальных платежей.

В системе обязательного медицинского страхования статус застрахованного лица гарантирует право на получение необходимых медицинских услуг в полном объеме медицинской помощи, предусмотренном в Единой программе и предоставляемой поставщиками медицинских услуг, с которыми заключены контракты.

Обязанность по оформлению медицинского страхования налагается как на граждан Республики Молдова, так и на иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих или постоянно проживающих на территории страны. Наряду с этими категориями, бенефициары системы обязательного страхования являются дети в дошкольном возрасте, учащиеся, студенты, беременные женщины, безработные, лица с ограниченными возможностями, лица, осуществляющие уход на дому за лицом с серьезными ограничениями возможностей, матери четырех и более детей, доноры жизненно важных органов и лица, пользующиеся международной защитой.

Таблица 3. Застрахованные лица, 2014-2018 годы

	ЕИ	2014	2015	2016	2017	2018
Застрахованные лица, всего	к-во	2 475 659	2 571 960	2 575 586	2 608 426	2 642 969
Лица, застрахованные работодателем	к-во	846 790	850 107	852 124	860 261	874 643
Лица, застрахованные в индивидуальном порядке	к-во	48 925	48 307	40 113	53 684	55 451
Лица, застрахованные Правительством	к-во	1 579 944	1 673 546	1 683 349	1 694 481	1 712 875

Источник: данные Компании

Таким образом, на конец года количество лиц, застрахованных в системе ОМС, составляло 2 642 969 человек, в том числе: работающих — 874 643; детей дошкольного возраста — 360 737, пенсионеров — 523 522, учащихся — 616 242, студентов — 31 974, беременных женщин — 9

845, безработных — 14 473, лиц с ограниченными возможностями — 119 179, лица, осуществляющие уход на дому за лицами с серьезными ограничениями возможностей — 3 897, матерей с четырьмя и более детьми — 5 726, лица из неблагополучных семей, получающих социальную помощь — 24 626; живых доноров органов и лиц, пользующихся международной защитой — 17 и т.д. (рисунок № 14).

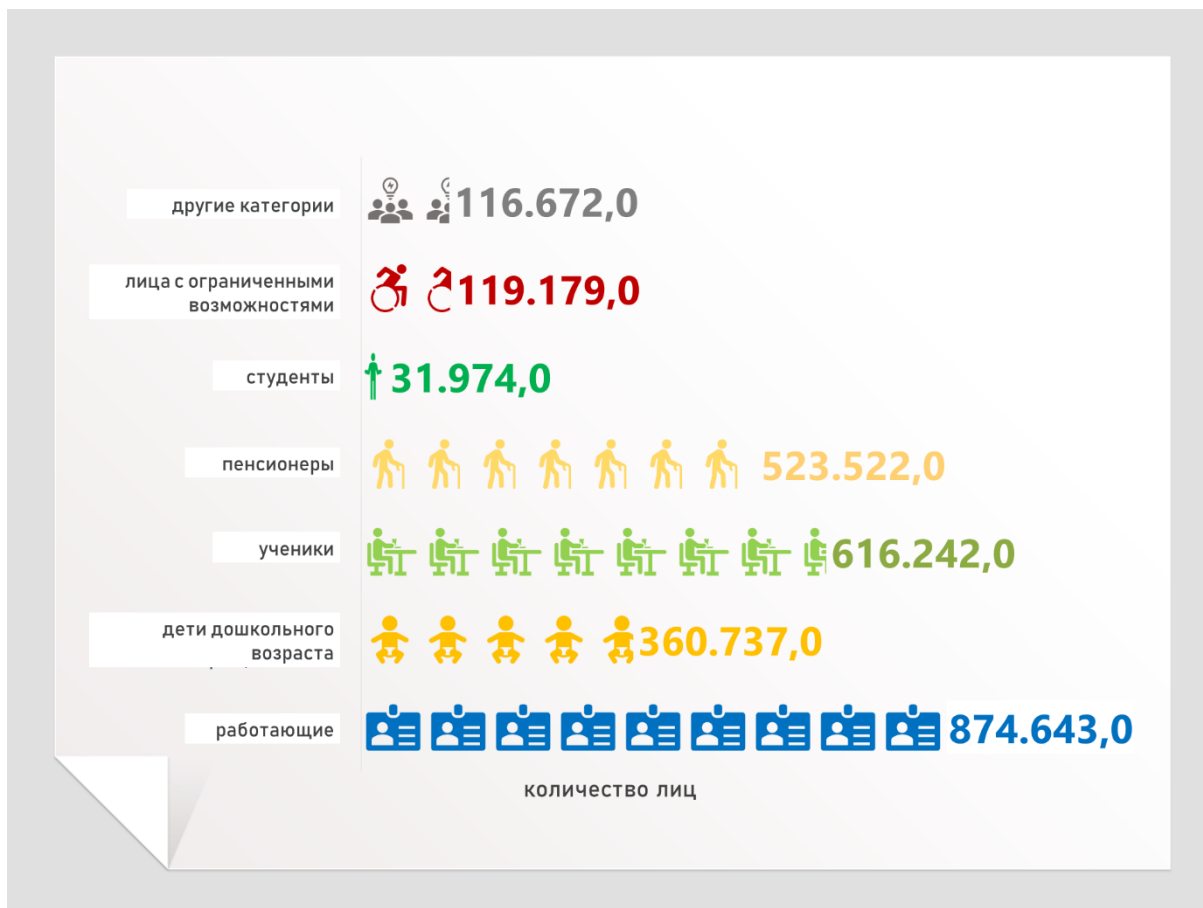


Рисунок № 14. Структура лиц, застрахованных в рамках системы ОМС

Источник: данные Компании

Степень охвата обязательным медицинским страхованием достигла уровня 88,2%, что на 1,3% больше, чем в предыдущем периоде. В то же время, возросло количество застрахованных лиц во всех категориях: число лиц, застрахованных государством — на 0,7%, количество лиц, застрахованных в индивидуальном порядке — на 0,5%, и лиц, застрахованных работодателями — на 0,1%.

В рамках системы страхования, незастрахованные лица пользуются пакетом услуг, имеющих высокую важность, используя преимущества предоставленного комфорта, и не в состоянии признать необходимость полностью вписаться в систему. Так, в течение 2018 года, расходы на незастрахованных лиц (11,8%) составили 80 миллионов леев.

КОМПЛЕКСНЫЙ ВЗГЛЯД НА ИСПОЛНЕНИЕ ФОМС

Доходы и расходы ФОМС в отчетном году были утверждены³ в сумме 6 659,0 миллионов леев. На основании внесенных корректировок⁴ их объем был пересмотрен в сторону увеличения, и составил 6 733,3 миллиона леев. Для доходной части была зарегистрирована степень исполнения на уровне 102,1% (6 877,4 миллиона леев), а для расходной части — 99,7% (6 714,1 млн. леев). Совокупный остаток денежных средств на счетах ФОМС составил на конец года 403,0 миллионов леев, он был использован в течение финансового года для покрытия дефицита бюджета и временного кассового разрыва (*рисунок № 15*).

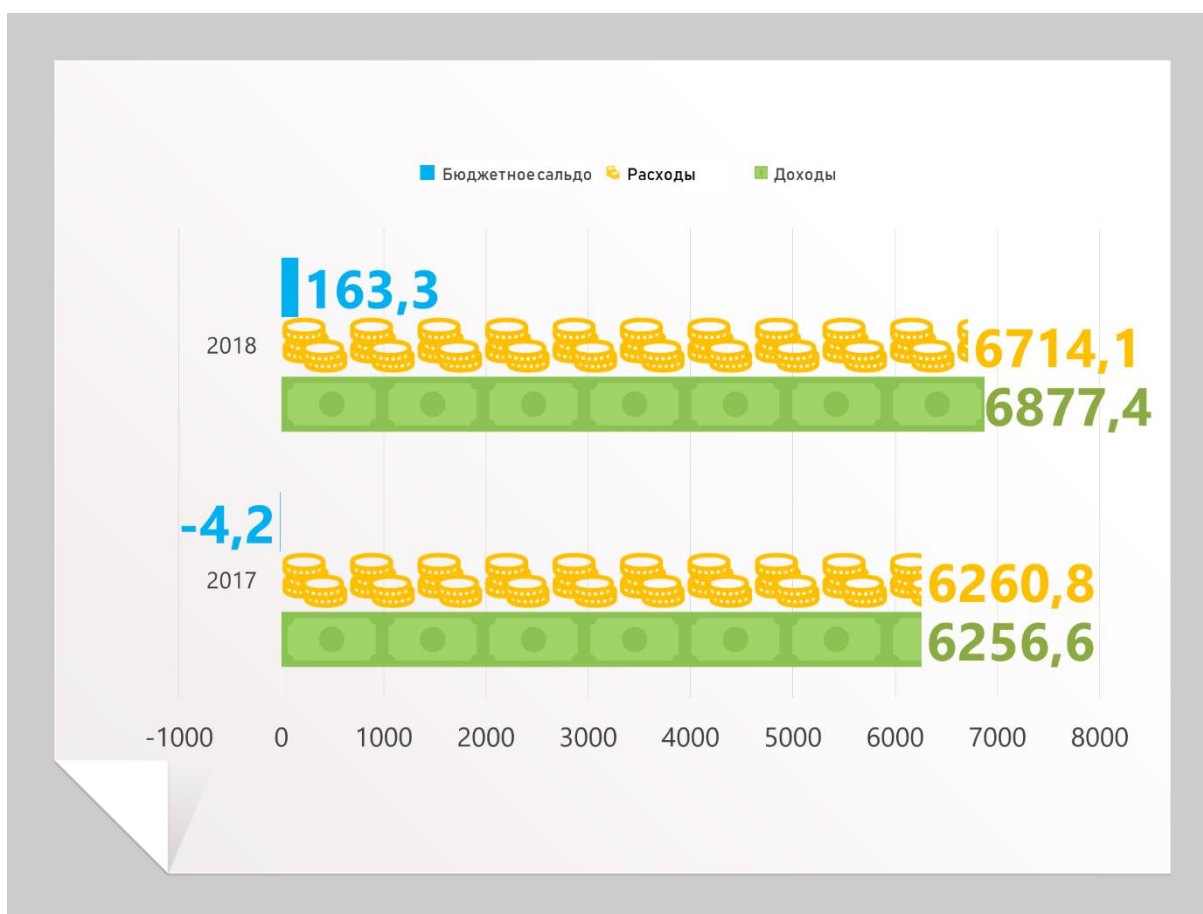


Рисунок № 15. Исполнение ФОМС, общая картина (миллионов леев)

Исполнение ФОМС в течение отчетного периода было обусловлено преимущественно следующими факторами:

- Накопление доходов от уплаты взносов на обязательное медицинское страхование в количестве, превысившем на 3,2% (126,3 миллиона леев) сумму, запланированную в бюджете. Положительная тенденция вызвана преимущественно увеличением на 6,1%,

³ Закон о ФОМС на 2018 год № 280 от 15.12.2017 г.

⁴ Закон № 108 от 14.06.2018 г.

вследствие изменений, внесенных в законодательство, фонда заработной платы по сравнению с запланированным, а также изменению ставки подоходного налога, утвержденного осенью 2018 года.

- Неисполнение на 0,3%, или на 19,2 миллиона леев запланированных затрат, по причине отсутствия реализации в полном объеме *подпрограмм*: «Высокоспециализированные медицинские услуги», «Национальные и специальные программы в области здравоохранения», «Развитие и модернизация учреждений здравоохранения» и «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования».
- Перераспределение финансовых средств по подпрограммам фонда для оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд). Таким образом, средства, выделенные в размере 87,9 миллионов леев на компенсируемые медикаменты, в контексте снижения цен на лекарства в среднем на 5%, были перенаправлены на другие виды медицинской помощи в рамках основного фонда. Подробная информация об исполнении ФОМС представлена в Таблице 4.

Таблица 4. Свод исполнения ФОМС в 2018 году, млн. леев

	Выполнено в 2017 году	Уточненный план на 2018 г.	Выполнено в 2018 году	Выполнено в 2018 году по сравнению с уточненным планом (%)	Выполнено в 2018 г. по сравнению с 2017 г. (%)
ДОХОДЫ	6.256,6	6.733,3	6.877,4	102,1	109,9
Взносы в ФОМС, исчисленные в процентном отношении	3.541,8	3.888,0	4.007,2	103,1	113,1
Взносы в ФОМС, исчисленные в фиксированной сумме	106,6	103,3	110,4	106,8	103,4
Трансферты из ГБ	2.593,0	2.728,0	2.728,0	100,0	105,2
Прочие доходы	15,2	14,0	31,8	>200	>200
РАСХОДЫ	6.260,8	6.733,3	6 714,1	99,7	107,2
Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)	6.162,9	6.586,5	6 586,4	100,0	106,9
Резервный фонд обязательного медицинского страхования	0,0	15,0	0,0	0,0	0,0
Фонд профилактических мероприятий	6,0	13,0	11,8	90,4	195,8
Фонд развития и модернизации государственных поставщиков медицинских услуг	18,6	40,0	38,1	95,3	>200,0
Фонд управления системой ОМС	73,3	78,8	77,8	98,7	106,2
БЮДЖЕТНОЕ САЛЬДО	-4,2	0,0	163,3		

Источник: данные Компании

В зависимости от распределения по административно-территориальному признаку, поступившие доходы варьируются в диапазоне от 3 324,4 миллиона леев, или 47% от доходов ФОМС, в мун. Кишинэу, до 30,0 миллионов леев или 0,4% от суммарного объема доходов в районе Вулкэнешть. Соответственно, варьировались также и расходы, от 3 819,3 миллиона леев, или 57% от расходов ФОМС, в мун. Кишинэу, до 20,2 миллионов леев или 0,3% от общего суммарного объема расходов ФОМС, в районе Дубэсарь. Подробный анализ доходов и расходов, зарегистрированных в распределении по административно-территориальным единицам, приведены в Таблице 5.

Таблица 5. Доходы и расходы ФОМС в зависимости от административно-территориального распределения, 2018 год

	Население (тысяч)	Застрахованные лица (тысячи)	Доходы (тыс. леев)	Расходы (тыс. леев)
Муниципий Кишинэу	825,9	597,9	3.240.774,8	3.803.542,6
Муниципий Бэлць	151,5	118,6	377 182,0	362 615,1
Новые Анены	83,2	65,1	118 102,6	90.942,1
Басарабьяска	28,1	21,9	32.233,8	26.881,1
Бричень	71,9	56,3	86.967,8	67.699,7
Кахул	124,4	97,2	179 356,0	142 559,5
Кантемир	61,6	48,1	76.685,5	70.243,0
Кэлэраш	77	60,2	91.656,0	55.619,5
Кэушень	89,8	70,4	113 383,2	92.714,7
Чадыр-Лунга	22,9	18,1	55.313,4	72.215,6
Чимишлия	59,2	46,4	76.475,7	52.300,7
Комрат	26,3	20,7	72.454,1	83.168,6
Криулень	73,5	57,2	95.482,0	71.810,1
Дондюшень	42,1	32,8	51.975,7	43.293,0
Дрокия	86,2	67,3	118 046,0	86.527,5
Дубэсарь	35,3	27,5	44.152,5	20.214,7
Единец	79,7	62,2	112 131,9	92.721,0
Фэлешть	90,9	70,9	111 182,3	86.441,4
Флорешть	86,3	67,1	111 647,0	97.065,5
Глодень	59	46,1	71.117,0	59.805,1
Хынчешть	119,2	93,0	143 212,2	113 997,5
Яловень	101,6	79,2	146 601,3	76.369,5
Леова	52,2	40,8	58.750,3	46.263,6
Ниспорень	65,2	51,2	77.252,7	59.852,9
Окница	53,3	41,5	61.423,7	52.799,3
Орхей	124,4	97,1	175 610,1	141 693,7
Резина	50,2	39,2	66.903,2	46.775,0
Рышкань	67	52,2	84.142,2	70.795,5
Сынжерей	91,8	71,5	104 001,8	80.770,0

Сорока	100	78,0	136 734,6	40.853,5
Стрэшень	92,3	71,8	121 103,8	106 323,6
Шолдэнешть	41,2	32,0	47.572,6	64.281,6
Штефан-Водэ	69,8	54,5	87.337,1	78.106,3
Тараклия	43,3	33,7	57.470,9	40.604,3
Теленешть	71,5	55,9	81.787,9	62.687,3
Унгень	117,1	91,5	160 827,7	126 441,8
Вулкэнешть	16,7	13,2	30.355,7	27.067,5
ИТОГО	3.451,6	2.648,4	6.877.407,3	6.714.063,6

Источник: данные Компании и Государственной налоговой службы

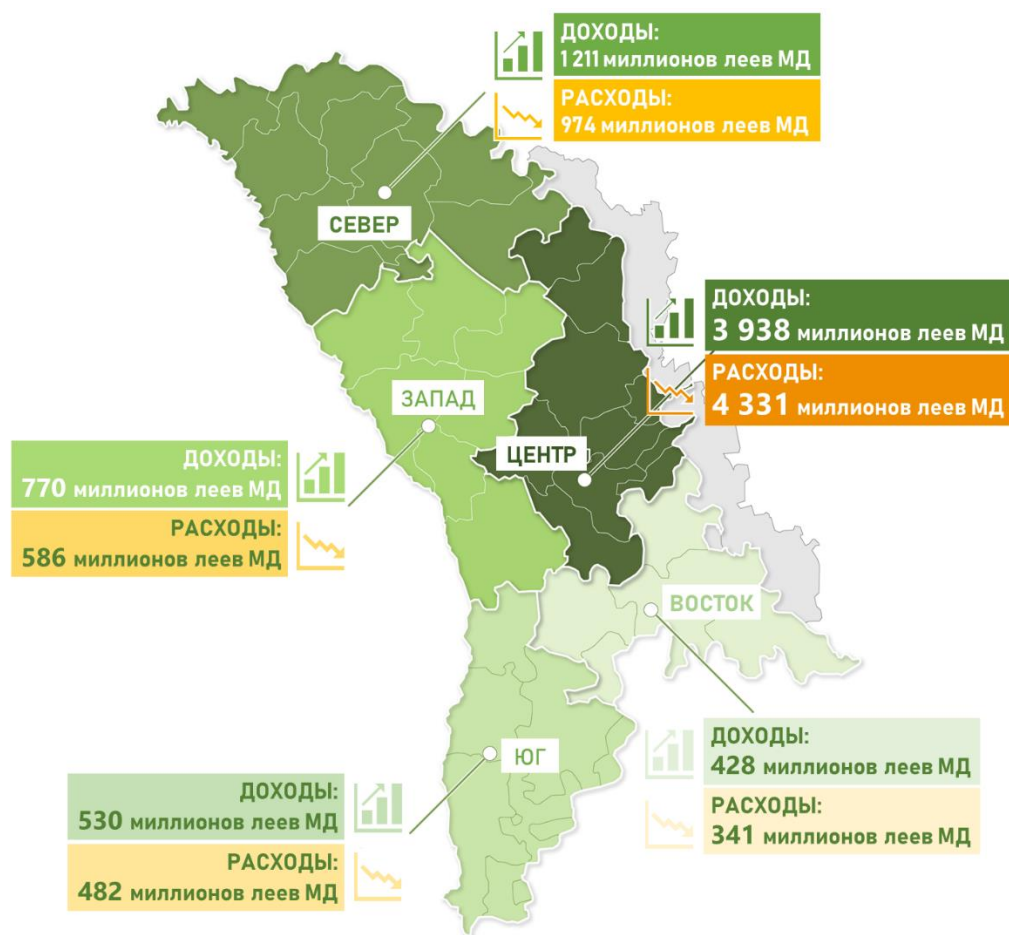


Рисунок № 16. Распределение доходов и расходов ФОМС на 2018 год по регионам

Источник: данные Компании и Государственной налоговой службы

ДОХОДЫ

Доходы формируются из сумм взносов обязательного медицинского страхования, уплаченных плательщиками, трансфертов из государственного бюджета и других доходов (штрафов и денежных санкций, банковских процентов, единого налога, взимаемого с резидентов информационно-технологических парков и т.д.).

В отчетном году доходы поступили в размере **6 877,4 миллиона леев**, что составляет 102,1% по сравнению с запланированной величиной доходов за год. По сравнению с предыдущим годом сумма доходов, поступивших в ФОМС, увеличилась на 620,8 миллиона леев, или на 9,9%. В структуре доходов более половины, а именно 4 149,4 миллиона леев, или 60,3%, приходится на долю собственных доходов, и 2 728,0 миллионов леев, или 39,7% — на долю трансфертов из государственного бюджета.

Информация о поступивших доходах, по типам накоплений, представлена в таблице 6.

Таблица 6. Исполнение доходов ФОМС, 2017-2018 годы

млн. леев

	Выполнено в 2017 году	Уточненный план на 2018 год	Выполнено в 2018 году	Выполнено в 2018 году по сравнению с уточненным планом	Выполнено в 2018 г. по сравнению с 2017 г.
ДОХОДЫ, всего	6.256,6	6.733,3	6.877,4	102,1%	109,9%
ВЗНОСЫ ФОМС	3.648,4	3.991,3	4.117,6	103,2%	112,9%
Взносы в ФОМС, исчисленные в процентном отношении	3.541,8	3.888,0	4.007,2	103,1%	113,1%
Взносы в ФОМС, исчисленные в фиксированной сумме	106,6	103,3	110,4	106,8%	103,4%
ТРАНСФЕРТЫ	2.593,0	2.728,0	2.728,0	100,0%	105,2%
Целевые трансферты из ГБ <i>включая</i>	66,6	93,0	93,0	100,0%	139,6%
<i>трансферты из ГБ на национальные программы в области здравоохранения</i>	62,0	69,0	69,0	100,0%	111,3%
<i>трансферты из ГБ на реализацию проекта «Модернизация сектора здравоохранения»</i>	4,6	24,0	24,0	100,0%	>200%
Трансферты общего назначения из ГБ	2.526,4	2.635,0	2.635,0	100,0%	104,3%
ПРОЧИЕ ДОХОДЫ	15,2	14,0	31,8	>200%	>200%

Источник: данные Компании

На протяжении последних лет становится все более очевидной тенденция постоянного увеличения доли собственных доходов, и, соответственно, уменьшение доли текущих трансфертов общего назначения, поступающих из государственного бюджета на медицинское страхование категорий лиц, застрахованных Правительством. Так, если в 2013 году в общем

объеме доходов ФОМС преобладающими были трансферты из государственного бюджета (51,3%), в последующие годы ситуация изменилась, и с 2014 года преобладающими стали поступления от уплаты страховых взносов, размер которых достиг в 2018 году уровня 59,9%. Графическая иллюстрация указанной тенденции представлена на рисунке № 17.

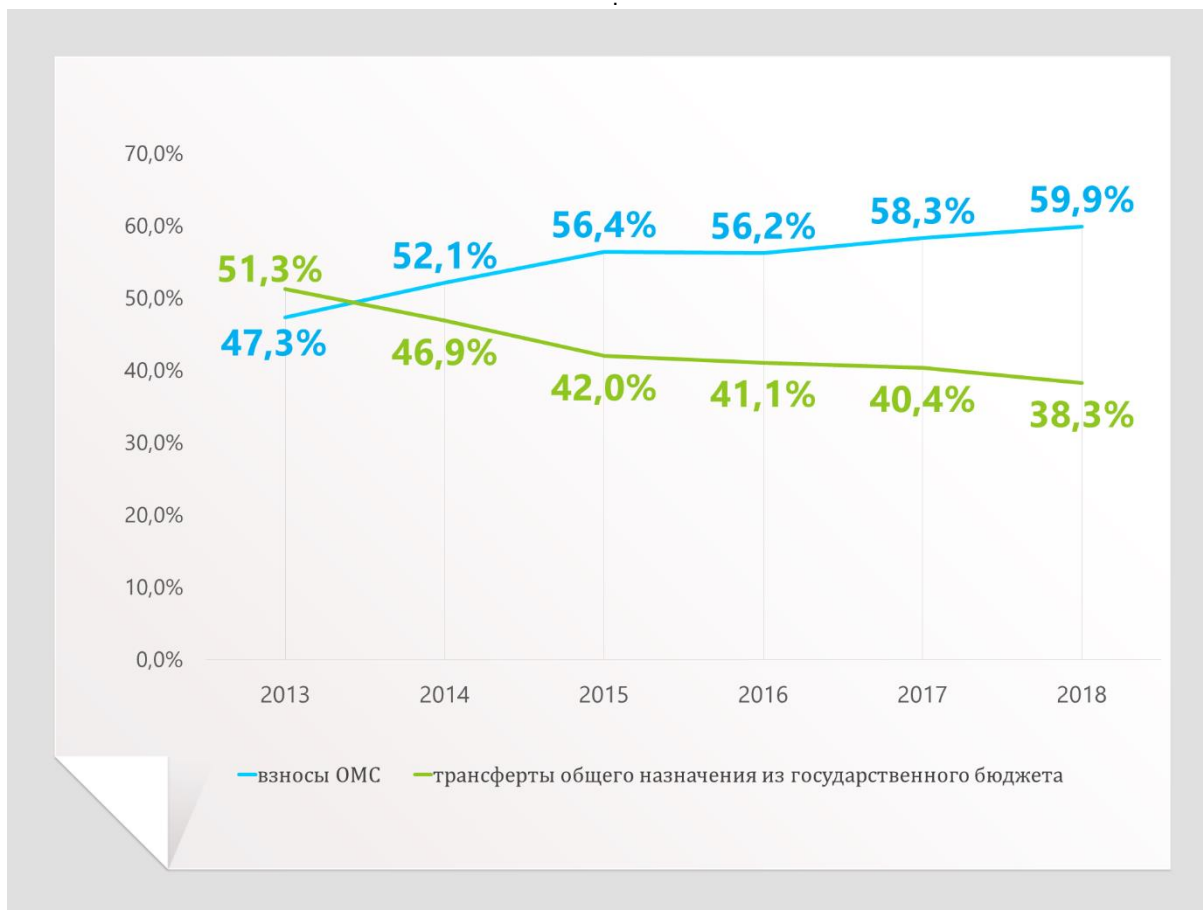


Рисунок № 17. Эволюция доли взносов ОМС и трансфертов общего назначения, полученных из ГБ в доходах ФОМС, 2013-2018 годы

Источник: данные Компании

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

Согласно информации, предоставленной Государственной налоговой службой, доходы от взносов, исчисленных в процентном отношении к заработной плате и другим видам выплат, составили 4 624,6 миллиона леев, включая пени за просроченную оплату — 25,0 миллионов леев. Сумма поступивших доходов составила 4 007,2 миллиона леев, превысив прогнозируемые годовые показатели на 119,2 миллионов леев (3,1%), и поступления прошлого года на 465,4 млн леев (13,1%). Такое увеличение определяется ростом минимальной заработной платы, которое привело к увеличению фонда оплаты труда на уровне страны, а также и изменением ставки подоходного налога с 1 октября 2018 года. Доход от взносов обязательного медицинского страхования, исчисленных в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам составил в общем объеме доходов 58,3% по сравнению с 56,6% в 2017 году.

В том, что касается задолженности по уплате взносов обязательного медицинского страхования, исчисленным в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, был отмечен рост ее размера на 24,3 миллиона леев (65,3%) по сравнению с 2017 годом, который составил на конец 2018 года 70,2 миллиона леев.

Взносы обязательного медицинского страхования, исчисленные в фиксированной сумме, уплаченные физическими лицами, пребывающими или проживающими на территории Республики Молдова.

Сборы по страховым взносам, исчисленным в фиксированной сумме, составили 110,4 миллиона леев, что на 7,1 миллиона леев (6,8%) больше, чем предусмотрено годовыми назначениями, и на 3,8 миллиона леев (3,4%) больше по сравнению с 2017 годом. В общем объеме поступивших доходов доля поступлений от страховых взносов, исчисленных в фиксированной сумме составила 1,6%.

За отчетный период размер страхового взноса, исчисленного в фиксированной сумме, составил 4 056 леев, оставшись на уровне 2014 года. Соответствующий взнос был уплачен собственниками земельных участков сельскохозяйственного назначения, учредителями индивидуальных предприятий, держателями патентов на предпринимательскую деятельность, посредниками, нотариусами, адвокатами, судебными исполнителями, юристами, переводчиками, нетрудоустроенными лицами, занимающимися независимой врачебной деятельностью и т.д. Также, как и в предыдущие годы, лица, оформившие страховку в индивидуальном порядке до 31 марта, получили скидку в размере 50% и 75% от размера страхового взноса.

Практика применения льгот, предоставляемых при оплате страхового взноса, исчисленного в фиксированной сумме, доказала со временем свою эффективность, представляя собой средство поддержки и интегрирования в систему страхования категорий населения с низкими доходами, и эти категории оказались, таким образом, обеспеченными финансовой защитой в случае наступления риска заболевания.

Количество лиц, оформивших страховку в индивидуальном порядке, составило около 55 500, что на 1 700 человек больше, чем в предыдущем году. Из этого количества около 4,7 тысяч человек уплатили страховой взнос в полном объеме, а другие 50,8 тысяч человек воспользовались скидками в размере 50% (32,9 тысяч человек) и, соответственно, 75% (17,9 тысяч человек).

Трансферты, полученные из государственного бюджета

Трансферты из государственного бюджета были получены в соответствии с годовыми назначениями, в сумме 2 728,0 миллионов леев. Из общего объема трансфертов из ГБ трансферты общего назначения составили 2 635,0 миллиона леев, а трансферты специального назначения, — 93,0 миллиона леев. Несмотря на то, что сумма трансфертов из государственного бюджета в ФОМС в абсолютном выражении была больше на 135,0 миллионов леев (5,2%) по сравнению с 2017 годом, их доля в общей сумме доходов, поступивших в ФОМС, снизилась на 1,7%.

Трансферты общего назначения выделялись преимущественно (99,97%) для категорий лиц, застрахованных Правительством (1 712,9 тыс. человек), и были предоставлены в сумме 2 634,2 миллиона леев, что на 108,6 миллионов леев или на 4,3% больше, чем в 2017 году. Этот тип дохода занимает в отчетном году второе место в структуре доходов ФОМС, после взносов ФОМС, исчисленной в процентном отношении к заработной плате и другим видам выплат, и представляет 38,3% от общего объема поступивших доходов. Следует отметить, что объем трансфертов общего назначения остается недостаточным для количества и категорий лиц, застрахованных Правительством, которое увеличивается и пополняется новыми бенефициарами, преимущественно с повышенными потребностями в оказании медицинской помощи.

По категории *трансфертов специального назначения* были перечислены денежные средства в размере 93,0 миллиона леев, включая 69,0 миллионов леев, предназначенных для приобретения противодиабетических препаратов в рамках национальных программ в области здравоохранения и 24,0 миллиона леев на реализацию проекта «Модернизация сектора здравоохранения».

Прочие доходы

По разделу «Прочие доходы» в 2018 году были собраны средства в размере 31,8 миллиона леев, что более чем вдвое превышает годовые назначения. Среди самых значительных поступлений по этому разделу фигурируют следующие:

- отчисления в размере 15,4% от суммы единого налога, взимаемого с резидентов информационно-технологических парков — около 20 миллионов леев;
- проценты, начисленные на остатки денежных средств на банковских счетах — 4,8 миллиона леев;
- штрафы и санкции за правонарушения — свыше 2 миллионов леев;
- прочие доходы, поступившие в ФОМС, включая начисленные и полученные с МСУ за финансовые нарушения по использованию денежных средств в целях иных, чем предусмотренные Единой программой, с отклонением от нормативных актов, необоснованное выписывание компенсируемых медикаментов и необоснованная выдача направлений на госпитализацию — свыше 5,0 миллионов леев.

Сверхплановое исполнение поступлений по категории «Прочие доходы» обусловлено поступлением единого налога с резидентов информационно-технологических парков (62,9%), который стал реальным источником дохода начиная с февраля 2018 года, не будучи изначально запланированным.

РАСХОДЫ

Расходная часть была реализована в размере 6 714,1 миллиона леев, что на 19,2 миллиона леев (0,3%) меньше, чем предусмотрено в годовыми назначениями, и на 453,3 миллиона леев (7,2%) больше, чем в прошлом году. Подробные сведения о расходах за отчетный год представлены в таблице 7.

Таблица 7. Исполнение расходов ФОМС, 2017-2018 годы

млн. леев

Наименование	Выполнено в 2017 году	По уточненному плану, на 2018 г.	Выполнено в 2018 году	Выполнено в 2018 году по сравнению с уточненным планом	Выполнено в 2018 г. по сравнению с 2017 г.
Всего расходов	6.260,8	6.733,3	6.714,1	99,7%	107,2%
в том числе:					
1. Фонд оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд)	6.162,9	6.586,5	6.586,4	100,0%	106,9%
2. Резервный фонд ОМС	0,0	15,0	0,0	0,0%	
3. Фонд профилактических мероприятий (по предотвращению рисков заболевания)	6,0	13,0	11,8	90,4%	195,8%
4. Фонд развития и модернизации государственных поставщиков медицинских услуг	18,6	40,0	38,1	95,3%	>200%
5. Фонд управления системой ОМС	73,3	78,8	77,8	98,7%	106,2%

Источник: данные Компании

В фонд, средства которого предназначены для оплаты текущих медицинских услуг (основной фонд), направляются не менее 94% доходов⁵ ФОМС. Соответственно, в течение отчетного периода, расходы из этого фонда составили 6 586,4 миллиона леев, или 98,1% от общей суммы расходов, что на 423,5 миллионов леев, или на 6,9% больше, чем в 2017 году.

Как и в предыдущие годы, по подпрограммам расходов констатируется тенденция выделения ресурсов преимущественно на стационарную медицинскую помощь, в размере 3 368,4 миллиона леев, или 50,2% от общей суммы расходов, за ней следует первичная медицинская помощь — 1 885,5 миллиона леев (28,1%), неотложная догоспитальная медицинская помощь — 561,6 миллионов леев (8,4%), амбулаторная медицинская помощь — 504,5 миллионов леев (7,5%) и т.д. Одновременно наблюдается **увеличение** по сравнению с предыдущим годом объема **расходов, по всем видам медицинской помощи**, от 100,5% на первичную медицинскую помощь до более чем до 200% на коммунитарные медицинские услуги и уход на дому (таблица № 8). В этом направлении лучшие практики доказывают, что одновременно с увеличением закупок в секторе первичной медицинской помощи и расходов на профилактические мероприятия, расходы на другие категории медицинской помощи

⁵ П. 9 Постановления Правительства № 594 от 14.05.2002 г.

уменьшаются, в том числе и на стационарную медицинскую помощь и неотложную догоспитальную медицинскую помощь.

Таблица 8. Исполнение расходов по программам и подпрограммам, 2017-2018 годы

млн. леев

Наименование	Выполнено в 2017 году	По уточненному плану, на 2018 г.	Выполнено в 2018 году	Выполнено в 2018 году по сравнению с уточненным планом	Выполнено в 2018 г. по сравнению с 2017 г.
Всего расходов	6.260,8	6.733,3	6.714,1	99,7%	107,2%
в том числе:					
Программа «Общественное здоровье и медицинские услуги»	6.260,8	6.733,3	6.714,1	99,7%	107,2%
Подпрограмма «Управление фондами обязательного медицинского страхования»	73,3	78,8	77,8	98,7%	106,2%
Подпрограмма «Первичная медицинская помощь»	1.876,7	1.885,5	1.885,5	100,0%	100,5%
<i>включая компенсированные медикаменты</i>	523,9	508,0	508,0	100,0%	97,0%
<i>из которых на реализацию национальных программ в области здравоохранения за счет трансфертов из ГБ</i>		69,0	69,0	100,0%	
Подпрограмма «Специализированная амбулаторная медицинская помощь»	423,6	504,5	504,5	100,0%	119,1%
<i>включая медикаменты и изделия медицинского назначения, оплаченные дополнительно</i>		46,9	46,9	100,0%	
Подпрограмма «Коммунитарные медицинские услуги и уход на дому»	9,2	57,0	57,0	100,0%	>600%
Подпрограмма «Неотложная догоспитальная медицинская помощь»	544,0	561,6	561,6	100,0%	103,2%
Подпрограмма «Стационарная медицинская помощь»	3.118,1	3.368,4	3.368,4	100,0%	108,0%
<i>включая медикаменты, оплаченные дополнительно пролеченному случаю</i>		28,8	28,8	100,0%	
Подпрограмма «Высокоспециализированные медицинские услуги»	191,3	209,5	209,4	100,0%	109,5%
Подпрограмма «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования»		15,0			

Подпрограмма «Национальные и целевые программы в области здравоохранения»	6,0	13,0	11,8	90,4%	195,8%
Подпрограмма «Развитие и модернизация учреждений здравоохранения»	18,6	40,0	38,1	95,3%	>200%

Источник: данные Компании

Как и в предыдущие годы, для каждой подпрограммы были установлены показатели эффективности (по результату, по продукту и по эффективности), достижение которых прослеживалось в течение отчетного периода, за исключением показателей, для которых не было установлено критериев или механизмов прослеживания.

В отношении приобретения медицинских услуг следует отметить обязательное их обоснование соответственно потребностям населения в медицинских услугах, приведенным в соответствие с возможностями системы здравоохранения в пределах утвержденных средств.

В течение отчетного года для целей предоставления медицинских услуг были заключены 437 контрактов с медико-санитарными учреждениями (таблица 9).

Таблица 9. Медико-санитарные учреждения, с которыми заключены контракты, 2016-2018 годы

	2016	2017	2018
Республиканские МСУ	21	22	22
Ведомственные МСУ	10	10	10
Муниципальные МСУ	34	34	34
Районные МСУ	303	302	301
Частные МСУ	64	67	70
ИТОГО	432	435	437

Источник: данные Компании

Финансовые средства, выделенные и использованные МСУ, включенные в систему обязательного медицинского страхования, составили 5 995,0 миллионов леев, на них приходится преимущественная доля (89,3%) общего объема расходов. По сравнению с предыдущим годом эти расходы возросли на 425,9 миллиона леев, или на 7,6 процента. Расходы на оплату труда персонала, в том числе отчисления и взносы обязательного страхования, составили 3 929,8 миллионов леев, или 65,6% от суммы расходов МСУ. По сравнению с 2017 годом, их доля уменьшилась на 1,3% (таблица 10).

Таблица 10. Расходные средства, выделенные и использованные МСУ, 2015-2018 годы

	2015		2016		2017		2018	
	млн. леев	%	млн. леев	%	млн. леев	%	млн. леев	%
Общая сумма расходов ФОМС	5.152,5	100%	5.673,4	100%	6.260,8	100%	6.714,1	100%
Расходы МСУ	4.504,7	87,4%	5.141,8	90,6%	5.569,1	89,0%	5 995,0	89,3%
в том числе:								
расходы на персонал *	2.899,4	64,4%	3.328,4	64,7%	3.725,4	66,9%	3 929,8	65,6%

<i>питание пациентов</i>	121,2	2,7%	123,8	2,4%	126,2	2,3%	132,8	2,2%
<i>медикаменты и изделия медицинского назначения</i>	638,4	14,2%	742,0	14,4%	716,4	12,9%	744,1	12,4%
<i>прочие расходы</i>	845,7	18,8%	947,6	18,4%	1.001,1	18,0%	1.188,3	19,8%

Примечание: Расходы на персонал включают расходы на оплату труда и отчисления и взносы в ФОМС

Источник: данные Компании

Расходы из фонда по оплате текущих медицинских услуг (основной фонд)

Система обязательного медицинского страхования обеспечивает застрахованным лицам равные возможности, без дискриминации, в получении доступной и качественной медицинской помощи, в соответствии с положениями Единой программы.

В то же время, скорая догоспитальная медицинская помощь оказывается всем лицам, вне зависимости от их статуса: как застрахованным, так и незастрахованным, а в случае социально-обусловленных заболеваний, таких как туберкулез, онкологические и психиатрические заболевания, ВИЧ/СПИД, инфекционные заболевания, незастрахованным лицам предоставляется доступ к специализированной амбулаторной медицинской помощи и к стационарной медицинской помощи.

Преобладающая часть средств, выделенных из основного фонда — 3 368,4 миллиона леев (51,1%) была направлена на оказание стационарной помощи, в том числе на предоставление медикаментов, оплаченных дополнительно на пролеченный случай и 1 885,5 миллионов леев (28,6%) — на предоставление первичной медицинской помощи, в том числе на оплату компенсированных медикаментов. Также в течение отчетного периода значительные ресурсы были выделены на оказание скорой догоспитальной медицинской помощи — 561,6 миллионов леев (8,5%), оказание специализированной амбулаторной медицинской помощи, включая стоимость медикаментов и изделий медицинского назначения, оплаченных дополнительно — 504,5 миллиона леев (7,7%) и т.д. (рисунок № 18).



Рисунок № 18. Структура расходов основного фонда в процентном распределении, 2018 год

Источник: данные Компании

В рамках структуры расходов основного фонда самый существенный рост по сравнению с предыдущим годом приходится на коммунитарные медицинские услуги и уход на дому — более чем в шесть раз. Такое увеличение объясняется тем обстоятельством, что, поскольку в начале отчетного года в рамках направления по оказанию услуг по медицинскому уходу, коммунитарному и на дому, были включены услуги по охране психического здоровья и медицинские услуги дружественные молодёжи.

Неполная реализация в размере 134,2 тыс. леев средств, выделенных из основного фонда, была вызвана преимущественно по причине неисполнения поставщиками медицинских услуг объема услуг, предусмотренного в договорах, в частности высокоспециализированных медицинских услуг, что априори предполагает пересмотр критериев для заключения контрактов в будущем.

Первичная медицинская помощь

Первичная медицинская помощь (далее — ПМП) предполагает предоставление услуг на основе принципа семейной медицины, в соответствии с договорами, заключенными с Компанией, и предоставляемой в случае заболеваний и патологических состояний, предусмотренных Единой программой.

Для предоставления ПМП в отчетном году было предусмотрено выделение средств в размере 1 885,5 миллионов леев, которые были освоены в полном объеме. В то же время, расходы на предоставление ПМП превысили 8,8 миллиона леев, или на 0,5%, расходы по этой статье, осуществленные в 2017 году. Расходы по оказанию ПМП на душу населения, среди зарегистрированных у семейного врача, составили в 2018 году 405 леев, при этом средняя стоимость одного посещения составила 132,9 лея, или на 4,6% больше запланированной (127,1 леев).

Предварительная оценка стоимости медицинских услуг для заключения договоров в секторе ПМП была ориентирована на общее количество лиц (застрахованных и незастрахованных), собственно же само по себе заключение договоров на предоставление услуг первичной медицинской помощи реализуется по «душевому» принципу.

Таким образом, для целей предоставления услуг по оказанию первичной медицинской помощи Компанией были заключены контракты с 278 медико-санитарными учреждениями, в числе которых: 2 республиканских, 20 муниципальных, 235 районных, 5 ведомственных и 16 частных.

В течение отчетного периода застрахованными лицами было осуществлено свыше 9,8 миллионов посещений семейного врача, что на 54 тысячи посещений меньше по сравнению с предыдущим годом. Также было зарегистрировано сокращение, по сравнению с 2017 годом, количества посещений семейного врача незастрахованными лицами — примерно на 17 тысяч посещений (рисунок № 19).

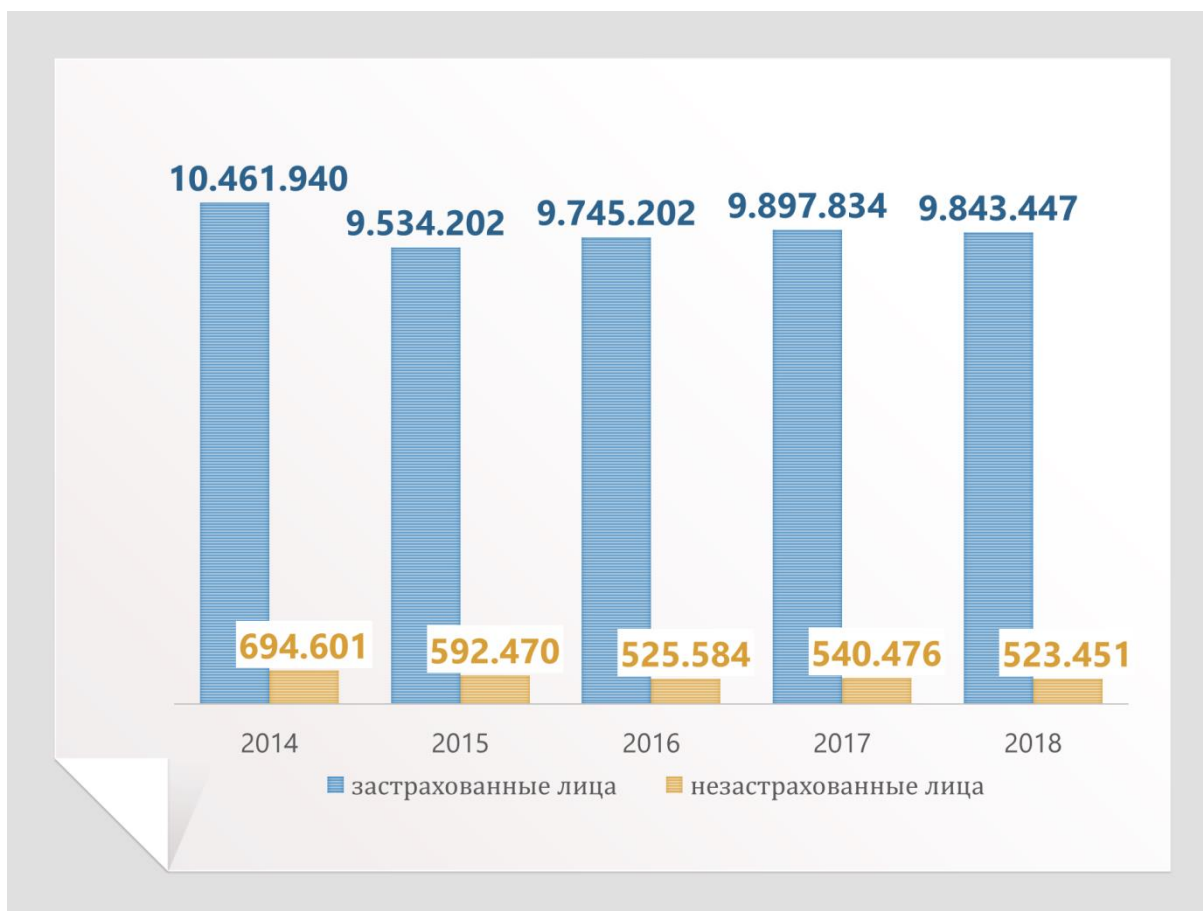


Рисунок № 19. Посещения семейного врача, 2014 - 2018 годы

Источник: данные Компании

В рамках оказания первичной медицинской помощи предусмотрена система оплаты надбавок за выполнение показателей эффективности (по проведению профилактических мероприятий, раннему выявлению и наблюдению/мониторингу за сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями и т.д.). Основная цель системы оплаты надбавок за выполнение показателей эффективности, используемой в секторе первичной медицинской помощи, заключается в решении основных проблем общественного здоровья путем предоставления услуг профилактической медицины, услуг по ранней диагностике и мониторингу лечения осложнений, главным образом хронических заболеваний (рисунок № 20).

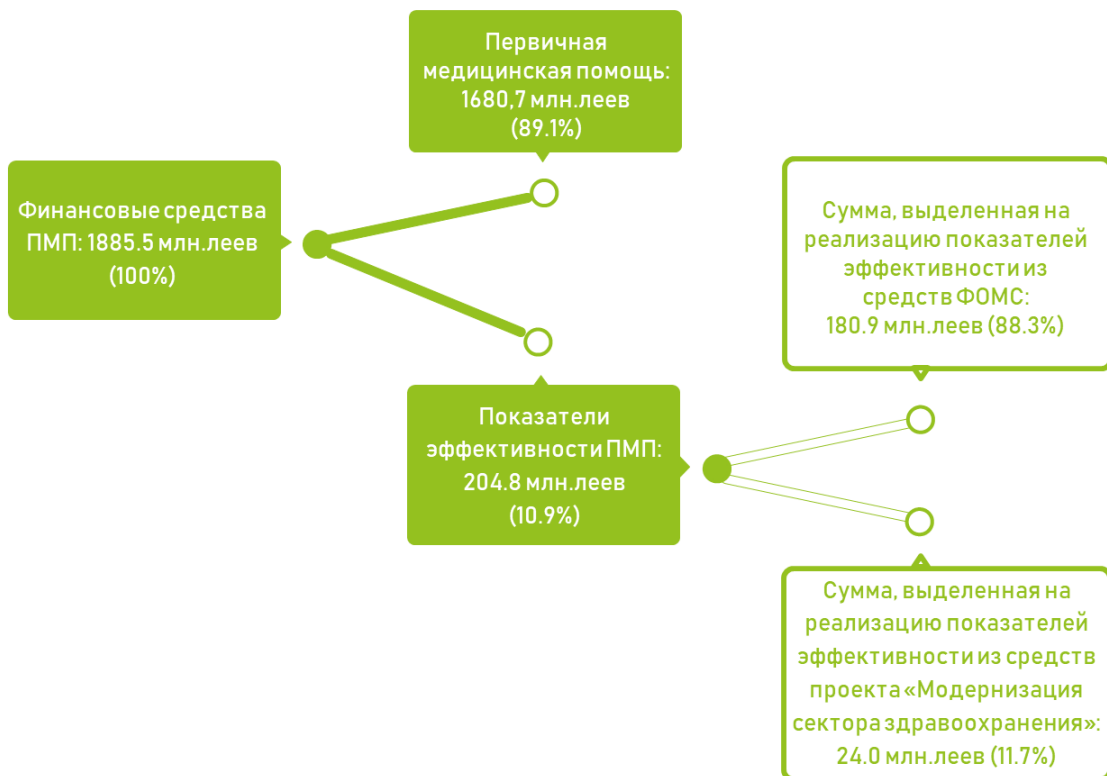


Рисунок № 20. Показатели эффективности для ПМП

Сумма, выделенная на достижение показателей эффективности в рамках первичной медицинской помощи, составила 204,8 миллиона леев, что более чем в три раза превышает объем финансовых средств, выделенных для этой цели в 2017 году (таблица 11).

Таблица 11. Достижение показателей эффективности в ПМП, 2017- 2018 годы

	2017				2018			
	Количество лиц, прошедших медицинское обследование	Количество лиц, для которых был запланирован медицинский осмотр	Доля выполнения, %	Выделенная сумма (млн. леев)	Количество лиц, прошедших медицинское обследование	Количество лиц, для которых был запланирован медицинский осмотр	Доля выполнения, %	Выделенная сумма (млн. леев)
Профилактика, раннее выявление и мониторинг сердечно-сосудистых заболеваний	196 385	486 606	40.36%	27,3	243 597	602 247	40.5%	66,4
Профилактика, раннее выявление и мониторинг сахарного диабета	36.143	88.930	40.64%	3,1	53.173	104 584	50.8%	24,5
Активное выявление населения с повышенным риском заболевания туберкулезом	164 040	202 744	80.91%	11,9	213 357	258 906	82.4%	25,5
Наблюдение беременных	26.309	31.887	82.51%	14,9	26.710	30.167	88.5%	32,6
Вакцинация детей в возрасте до 1 года	29.240	34.874	83.84%	7,3	28.420	31.054	91.5%	17,1
Профилактика, раннее выявление онкологических заболеваний	188 033	384 572	48.89%	1,9	2.922	5.811	50.3%	38,7
Итого	640 150	1.229.613	52,1%	66,4	568 179	1.032.769	55,0%	204,8

Источник: данные Компании

Согласно данным, приведенным в таблице, в 2018 году наблюдается умеренный интерес населения к профилактике заболеваний которые негативно влияют на здоровье, **что обязывает пересмотр и соответствующую корректировку политик здравоохранения в области ПМП.** Другой причиной невыполнения плана показателей эффективности в полном объеме является **отсутствие санитарного просвещения пациентов, отсутствие коммуникации между пациентом и врачом и нехватка семейных врачей, особенно в сельской местности.**

Специализированная амбулаторная медицинская помощь

Расходы на специализированную амбулаторную медицинскую помощь (далее — САМП) были исполнены в размере 504,5 миллиона леев, что составляет 7,7% от общего объема расходов основного фонда, расходы по этому направлению были реализованы на 100%. В то же время, расходы на САМП увеличились по сравнению с предыдущим годом на сумму около 81,0 миллиона леев, или на 19,1%. Средние расходы, в рамках САМП, на одно застрахованное лицо, зарегистрированное у семейного врача, в 2018 году составили 224,4 лея, что на 11,2% больше по сравнению с величиной установленного показателя (201,7 лея). Средняя стоимость одного посещения врача-специалиста составила 75,3 лея, увеличившись на 6,3 лея по сравнению с запланированной стоимостью (69 леев).

Как и в предыдущие годы, САМП предоставлялась в целях постановки диагноза и выбора тактики лечения по направлению семейного врача, других врачей-специалистов, по прямому обращению застрахованных лиц в экстренных случаях и в случаях заболеваний, включенных в перечень заболеваний, которые подтверждены как новый случай и позволяют прямое обращение к профильному врачу-специалисту из специализированного амбулаторного звена.

На предоставление специализированной амбулаторной помощи в 2018 году Компания заключила контракты со 123 медико-санитарными учреждениями, а именно с 17 республиканскими учреждениями, 21 муниципальным учреждением, 65 районными учреждениями, 5 ведомственными и 15 частными учреждениями.

В течение отчетного периода застрахованным лицам были предоставлены медицинские услуги в рамках 6,7 миллиона консультативных посещений, что на 55 тысяч посещений больше по сравнению с 2017 годом (6,6 миллиона). В то же время, в 2018 году было осуществлено 669 тысяч посещений в целях оказания стоматологической помощи, что приблизительно на 16 тысяч посещений меньше по сравнению с 2017 годом (*таблица 12*).

Таблица 12. Проведенные консультативные посещения, 2014-2018 годы

	количество посещений				
	2014	2015	2016	2017	2018
Всего посещений	6 971 337	6 584 084	6 565 622	6 648 981	6 704 190
<i>в том числе:</i> посещения в целях оказания медицинской стоматологической помощи	716 784	705 190	699 292	684 857	668 934

Источник: данные Компании

Анализ посредством сопоставления объема средств, выделенных для оплаты услуг по контрактам, заключенным с поставщиками услуг САМП и количества консультативных посещений, осуществленных в течение отчетного периода, отражают **более быстрый рост объема выделенных финансовых ресурсов по сравнению с количеством предоставленных услуг** (рисунок № 21).



Рисунок № 21. Динамика отчислений на САМП и количества проведенных посещений, 2014-2018 годы

Источник: данные Компании

Самыми востребованными услугами по оказанию САМП, принимая во внимание частоту их оказания на национальном уровне, являются услуги, предоставляемые следующими врачами-специалистами: акушерами-гинекологами, ортопедами-травматологами, неврологами, офтальмологами и хирургами (рисунок № 22).

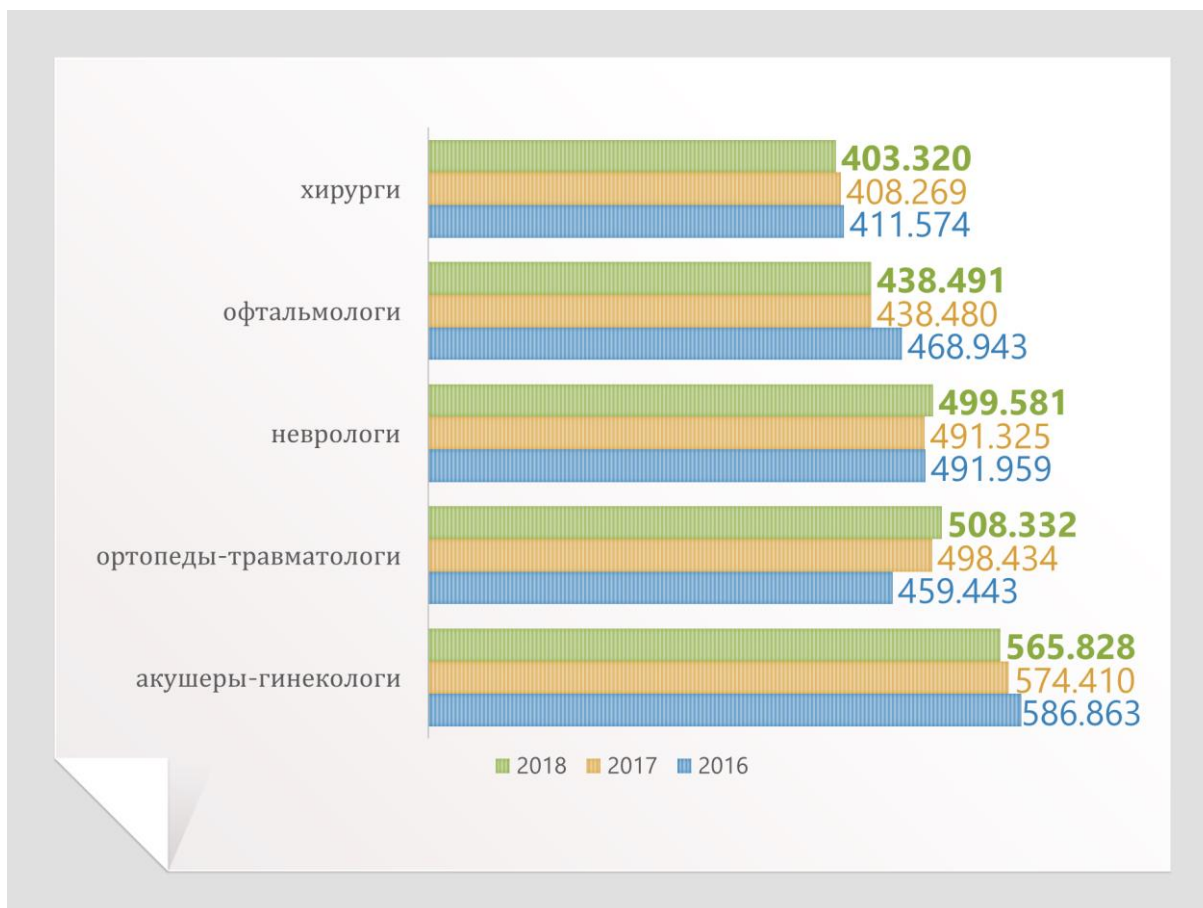


Рисунок № 22. Количество посещений врачей-специалистов на национальном уровне, 2016-2018 годы

Источник: данные Компании

Расходы на оплату питания и общественного транспорта из дома/домой для лечения в амбулаторных условиях лиц, больных туберкулезом, составили в отчетном году 16,5 миллиона леев, что на 3,3 миллиона леев больше, чем в предыдущем году.

В то же время, в целях развития и предоставления услуг по раннему вмешательству у детей (от рождения до 3-х лет) со специальными потребностями/пороками развития и повышенного риска, на оказание данного рода услуг были заключены контракты с 5 МСУ и выделено 2,6 миллиона леев, в рамках более 30 000 посещений.

В целях расширения доступа для детей, особенно проживающих в сельской местности, в рамках программы «Врач для тебя» были заключены контракты на предоставление стоматологических медицинских услуг на сумму 1,8 миллиона леев. Соответственно, были предложены рекомендации по гигиене полости рта и предоставлены услуги по осмотру ротовой полости, по удалению зубного камня, пломбирование, восстановление дефектов зубов, возникших в результате кариеса и его осложнений и т.д.

Кроме того, впервые в рамках САМП был заключен контракт на предоставление услуг радиационной терапии в онкологии. Для реализации этой задачи был заключен контракт с поставщиком медицинских услуг, на каковые цели было выделено 2,1 млн леев. В течение года было проведено 7950 сеансов радиотерапии, стоимость предоставленных услуг составила 2,4 миллиона леев.

Неотложная догоспитальная медицинская помощь

Неотложная догоспитальная медицинская помощь (далее — НДМП) предоставляется населению, вне зависимости от статуса лица, на всей обслуживаемой территории в круглосуточном режиме. При заключении контрактов на предоставление объема медицинских услуг по НДМП в расчет было принято общее количество лиц, зарегистрированных в МСУ, предоставляющих услуги в рамках первичной медицинской помощи.

В течение года службой по оказанию неотложной догоспитальной медицинской помощи было получено 855,4 тысячи вызовов, что на 22,2 тысячи меньше по сравнению с прошлым годом (877,6 тысяч вызовов). Этот факт объясняется увеличением количества обращений в департаменты неотложной медицинской помощи и отделения ургентного приема стационарных МСУ, и реализованной реформой в неотложной догоспитальной медицинской помощи.

Из общего числа вызовов, принятых службой НДМП, около 14%, или 117,6 тысячи вызовов поступило от незастрахованных лиц (таблица 13).

Таблица 13. Услуги по неотложной медицинской помощи, 2014-2018 годы

	2014	2015	2016	2017	2018
Застрахованные лица	765 214	926 973	808 180	749 758	737 779
Незастрахованные лица	136 680	171 171	145 573	127 810	117 615
Итого	901 894	1 098 144	953 753	877 568	855 394

КОЛИЧЕСТВО ВЫЗОВОВ

Источник: данные Компании

Расходы, выделяемые на реализацию соответствующей подпрограммы выросли, их размер составил в 2018 году 561,6 миллиона леев, что на 17,5 миллиона леев больше, чем в 2017 году, по сравнению со снижением количества вызовов (рисунок № 23). Средняя стоимость одного вызова в рамках НДМП составила 656,5 лея, что на 12,6% больше запланированного показателя (582,8 лея).

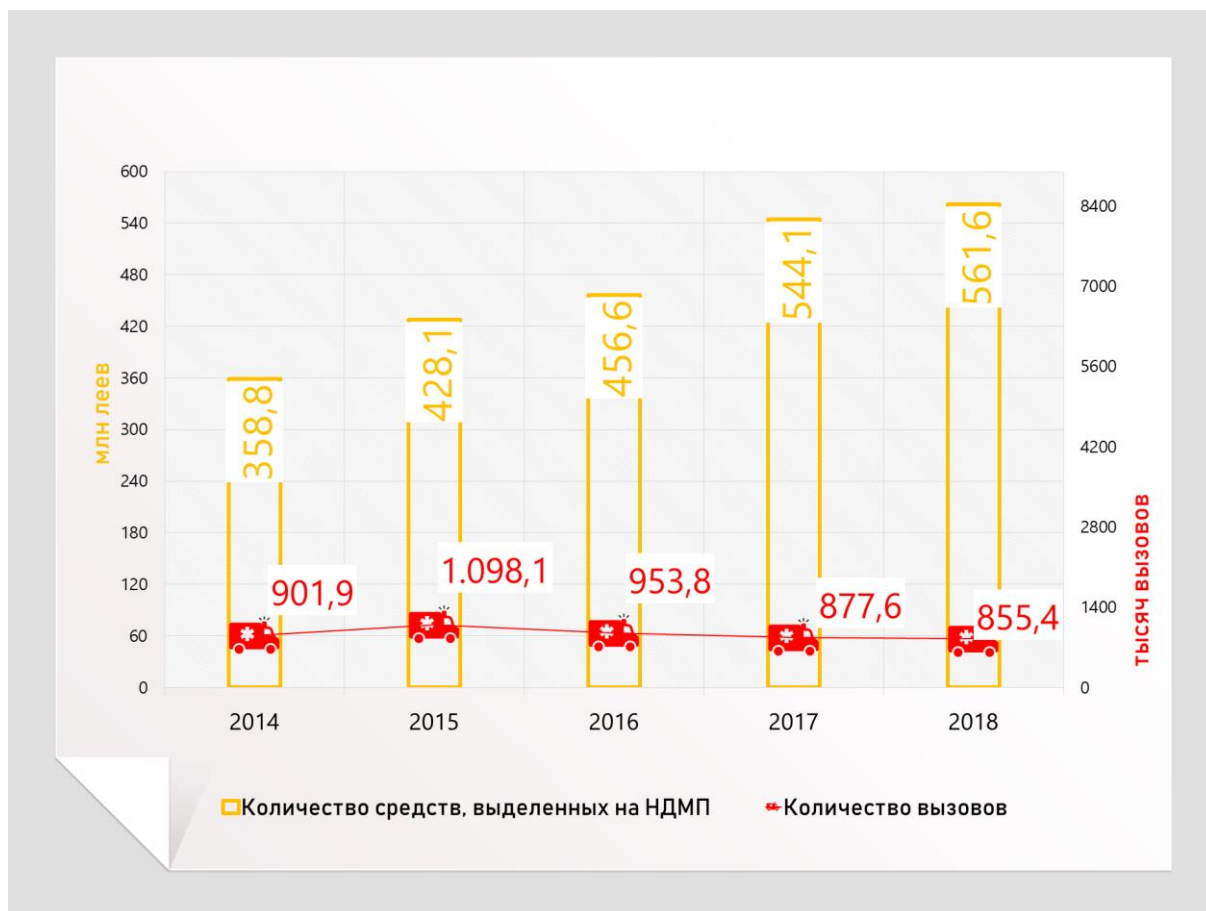


Рисунок № 23. Динамика отчислений на НДМП и количества вызовов, 2014-2018 годы

Источник: данные Компании

Стационарная медицинская помощь

Самая большая доля (51,1%) в структуре расходов основного фонда приходится на Подпрограмму «Стационарная медицинская помощь», для реализации которой в отчетном году было выделено средств в размере 3 368,4 миллиона леев и использованы в полном объеме. По сравнению с предыдущим годом эти расходы возросли на 250,3 миллиона леев, или на 8,0%.

Для предоставления стационарной медицинской помощи (далее — СМП), Компания заключила контракты с 79 медико-санитарными учреждениями, в том числе: 15 республиканскими, 10 муниципальными, 35 районными, 7 ведомственными и 12 частными.

Количество пролеченных и выписанных случаев МСУ за отчетный период составило 602,6 тысячи, что на 761 случай больше, чем в 2017 году. Из всего количества пролеченных и выписанных случаев 137,0 тысяч пациентов, или 22,7%, были госпитализированы по направлению семейного врача (таблица № 14), что обусловлено, с одной стороны, отсутствием врачей-специалистов и нехваткой семейных врачей, особенно в сельской местности, а с другой стороны — не обращением населения к врачам ПМП и САМП.

Из общего количества пролеченных случаев, 546,8 тысяч (90,7%) были валидированы и приняты к оплате. Более 55,8 тысяч пролеченных случаев не были валидированны, причинами которых

является: ошибки при кодировании клинических данных, несоблюдение медицинского протокола и стандартов и т.д.

Средняя стоимость одного пролеченных и валидированого острого случая, в том числе в случае хирургии 1-го дня, составила свыше 5 000 леев, а средняя стоимость одного койко-дня госпитализации составила 792 лея.

Таблица 14. Пролеченные и выписанные случаи госпитализации по направлению семейного врача, 2017-2018 годы

Статус пролеченных случаев	2017		2018	
	Пролеченные случаи	Доля, %	Пролеченные случаи	Доля, %
Пролеченные и выписанные случаи	603 389	100	602 628	100
Пролеченные и выписанные случаи госпитализации по направлению семейного врача	128 417	21,3%	137 012	22,7%

Источник: данные Компании

По количеству пролеченных случаев в СМП, первые места в списке заболеваний и патологических состояний занимают: роды и новорожденные дети (более 38 тысяч), бронхопневмонии и бронхит (более 20 тысяч случаев), цирроз печени (более 7 тысяч случаев), пневмонии (около 7 тысяч случаев) и сердечная недостаточность (около 6 тысяч случаев).

В целях повышения эффективности заключения договоров и методов оплаты СМП, начиная с 2016 года пролеченные случаи были разделены на острые и хронические (рисунок № 24).

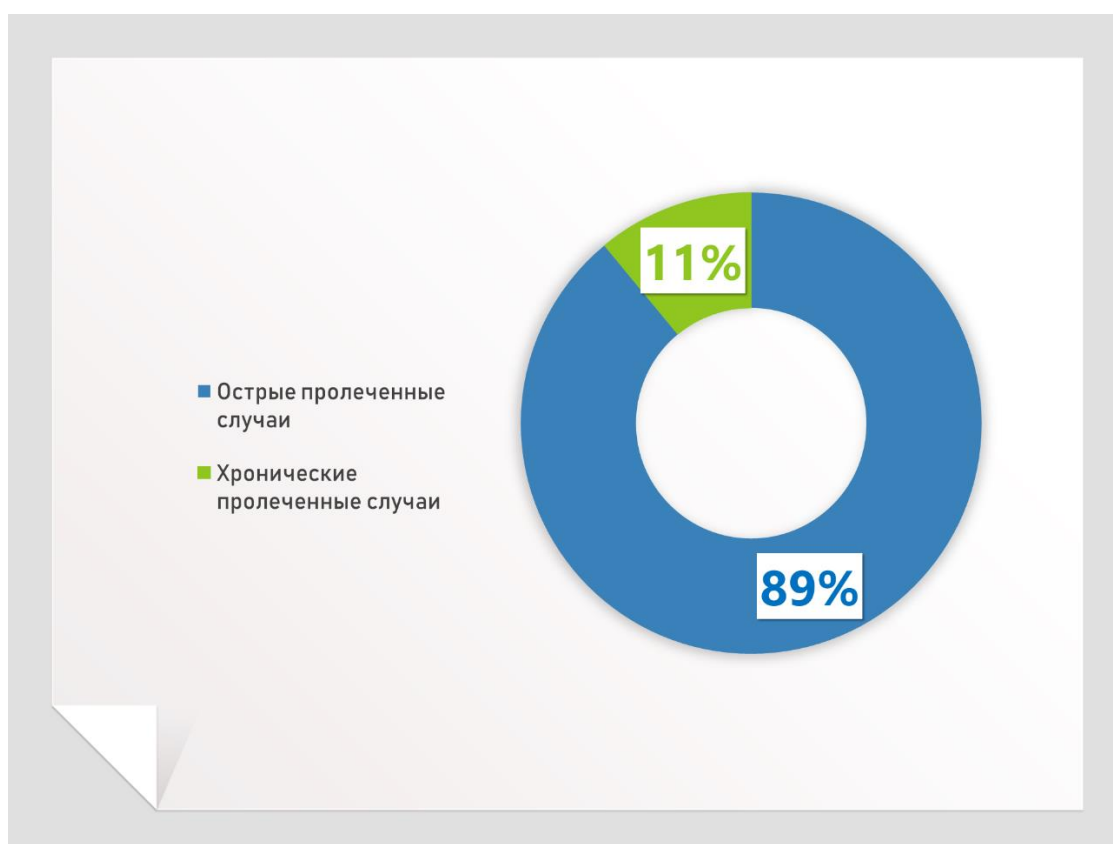


Рисунок № 24. Структура пролеченных случаев в 2018 году

Источник: данные Компании

Хроническими пролеченными случаями являются случаи, предоставленные по профилям: гериатрия, реабилитация и паллиативный уход. Пролеченные случаи, предоставленные по профилю реабилитация в республиканских медико-санитарных учреждениях, классифицируются на педиатрическую, неврологическую, кардиологическую и ортопедическую реабилитацию.

Острые пролеченные случаи — это случаи с краткосрочной госпитализации, предоставленные в рамках специальных программ (таблица 15).

Таблица 15. Пролеченные случаи в рамках специальных программ, 2015-2018 гг.

	количество случаев			
	2015	2016	2017	2018
СП «Оперативное лечение катаракты»	1 797	3 177	3 707	4 036
СП «Протезирование крупных суставов»	803	867	1 021	1 265
СП «Интервенционная кардиология»	1 138	2 289	4 405	4 445
СП «Сосудистое протезирование»	125	346	395	406
СП «Эндоваскулярная хирургия»	202	301	550	746
СП «Кардиохирургия»	1 011	1 367	1 211	1 244
СП «Нейрохирургия переломов позвоночника»	5	178	249	302
СП «Интервенционная кардиология врожденных пороков»	-	-	30	47
СП «Электрофизиологические исследования и радиочастотная абляция»	-	-	112	149
СП «Интервенционное лечение острого ишемического инсульта»	-	-	-	3

Источник: данные Компании

В течение отчетного года было проведено 5 736 операций на сердце (в 2017 г. — 5 646 операций), в том числе 4 445 миниинвазивное оперативное лечение взрослых, в случае инфаркта миокарда в рамках специальной программы «Интервенционная кардиология», 1 244 операций в рамках специальной программы "Кардиохирургия" и 47 случаев — миниинвазивное оперативное лечение врожденных пороков (программа «Интервенционная кардиология врожденных пороков»). Средняя стоимость пролеченного случая в рамках программы «Кардиохирургия» составляет 42,6 тысячи леев, миниинвазивное оперативное лечение взрослых — 27,2 тысячи леев, и в случае миниинвазивного оперативного лечения врожденных пороков — 78,6 тысяч леев.

В рамках программы «Электрофизиологические исследования и радиочастотная абляция» были оплачены 149 случаев, что на 37 случаев больше, чем в предыдущем году (112 случаев). Средняя стоимость одного пролеченного случая составляет 36,2 тыс. леев.

Также было проведено 1 265 операций в рамках программы «Протезирование крупных суставов», которая была дополнена эндопротезированием плечевого сустава. Количество операций возросло на 244 по сравнению с предыдущим годом (1 021 операция). Средняя стоимость пролеченного случаях, покрытая из средств ФОМС, составляет 43,3 тыс. леев.

По оперативному лечению катаракты были проведено 4 036 операций, на сумму 40,3 миллиона леев, что на 329 операций больше, чем в 2017 году. Средняя стоимость одного пролеченного

случая катаракты составила около 10 тыс. леев.

В 2018 году, впервые на национальном уровне, было проведено лечение 3 случаев острого ишемического инсульта методом нейроэндovasкулярной эмболизации в рамках новой специальной программы «Интервенционное лечение острого ишемического инсульта» на общую сумму 449,3 тыс. леев, включая также сумму в размере 303,7 тыс. леев, внесенную за оплату дорогостоящих расходных материалов. Информация по дорогостоящим случаям в динамике представлена в рисунке № 25.

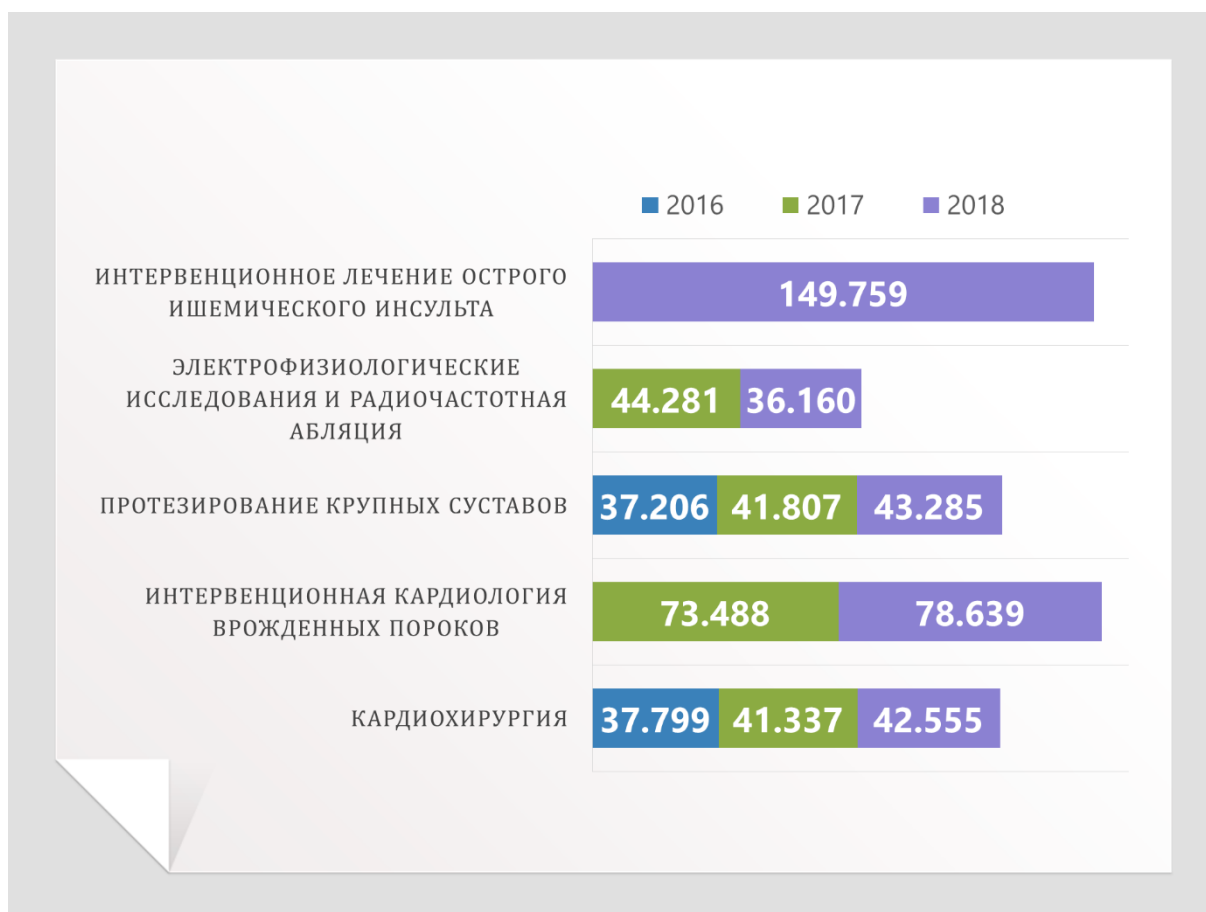


Рисунок № 25. Самые дорогостоящие случаи, пролеченные в рамках специальных программ, 2016-2018 годы, леев

Источник: данные Компании

Одним из основных принципов заключения договоров на предоставление стационарных медицинских услуг является гарантирование доступа населения к медицинским услугам, включенным в Единую программу, в том числе, посредством сокращения листа ожидания.

Таким образом, при условии сохранения аналогичной динамики финансирования и объема медицинской помощи, покрытие потребностей в дорогостоящих услугах станет возможным в сроках до:

- 4 лет — по программе «Протезирование крупных суставов»
- 1 года — по программе «Оперативное лечение катаракты»

- 1 года — по программе «Кардиохирургия».

На основании вышеизложенного, при условии прозрачности и приоритетности данной области, в допустимые сроки, будет реализовано обеспечение доступности населения к дорогостоящему лечению. Также, при заключении договоров необходимо учитывать способность медицинских учреждений в предоставлении/выполнении вышеуказанных оперативных вмешательств, что приведет к сокращению листа ожидания и повышению эффективности услуг, предоставляемых в рамках специальных программ.

Начиная с 2014 года, в соответствии с положениями Единой программы, Компания заключает договора на предоставление медицинских услуг, по **трансплантации органов, тканей и клеток**. В целях предоставления данных услуг, в отчетном году были заключены договора с 2 публичными МСУ на сумму 17,7 миллиона леев на проведения 106 трансплантаций (в числе: 15 трансплантаций печени, 22 трансплантации почек и 69 трансплантаций роговицы). По причине отсутствия доноров органов, тканей и клеток, МСУ, с которыми были заключены договора, провели 87 операций по трансплантации на сумму 13,5 миллионов леев (в числе: 12 трансплантаций печени, 13 трансплантаций почек и 62 трансплантации роговицы). Стоимость одной операции составляет: трансплантации печени — 789,6 тыс. леев, трансплантации почек — 180,4 тыс. леев, трансплантации роговицы — 27,9 тыс. леев. В то же время, с целью обеспечения доступа к медицинским услугам по трансплантации органов, тканей и клеток с соблюдением принципа справедливости и прозрачности является необходимым формирование в этой области листов ожидания.

В рамках стационарной медицинской помощи также покрываются расходы на предоставление **услуг по диализу**, и на данные цели было выделено свыше 156,0 миллионов леев, что на 24,4%, или 30,6 миллионов леев больше, чем в 2017 году. Соответственно, было проведено 87 878 сеансов гемодиализа (929 пациентов), что на 13 702 сеансов больше, чем в 2017 г. (900 пациентов).

В целях обеспечения доступности населения к медицинским услугам в области репродуктивного здоровья были заключены договора с 3 частными МСУ для предоставления 60 процедур экстракорпорального оплодотворения на сумму 1,9 миллиона леев. Фактически, было проведено 57 процедур на сумму 1,8 млн. леев, что на 27 процедур больше, чем в 2017 году. Стоимость одной процедуры по экстракорпоральному оплодотворению составила 31,7 тыс. леев.

В рамках стационарной медицинской помощи был заключен договор на оказание услуги радиационной терапии в онкологии. Для предоставления данного вида услуг с 1-м поставщиком был заключен договор на сумму 12,3 миллиона леев, за год было проведено 33 954 процедуры радиационной терапии в сумме 10,3 миллиона леев.

Высокоспециализированные медицинские услуги

Высокоспециализированные медицинские услуги (далее — ВМУ) составили 3,2% от расходов основного фонда. Размер денежных средств, выделенных на реализацию данных услуг, исчисляется в размере 209,4 миллиона леев, что на 9,5% больше уровня, зарегистрированного в 2017 году. Контракты на предоставление высокоспециализированных медицинских услуг заключались по принципу "за услугу".

Таким образом, было проведено 613 735 исследований, что на 14 677 исследований больше, чем в предыдущем году (*рис. № 26*). Средняя стоимость высокоспециализированной услуги составила 341,1 лея, по сравнению с запланированной стоимостью 331,2 лея.

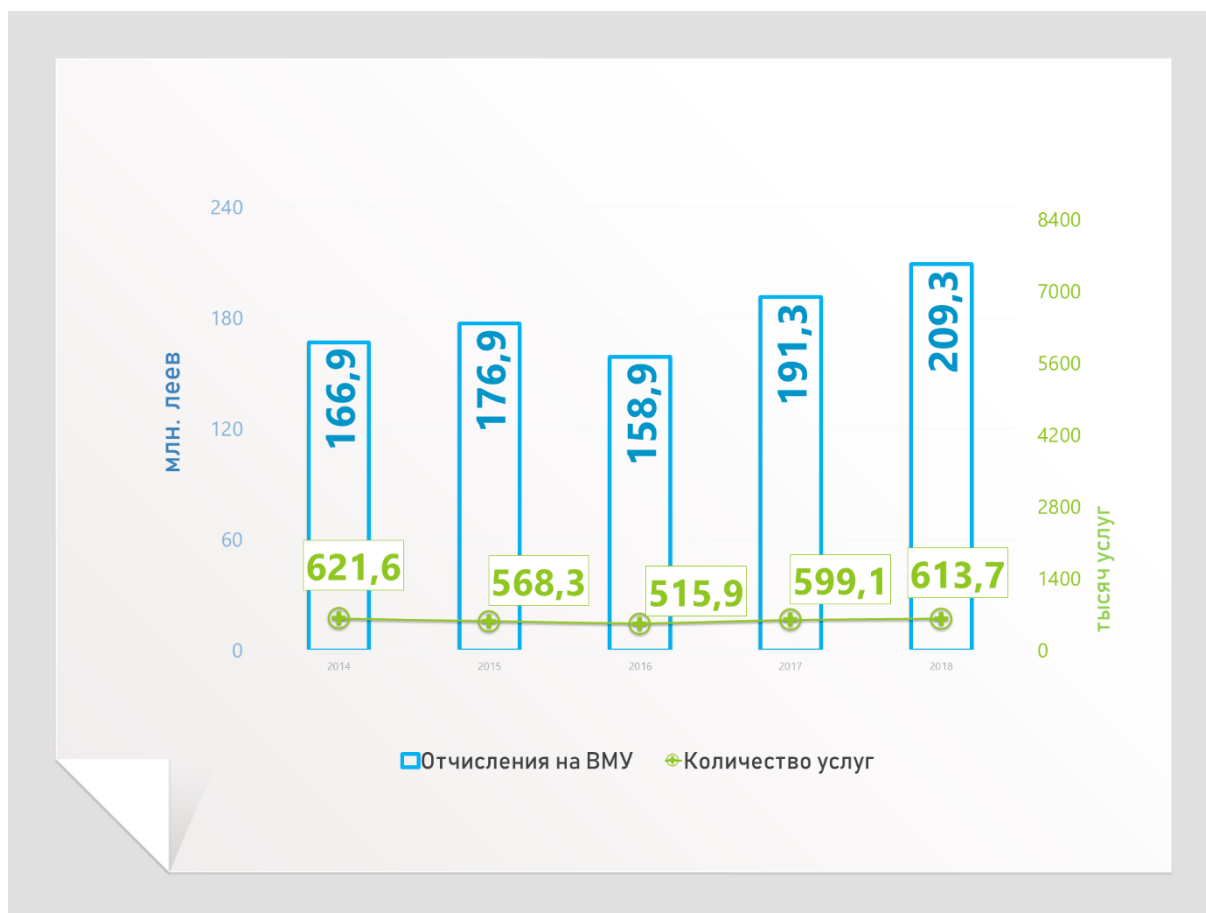


Рисунок № 26. Динамика отчислений на ВМУ и количества предоставленных услуг, 2014-2018 годы

Источник: данные Компании

В соответствии с анализом статистических данных и потребностями застрахованных лиц в высокоспециализированных медицинских услугах, в период 2016-2018 гг., наблюдается увеличение количества медицинских услуг, предоставляемых на основе высокоспециализированных технологий (таблица 16).

Таблица 16. Дорогостоящие высокоспециализированные услуги, предоставленные на основе высокоспециализированных технологий, 2016 - 2018 годы

Наименование группы услуг	количество исследований		
	2016	2017	2018
Ядерномагнитный резонанс	18 202	17 848	16 504
Компьютерная томография	32 890	34 724	40 646
Сцинтиграфия	7 549	7 425	7 398
Ангиография	3 375	2 952	3 062
Генетические исследования (определение РНК, ДНК патогенных микроорганизмов в биологическом материале)	42 622	74 260	62 959
Аортография	883	634	377

Коронароангиография	368	366	459
Ультразвуковая кардиография	9 605	20 385	21 816
Литотрипсия	181	356	479
Диагностическая эндоскопия	863	10 365	13 688

Источник: данные Компании

В целях реализации Программы противовирусного лечения хронических вирусных гепатитов В,С,D и циррозов печени для обеспечения доступности застрахованных лиц к высокоспециализированным медицинским услугам были заключены договора с пятью медицинскими учреждениями на сумму свыше 23 миллионов леев на предоставление 23 073 услуг.

Коммунитарные медицинские услуги и уход на дому

Услуги по медицинскому уходу на дому, предоставляются авторизованными и законтракованными поставщиками, застрахованным лицам, в случаях выраженной формы хронических заболеваний (последствия церебрального инсульта, заболевания в терминальной стадии, переломы шейки бедренной кости и т.д.) и/или после серьезного хирургических вмешательств, в соответствии с рекомендациями семейного врача и профильного врача-специалиста отделений стационарной и амбулаторной медицинской помощи. Финансовое обеспечение данного вида услуг позволило повысить уровень доступности для пожилых и одиноких лиц, а также, для лиц с ограниченными возможностями к этому типу медико-социальной помощи, рекомендованной Всемирной Организацией Здравоохранения.

Для лиц, имеющих определенную степень зависимости и ограниченные возможности, которые затрудняют посещение медицинских учреждений, было законтрактировано 148 медико-санитарных учреждений (136 публичных медико-санитарных учреждений и 12 частных) с целью предоставления услуг по коммунитарным медицинским услугам и услугам на дому в сумме свыше 57,0 миллионов леев. За отчетный период было осуществлено более 71 тыс. посещений.

Также, мобильной бригадой было предоставлены 18 400 посещений паллиативного медицинского ухода на дому, стоимость которых составила свыше 3 миллионов леев. Средняя стоимость одного посещения медицинского ухода на дому составила 149 леев по сравнению с запланированной стоимостью 115 леев.

В рамках данного типа медицинской помощи также были включены и услуги, связанные с психическим здоровьем. Так, для предоставления коммунитарных услуг, связанных с психическим здоровьем, Компания заключила договора на сумму 24,5 миллиона леев с 40 медико-санитарными учреждениями, и в течение года было осуществлено 265 068 посещений.

Кроме того, в рамках оказания коммунитарных медицинских услуг по паллиативному уходу и по уходу на дому были заключены договора с Центрами здоровья дружественных молодежи (ЦЗДМ). Заключение договоров с данными центрами направлено на снижение заболеваемости болезнями передающимися половым путем и ВИЧ, уменьшение количества случаев нежелательной беременности и абортов, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем, психо-эмоциональных расстройств среди молодежи. Компания заключила договора с 41 ЦЗДМ на общую сумму более 22 миллионов леев, что на 1,9 миллиона леев больше, чем в предыдущем году (20,5 миллиона леев).

Компенсированные медикаменты

Обеспечение пациентов безопасными, экономически выгодными и качественными компенсируемыми медикаментами, увеличение количества бенефициаров путем пополнения списка новыми заболеваниями, остаются одними из главных приоритетов Компании.

В этом направлении затраты ФОМС на компенсируемые медикаменты составили около 508 миллионов леев, что на 19,5% больше, чем в 2016 г. (425 млн лей).

Увеличение объема ассигнований на компенсируемые медикаменты обусловлено увеличением количества бенефициаров, а также тем фактом, что был упрощен доступ к получению краткосрочного лечения с использованием компенсируемых медикаментов, предоставляемого в процедурных кабинетах, дневных стационарах и других учреждениях первичной медицинской помощи и/или медпомощи на дому, не требующей госпитализации в стационарных МСУ. Так, свыше 816 тыс. человек получили в течение отчетного года компенсируемые медикаменты (рисунок № 27).

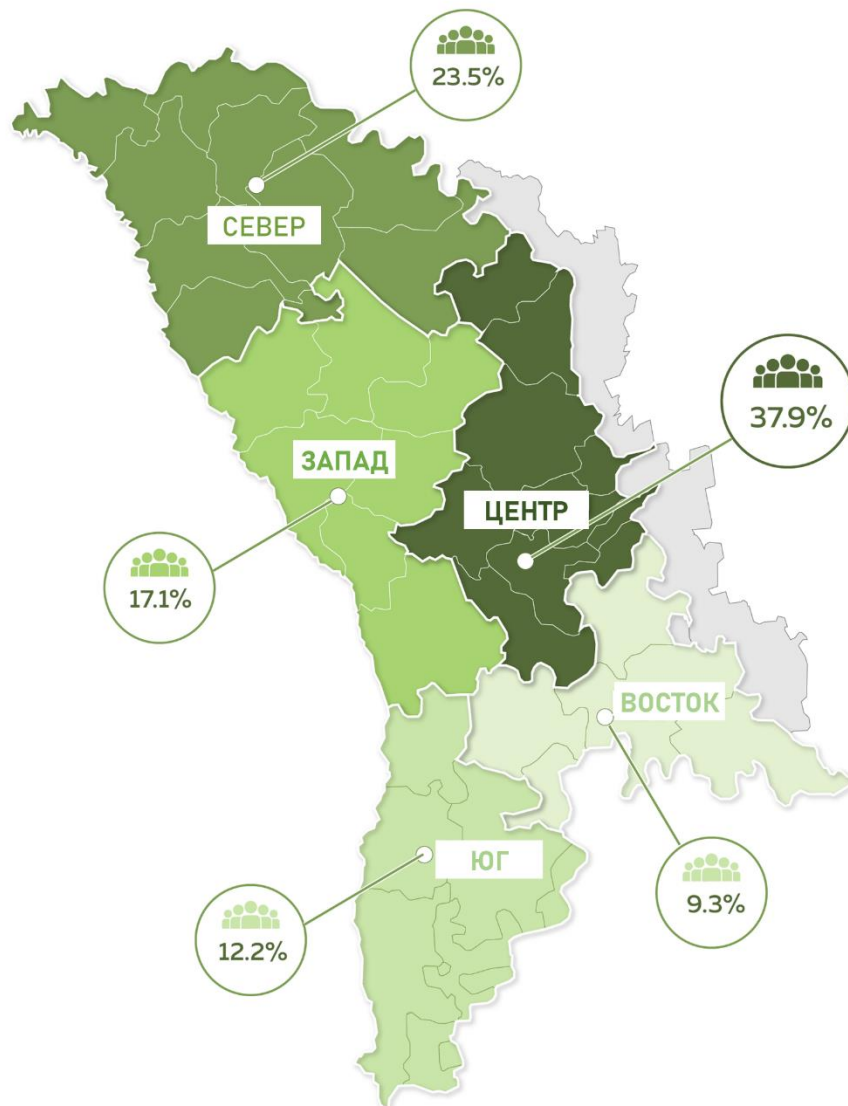


Рисунок № 27. Число лиц, получившие компенсируемые медикаменты в географическом распределении

Источник: данные Компании

В отношении расходов на одного бенефициара было установлено, что они незначительно увеличились с 620,4 лея в 2017 г. до 622,5 лея в 2018 году (рисунок № 28).



Рисунок № 28. Эволюция расходов на компенсируемые медикаменты в общей сумме и в пересчете на одного бенефициара, 2016-2018 годы

Источник: данные Компании

Законтрактованными фармацевтическими учреждениями были отпущены компенсируемые медикаменты на основании свыше 5 миллионов рецептов, что на 666,8 тыс. рецептов больше, чем в 2016 году. В результате снижения цен на медикаменты было зафиксировано снижение розничной цены компенсируемых медикаментов, отпускаемых по рецепту и, соответственно, был отмечен рост средней суммы компенсации за один рецепт. Так, средняя розничная цена за компенсируемые медикаменты уменьшилась с примерно 119 леев в 2017 году до 112 леев в 2018 году, а средняя сумма компенсации за один рецепт возросла до 96,6 леев, что является преимуществом для пациентов, с учетом расходов, понесенных на оплату медицинских услуг, обусловленным снижением расходов на компенсируемые медикаменты (рисунок № 29).

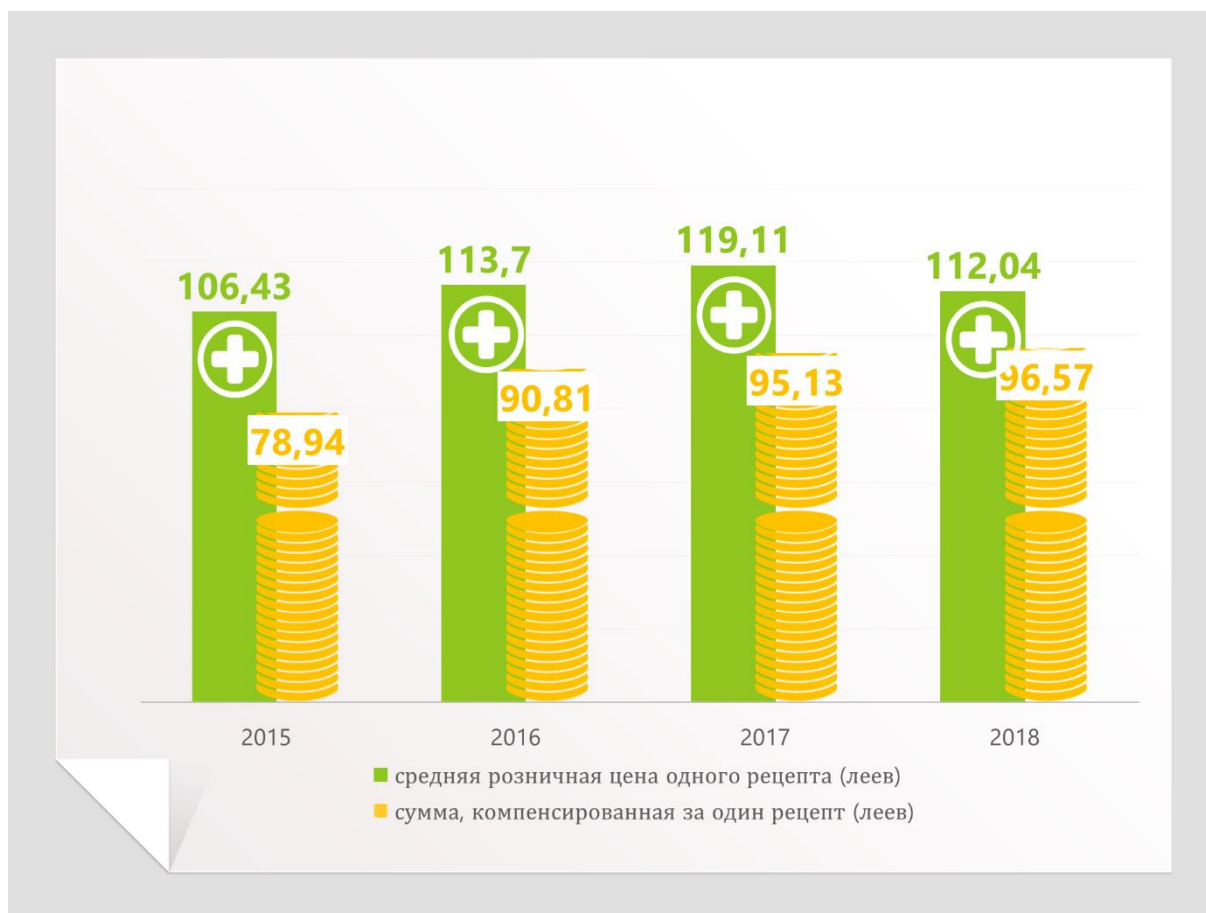


Рисунок № 29. Эволюция средней розничной цены и средней суммы компенсации за один рецепт, 2015-2018 годы

Источник: данные Компании

В течение последних трех лет список компенсируемых медикаментов был расширен до 88 международных непатентованных наименований (МНН) до 148 МНН. Соответственно, был также дополнен и перечень новых заболеваний, в него были включены обструктивная бронхопневмония, остеоартрит, ревматоидный артрит, подагра, депрессия, болезнь Альцгеймера.

В отношении структуры расходов на компенсируемые медикаменты, стоимость которых покрывается из средств ФОМС констатируем, что самая большая доля принадлежит препаратам, назначаемым в случае лечения хронических заболеваний — 82,8%, в частности, заболеваний сердечно-сосудистой системы и диабета. Таким образом, объем финансовых средств, выделенных на лечение болезней сердечно-сосудистой системы с использованием компенсируемых медикаментов, составил 215 миллионов леев, бенефициарами которых стали 431 646 пациентов, т.е. около 61% всех пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (707 579 человек) (рисунок № 30).

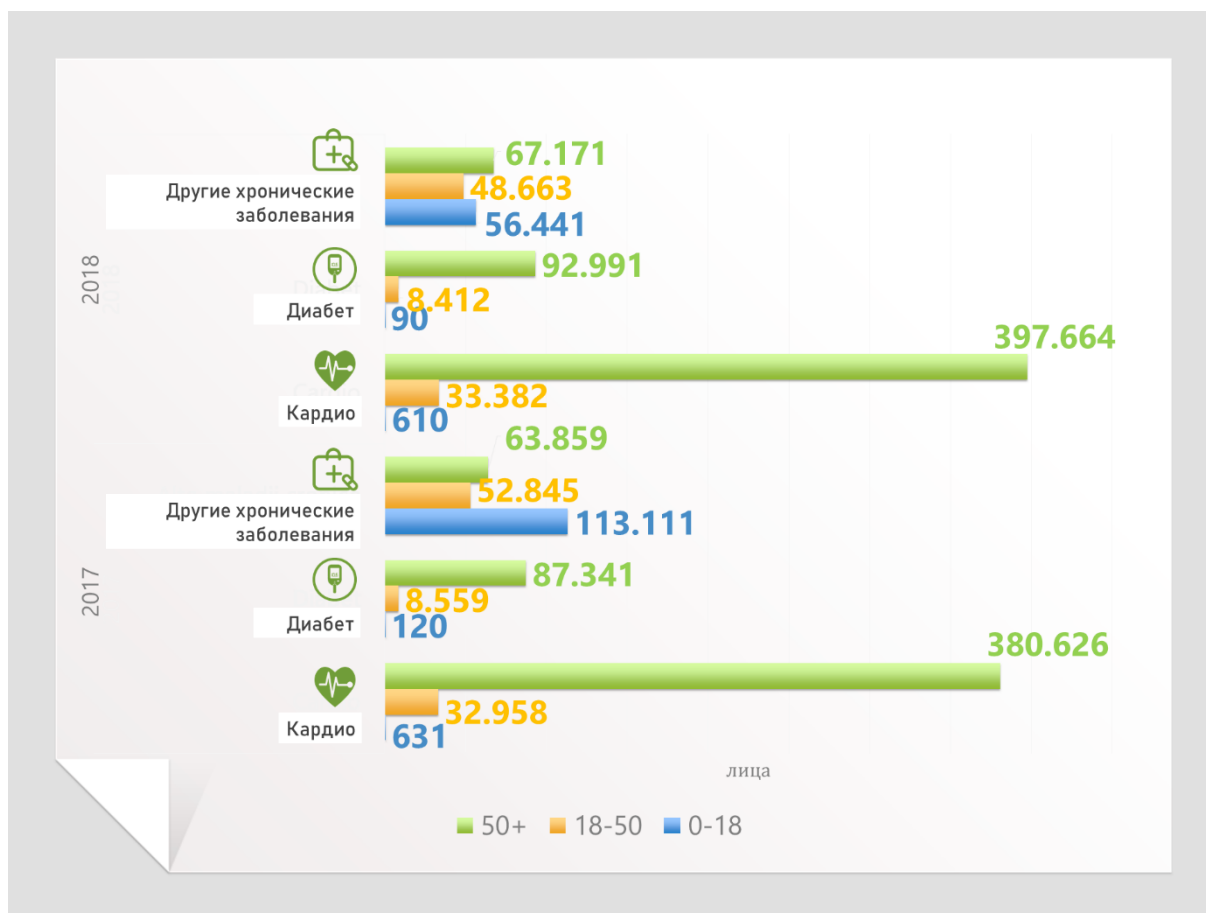


Рисунок № 30. Бенефициары компенсированных медикаментов в распределении по возрастным категориям, 2017-2018 годы

Источник: данные Компании

Затраты ФОМС на препараты, предназначенные для лечения сахарного диабета, составили в 2018 году 118,3 миллиона леев, а количество бенефициаров, получающих эти медикаменты, составляет 101 493 человека (рис. 31). Следует отметить, что в 2018 году расходы ФОМС на медикаменты, компенсируемые в полном объеме (100%), увеличились на 17%.

508 миллионов леев
выделенные в 2018 году на
компенсированные медикаменты

миллионы леев
расходы по типу заболеваний
■ 2016 год ■ 2017 год ■ 2018 год



Рисунок № 31. Расходы на компенсируемые медикаменты по типам заболеваний

Расходы фонда профилактических мероприятий

Фондом профилактических мероприятий были зарегистрированы расходы в сумме 11,8 миллиона леев, что почти в два раза превышает объем денежных средств, освоенных в предыдущем году (6 миллионов леев). Значительный рост соответствующих расходов вызван запуском в течение отчетного года новых проектов, направленных на реализацию профилактических мер (национальный проект «Врач для тебя»), а также принятием обязательств по выделению финансовых ресурсов на реализацию проектов по профилактике и предотвращению инфекционных заболеваний, которые ранее финансировались из средств Глобального фонда. Годовые расходы из фонда профилактических мероприятий в пересчете на душу населения составили 3,45 лея.

Из общей суммы понесенных расходов основная доля — 56,2%, приходится на расходы на проведение мероприятий по снижению рисков заболеваний, включая вакцинацию и другие меры первичной и вторичной профилактики, для этих целей были приобретены вакцины на общую сумму 6,6 миллиона леев. Вакцины были приобретены на основе сведений о потребности в них, сообщенных Национальным агентством общественного здоровья, а количество лиц из групп риска, которым была проведена вакцинация за счет средств ФОМС, составило 51,7 тыс. человек.

По части профилактических осмотров (скрининга) в целях раннего выявления заболеваний, финансовые средства в размере 1,7 миллиона леев были использованы для реализации проекта по проведению скрининга на уровне страны «Врач для тебя», направленного на раннее выявление туберкулеза (радиография грудной клетки в положении лежа на боку (decubitus) — было проведено 19 417 исследований и радиография грудной клетки в цифровом режиме — 2 620 исследований) и предраковых состояний и рака молочной железы (3 938 маммографических исследований).

Также были проведены другие мероприятия по профилактике и предотвращению рисков заболевания, среди которых следующие:

- проект «Профилактика ВИЧ и заболеваний, передающихся половым путем в среде потребителей инъекционных наркотических средств в мун. Бэлць на базе Стратегии снижения рисков» на сумму 414,7 миллиона леев;
- проект «Услуги по снижению рисков с точки зрения доступности и прозрачности» на сумму 400,7 тыс. леев;
- проект «Расширение доступа к услугам по снижению риска для РКС, МСМ, ПИН в Республике Молдова» на сумму 419,8 миллиона леев.

Кроме того, в целях профилактики и продвижения здорового образа жизни был проведен 151 образовательный семинар для социальных работников, среднего медицинского персонала, работающих в секторе ПМП, среднего медицинского персонала, из доуниверситетских учебных заведений, администраторов и педагогов доуниверситетских образовательных учреждений, других специалистов (психологов, работников полиции), в ходе которых прошли обучение в общей сложности 3 368 специалистов. Также были напечатаны и распространены на национальном уровне информационные материалы в рамках проекта «Компания по информированию и привлечению внимания населения Республики Молдова», направленного на стимулирование отказа от никотиновой зависимости и от злоупотребления алкоголем.

Эволюция расходов фонда профилактических мероприятий представлена на рисунке № 32.

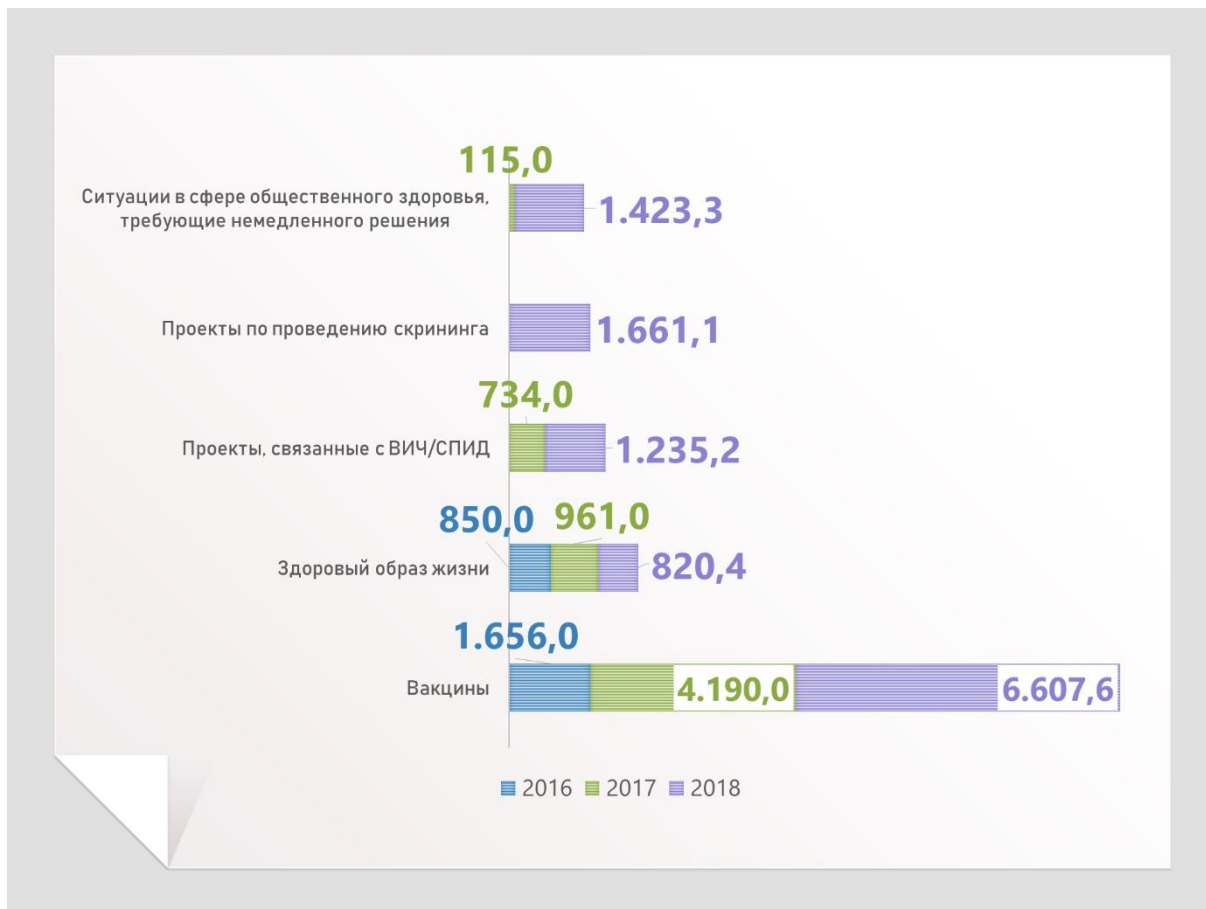


Рисунок № 32. Динамика расходов из Фонда профилактических мероприятий, 2016-2018 годы (тыс. леев)

Источник: данные Компании

В заключение констатируем наличие положительной динамики, прослеживаемой из года в год в отношении реализации комплекса профилактических мер, улучшения и повышения эффективности доступа населения к специфическим медицинским услугам.

Расходы фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг

Приоритеты в финансировании из Фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг, установленные Координационным советом по разработке и внедрению механизмов планирования средств из фонда развития на 2018 год, были следующими:

- укрепление стационарной медицинской помощи;
- укрепление первичной медицинской помощи путем создания привлекательных условий деятельности в новых условиях, в том числе для молодых специалистов, при поддержке и участии органов местного публичного управления;
- укрепление и инвестирование в национальный потенциал в области профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний посредством поддержки механизмов и инструментов приближения услуг по профилактике и раннему выявлению к пациентам, в том числе в сельской местности.

В течение отчетного года, в результате организации двух конкурсов по отбору проектов, были подписаны контракты на финансирование 40 инвестиционных проектов, из которых не были профинансированы только два проекта из-за невозможности учреждений-бенефициаров освоить средства по контракту до конца года.

Из всех проектов, финансирование которых было осуществлено в течение отчетного года, 24 проекта предполагали выполнение ремонтных работ в ПМСУ, семь проектов, — снабжение ПМСУ современными медицинскими приборами и медицинским оборудованием, семь проектов по выполнению строительных работ, один проект был направлен на разработку системы унифицированной диспетчерской системы для неотложной догоспитальной медицинской помощи, один проект был ориентирован на приобретение мобильных комплексов для радиографических исследований грудной клетки и молочной железы в цифровом формате (Онкологический институт).

В 2018 году из фонда по развитию были осуществлены расходы на общую сумму свыше 38 миллионов леев, что приблизительно на два миллиона леев меньше утвержденной суммы, выполнение этого фонда было осуществлено на уровне 95,3%. Годовые расходы из фонда по развитию в пересчете на душу населения составили 11,2 лея.

Основная часть расходов в размере 21,6 миллиона леев была направлена на приобретение основных средств, в том числе: 15,0 миллионов леев было выделено Онкологическому институту на приобретение мобильных комплексов для радиографических исследований грудной клетки и молочной железы в цифровом формате; 783,9 тыс. леев на разработку системы унифицированной диспетчерской системы для неотложной догоспитальной медицинской помощи (служба 112) и 5,8 миллионов леев на оснащение медицинских учреждений современным медицинским оборудованием и медицинскими устройствами.

Реализация проекта по приобретению трех маммографов и одного пульмонографа играла ведущую роль в реализации проекта по скринингу на национальном уровне "Врач для тебя", направленного на выявление туберкулеза и предраковых состояний и рака молочной железы, в рамках которого свыше 22 тыс. лиц прошли пульмонологический скрининг, а около 4 тыс. женщин прошли скрининг молочной железы.

Проект разработки системы унифицированной диспетчерской системы для служб неотложной догоспитальной медицинской помощи заключался в закупке основных средств (компьютеры, мониторы, сервер, принтеры, коммуникационные гарнитуры, сетевые коммутаторы и коммутаторы интернет-сети, генератор, аппараты, коммутаторы сети и интернет-коммутаторы, генератор, система хранения). Приобретенные основные средства были введены в эксплуатацию и распределены по подразделениям неотложной догоспитальной медицинской

помощи, в результате чего время ожидания ответа оператора сократилось на 10 секунд, а продолжительность одного вызова уменьшилась до 40 секунд.

Проект по оснащению машин скорой помощи для эффективных и быстрых вмешательств в чрезвычайных ситуациях в случаях заболеваний сердечно-сосудистой системы заключался в оснащении машин скорой помощи высокопроизводительным оборудованием для вмешательств в экстренных кардиологических случаях (ЭКГ, внешний дефибриллятор, пульсоксиметр, инфузионный насос со шприцем, аспиратор для скорой помощи), которое было закуплено в размере 50 единиц каждого типа. Приобретенные медицинские приборы были распределены среди станций скорой медицинской помощи (ССМП), функционирующих на всей территории страны. Таким образом, в результате реализации этого инвестиционного проекта вырос технический потенциал станций СМП за счет предоставления эффективной и быстрой помощи в случае острых кардиологических состояний за счет оснащения машин скорой помощи современным оборудованием.

Расходы резервного фонда

Финансовые средства, накопленные в резервном фонде ОМС и предназначенные для реализации Подпрограммы «Управление резервным фондом ОМС», используются для следующих целей:

- покрытие дополнительных расходов, связанных с заболеваниями и экстренными случаями, средняя годовая доля которых превышает среднюю величину, выведенную на основе расчета Единой программы на соответствующий год;
- компенсация разности между фактическими расходами на оплату текущих медицинских услуг и суммой взносов, накопленных в основном фонде (доходов будущих периодов).

В 2018 году в резервном фонде ОМС были предусмотрены финансовые средства в размере 15 миллионов леев, однако соответствующие средства не были использованы по причине того, что в течение отчетного года не было ситуаций, требовавших финансирования из резервного фонда ОМС.

Расходы фонда управления

На расходы фонда управления системой страхования, согласно нормативу, установленному законодательством, предусматривается направление до 2,0% доходов, поступивших на единый счет Компании. В то же время, на протяжении ряда лет, в том числе и в последние пять лет, доля этих расходов не превышала уровень 1,4% (максимальный уровень зарегистрированный в 2015 году) от поступивших доходов. За отчетный год доля расходов из фонда управления системой страхования составила 1,13% от доходов, поступивших в ФОМС, что на 0,04 процентных пункта ниже по сравнению с уровнем, зафиксированном в 2017 г. (1,17%), и на 0,27 процентных пункта — по сравнению с уровнем, зарегистрированным в 2015 году (1,40%).

Графическая иллюстрация эволюции доли расходов из фонда управления на протяжении последних пяти лет представлена на рисунке № 33.

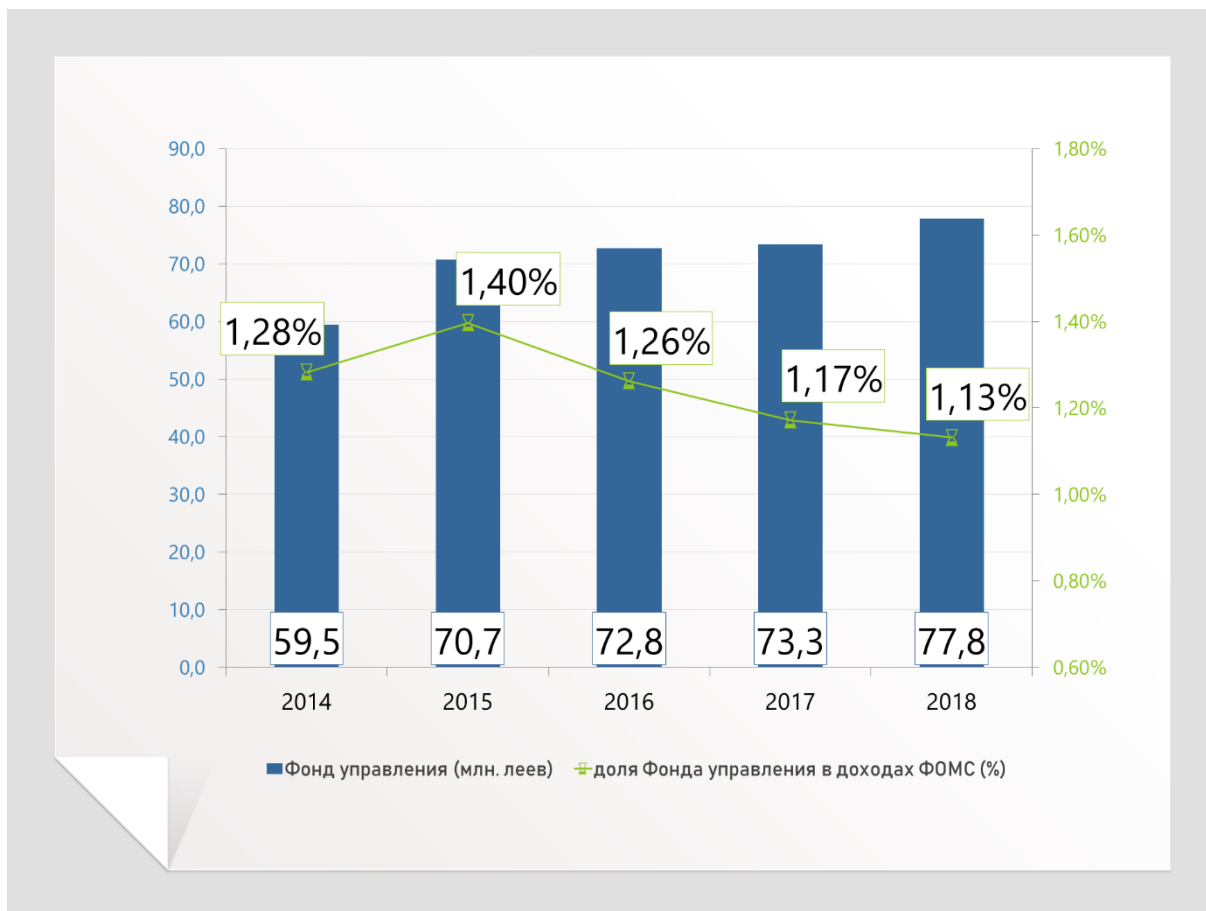


Рисунок № 33. Эволюция доли расходов из фонда управления системы страхования в доходах ФОМС, 2014-2018 годы

Источник: данные Компании

Расходы фонда управления системой страхования были реализованы в размере **77,8 миллионов леев**, что на 995,5 тыс. леев меньше, чем было запланировано на год, неполная реализация обусловлена преимущественно неполным исполнением расходов на персонал в размере 929,3 тыс. леев. По сравнению с 2017 годом расходы фонда управления выросли на 4,5 млн. леев, или на 6,2%. Подробное описание выполнения фонда управления по статьям расходов представлено в таблице 17.

Таблица 17. Структура расходов фонда управления, 2017-2018 годы

(тыс. леев)

Наименование	Выполнено в 2017 году	По уточненному плану, на 2018 г.	Выполнено в 2018 году	Выполнено по сравнению с уточненным планом	Выполнено в 2018 г. по сравнению с 2017 г.
Расходы и нефинансовые активы	73 319,0	78 837,9	77 842,4	98,7%	106,2%
Расходы	69 473,2	77 002,3	76 015,1	98,7%	109,4%
<i>в том числе:</i>					
расходы на персонал	58 796,7	61 412,4	60 483,1	98,5%	102,9%
товары и услуги	10 179,6	14 359,9	14 325,6	99,8%	140,7%
социальные пособия	496,9	1 230,0	1 206,4	98,1%	>200%
прочие расходы	0,0	0,0	0,0		
Нефинансовые активы	3 845,8	1 835,6	1 827,3	99,5%	47,5%
<i>в том числе:</i>					
основные средства	2 704,9	761,0	756,5	99,4%	28,0%
запасы оборотных средств	1 140,9	1 074,6	1 070,8	99,6%	93,9%

Источник: данные Компании

Основная доля в общей сумме расходов фонда управления системы страхования приходится на расходы на персонал — 77,8%, за ними следуют расходы на приобретение товаров и услуг — 18,4%, далее — расходы на социальные выплаты — 1,5%, расходы на запасы оборотных материалов — 1,3% и расходы на приобретение основных средств — 1,0%.

Расходы на приобретение товаров и услуг, исчисляемые в размере 14,3 миллиона леев, включают: расходы на проведение информационных кампаний по информированию населения в отношении системы страхования, расходы на издательские услуги (печать бланков рецептов на компенсируемые медикаменты и информационных материалов для коммуникационных кампаний, направленных на информирование о правах и обязанностях в системе страхования), расходы на коммунальные услуги, на поддержание и развитие информационной системы и т.д.

Для закупки нефинансовых активов, доля которых составила 2,3% средств фонда управления ФОМС, было затрачено 1,8 миллиона леев, в том числе на основные средства — 756,5 тыс. леев и на оборотные материалы — 1,1 миллиона леев.

На конец отчетного года штатный состав персонала включал 295 единиц, включая технический персонал, из которого 279,5 единиц составляли занятые должности. Расходы на заработную плату работников составили 47,9 миллиона леев, а размер среднемесячной заработной платы исчислялся в размере (начисленная заработная плата) — 13 938,9 лея.

В течение года 203 сотрудника прошли образовательные курсы, которые были оплачены в сумме 48,6 тыс. леев. В рамках образовательных курсов рассматривались темы, ориентированные на: государственные закупки и управление коррупционными рисками, внутренний государственный финансовый контроль, трудовое законодательство, профилактические меры, управление конфликтами и коммуникация.



НЕДОСТАТКИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ В УПРАВЛЕНИИ РЕСУРСАМИ ФОМС

ВЫЯВЛЕННЫЕ НЕДОСТАТКИ

В целях мониторинга объема и качества оказываемых медицинских услуг и управления финансовыми средствами было проведено свыше 270 мероприятий по оценке у поставщиков медицинских и фармацевтических услуг, включая тематические оценки, оценки по ревалидации случаев в системе DRG, а также внезапные проверки по результатам рассмотрения обращений (рисунки № 34) и т.д.

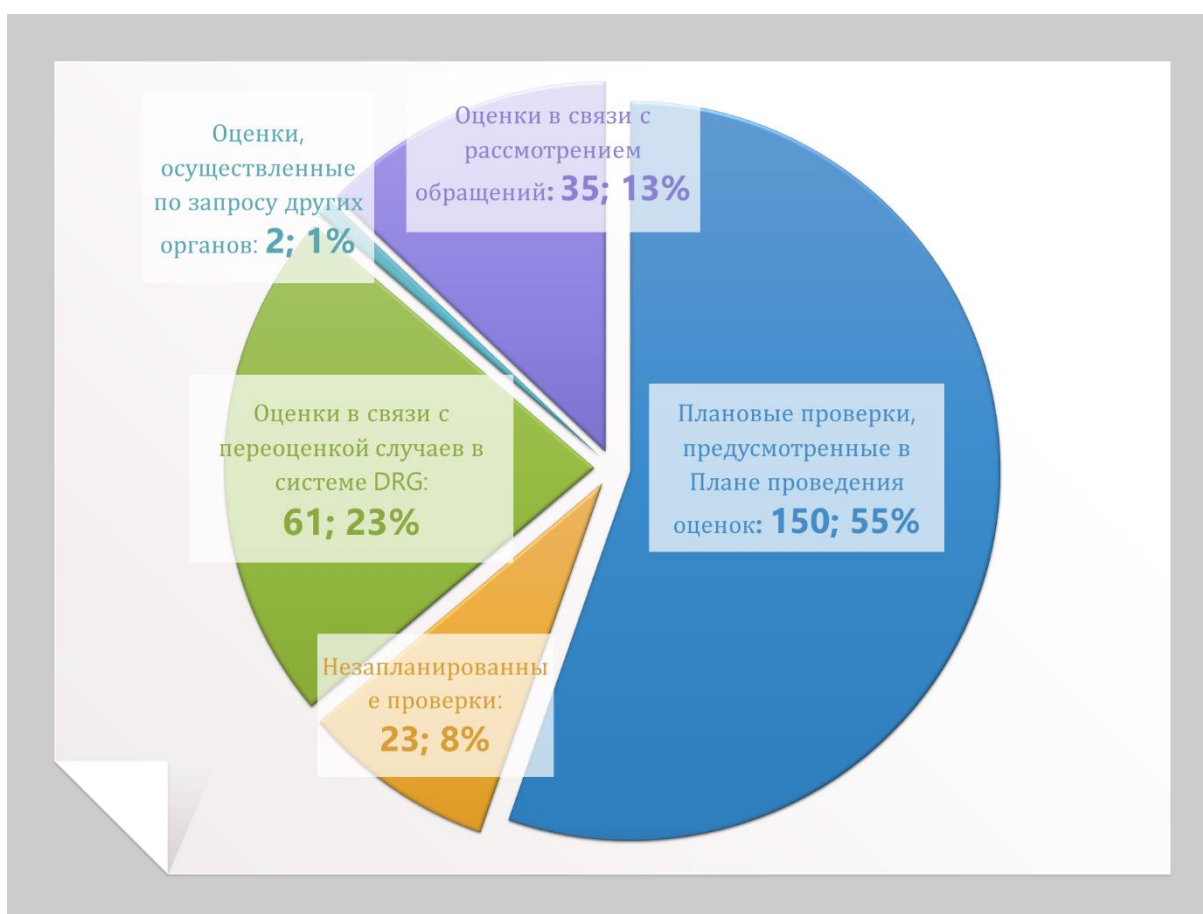


Рисунок № 34. Структура мероприятий по оценке качества оказанных медицинских услуг и оценке качества управления фондами в течение 2018 года

Источник: данные Компании

В течение отчетного периода из 437 законтрактованных МСУ была проведена оценка 192 МСУ (44%), в ходе проверок был выявлен ряд нарушений и, соответственно, были признаны недействительными услуги, ненадлежащим образом отраженные в отчетности, и медицинские услуги, не соответствовавшие установленному уровню требований к объему и качеству на сумму свыше 8,0 миллионов леев (0,3%) из 2 485 миллионов леев, выделенных на соответствующие цели. Также было констатировано неисполнение минимальной квоты на параклинические медицинские услуги, обязательные на уровне ПМП и САМП, в количестве свыше 1 миллиона леев.

Тем не менее, анализ в динамике услуг, признанных недействительными, отражает в целом тенденцию к снижению их объема по сравнению с предыдущим годом. В то же время, увеличивается объем услуг, признанных недействительными в рамках первичной медицинской помощи, их стоимость составила 5,2 миллиона леев, т.е. был зафиксирован рост на 17,7% (таблица 18).

Таблица 18. Динамика сумм по невалидированным медицинским услугам, 2017-2018 годы

Медицинские услуги	2017		2018	
	тыс. леев	%	тыс. леев	%
Первичная медицинская помощь	4 391,0	34,4 %	5 169,1	56,9 %
Специализированная амбулаторная медицинская помощь	1 858,8	14,6 %	765,0	8,4 %
Стационарная медицинская помощь	5 753,9	45,1 %	2 665,7	29,3 %
Высокоспециализированные медицинские услуги	751,9	5,9 %	489,2	5,4 %
ИТОГО	12 755,6	100,0%	9 089,0	100,0 %

Источник: данные Компании

Причины, по которым медицинские услуги в рамках первичной медицинской помощи и специализированной амбулаторной медицинской помощи не признаются валидированными, сводятся преимущественно к нерегламентированной выдаче рецептов на компенсируемые медикаменты — около 24% от всех невалидированных случаев; предоставление недостоверных данных в отчетах о показателях эффективности — 39%; несоблюдение минимальной квоты на параклинические услуги — 21% и т.д. В стационарной медицинской помощи признание невалидированных случаев обусловлено такими нарушениями, как необоснованная госпитализация, предоставление ошибочных данных в отчетности, случаи предоставления лечения ниже требуемого уровня по объему и по качеству и т.д.

В результате аудита кодирования в стационарных медицинских учреждениях, где был проведен аудит кодирования, было выявлено, что примерно в 20% оцененных случаев основной диагноз был установлен неправильно. В отношении вторичной диагностики было выявлено, что неправильный диагноз был установлен в более чем в 6% проверенных случаев и еще в 40% случаев кодирование было избыточным, поскольку вторичный диагноз в этих случаях кодированию не подлежал.

Также, 53,0% из пролеченных случаев были распределены в другую диагностическую группу DRG, их доля для различных учреждений варьировалась от 34% до 74%. В совокупности, индекс сложности (ИС) для проверенных случаев уменьшился с 2,4342 до 1,5995 или на 34,3%. Финансовые последствия, вызванные несоблюдением стандартов и правил кодирования, в частности, избыточным кодированием вторичных диагнозов, исчисляются в сумме свыше 941 тыс. леев. Результаты аудита кодирования указывают на наличие недостатков и нарушений в большинстве предоставленных услуг, чем вменяется необходимость усиления аудита кодирования и внедрения клинического аудита, с тем чтобы было возможным проведение большего количества аудиторских проверок и, соответственно, выявление большего количества пробелов и причин их появления.

В рамках оценки законности и эффективности использования финансовых средств МСУ были выявлены нарушения, касающиеся их использования в целях иных, чем предусмотренные в Единой программе и двустороннем договоре с Компанией, на общую сумму 4 708,5 тыс. леев. Одновременно, на сумму отвлеченных средств были начислены пени в размере 904,8 тыс. леев.

Оценка объема и качества медицинских услуг, предоставляемых в законтрактованных медицинских учреждениях, а также оценки и качества управления финансовыми средствами, указывает на повторение от года к году одних и тех же недостатков и нарушений. Среди наиболее часто встречающихся нарушений, установленных в отчетном периоде, фигурируют следующие:

- отсутствие или недостаточность у медицинского персонала знаний о законодательных и нормативных актах, регулирующих функционирование системы страхования;
- отсутствие знаний в области финансового менеджмента и неэффективное управление финансовыми ресурсами, предоставляемыми в распоряжение ответственными лицами;
- использование средств ФОМС не по назначению, в целях, не связанных с выполнением контракта и с реализацией Единой программы;
- несоблюдение условий контракта поставщиками медицинских услуг;
- неправильное планирование МСУ объема потребности в медикаментах и, соответственно, отсутствие регулярного обеспечения медикаментами в необходимом объеме и ассортименте;
- составление финансовых сводок с несоблюдением стандартов, действующих в области, и несоблюдением предписанных к выполнению требований и сроков;
- ограничение доступа к медицинским услугам, включенным в Единую программу, в результате отсутствия контрактов с другими МСУ или неисполнения условий контрактов, заключенных с другими МСУ, в случае отсутствия собственных услуг и, в некоторых случаях, вменение предоставления соответствующих услуг за оплату;
- нарушения в процессе начисления и выплаты надбавок к заработной плате;
- начисление и выплата заработной платы персоналу, деятельность которого не связана с реализацией Единой программы;
- недостаточное обеспечение МСУ медикаментами и расходными материалами;
- взимание оплаты за медицинские услуги, включенные в Единую программу;
- использование средств ФОМС, вопреки утвержденной смете доходов и расходов, для других целей, не связанных с реализацией Единой программы;
- несоблюдение нормативов по материальным запасам, предусмотренных действующих нормативных актах и т.д.;
- предоставление медицинских услуг на уровне ниже требуемого объема и качества;
- несоблюдение требований национальных клинических протоколов и медицинских стандартов в схемах диагностики и лечения;
- неправильное кодирование основного и вторичного диагноза.

В течение года в результате проведенных проверок МСУ, допустившими нарушения, были возмещены за счет иных доходов, помимо средств, поступивших от ФОМС, финансовые средства в размере свыше 4 миллионов леев, а также перечислены начисленные пени на сумму 466,4 тыс. леев.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОДПРОГРАММ РАСХОДОВ ФОМС

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОДПРОГРАММ РАСХОДОВ ФОМС

Расходы за отчетный год были включены в программу «Общественное здоровье и медицинские услуги» и структурированы по 10 подпрограммам, среди которых были установлены приоритеты в отношении использования ресурсов ФОМС на основе целей, задач и показателей оценки их эффективности.

Результативность исполнения подпрограмм расходов определялась по степени реализации стратегических направлений и задач, включенных в Стратегию институционального развития Компании на 2016-2020 годы и в планы деятельности учреждения, которые относились, в целом, к консолидации системы здравоохранения в Республике Молдова, в том числе путем укрепления системы ее финансирования.

Детальный анализ показателей эффективности, относящихся к выполнению подпрограмм расходов ФОМС в соотношении с задачами, намеченными для выполнения, выявляет как ряд реальных достигнутых результатов, так и некоторые резервы, подлежащие реализации в будущем. В то же время, отмечается необходимость пересмотра и корректировки некоторых показателей результативности таким образом, чтобы они стали более реалистичными и доступными для внедрения.

Ниже представлены сведения об уровне достижения показателей результативности в распределении по подпрограммам, а также соответствующие разъяснения в отношении зафиксированных отклонений.

Подпрограмма 80 02 «Управление фондами обязательного медицинского страхования»

Цель: Фонды обязательного медицинского страхования управляются способом, эффективным для гарантирования доступа застрахованного населения к услугам здравоохранения, предусмотренным Единой программой обязательного медицинского страхования.

Задачи:

- Повышение уровня удовлетворенности бенефициаров системы страхования услугами Компании на 1% в 2020 году по сравнению с 2017 г.
- Увеличение степени охвата ОМС на 2% в 2020 году по сравнению с 2017 г.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Для осуществления мероприятий, включенных в Стратегию институционального развития на 2016-2020 годы и достижения целей развития Компании важным показателем является определения степени / уровня удовлетворенности бенефициаров предоставляемыми услугами. В связи с этим в период с сентября по декабрь 2018 года при финансовой поддержке со стороны Всемирной Организации Здравоохранения Независимой информационно-социологической службой "Opinia" было проведено

исследование, посвященное изучению степени удовлетворенности бенефициаров системой здравоохранения, в том числе и услугами Компании. Исследование было выполнено в целях изыскания и внедрения мер, которые могли бы консолидировать потенциал Компании в направлении анализа уровня удовлетворенности бенефициаров предоставляемыми услугами, стратегического планирования и возможных путей повышения уровня доверия действующих бенефициаров медицинских услуг, а также и привлечения в систему потенциальных (новых) бенефициаров. Согласно результатам исследования, 88,1% респондентов отметили, что они удовлетворены предоставленными услугами, отношением, проявленным к ним персоналом учреждения, в котором они проходили лечение, соблюдением конфиденциальности, а также количеством времени, уделенного каждому бенефициару.

2. Степень охвата ОМС в 2018 году составила 88,2%, то есть возросла по сравнению с 2017 г. (86,9%), на 1,3 процентных пункта.
3. Доля бюджета, выполненного Компанией по сравнению с уточненным планом составила 99,7%, этот показатель был утвержден на уровне 99,0%.
4. Количество положительных оценок в социальных сетях возросло на 9,1%, т.е. практически в соответствии с планом.

продукт:

5. В течение 2018 года было заключено 437 контрактов с поставщиками медицинских услуг, в плане было предусмотрено заключение контрактов с 435 поставщиками.
6. Была организована информационная кампания, в соответствии с запланированными показателями.
7. Количество положительных оценок в социальных сетях составило 2 413, или на 113 больше, чем было предусмотрено в плане.
8. Количество оценок МСУ составило 271, из которых запланированы были 150, а 121 внезапные (рассмотрение жалоб, переоценка случаев DRG, другие).

эффективность:

1. Расходы из средств ФОМС на одного пациента, зарегистрированного у семейного врача, составили 1 983,5 лея, или на 0,5 лея больше, чем планировалось.
2. Средняя стоимость информационной кампании составила 482,3 тыс. леев, т.е. в соответствии с запланированным уровнем.

Заключение: Степень реализации задач является удовлетворительной, при этом выявлены определенные резервы, которые следует задействовать в рационально обоснованные сроки.

Подпрограмма 80 05 «Первичная медицинская помощь»

Цель: Доступ к качественным услугам первичной медицинской помощи для всех граждан.

Задача:

- Обеспечение доступа к качественным медицинским услугам ПМП для всех граждан.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Доля суммы, зарегистрированной в контрактах на основе показателей эффективности, в общей сумме, на которую были заключены контракты, составила 15%, как и было предусмотрено планом. Основная цель системы поощрений за эффективность, используемой в секторе первичной медицинской помощи, заключается в решении основных проблем общественного здоровья путем предоставления услуг профилактической медицины, услуг по ранней диагностике и услуг по мониторингу отвечающего требованиям лечения и возможных осложнений, преимущественно для хронических заболеваний.
2. Доля семейных врачей, за которыми закреплены до 2000 пациентов, составила 75,8% по сравнению с предусмотренным уровнем 80%. Такой разрыв объясняется недостатком семейных врачей на местах по сравнению с установленными нормативами.
3. Доля профилактических посещений семейного врача составила 35,1% по сравнению с запланированными 33,3%.

продукт:

1. Общее количество посещений семейного врача составило 10 366 898, по сравнению с запланированным количеством 10 800 000, т.е. на 4,0% меньше.
2. Количество профилактических визитов к семейному врачу составило 3 638 107, т.е. на 1,1% больше, чем запланированный показатель, что отражает повышение уровня озабоченности населения в отношении профилактики заболеваний, которые могут оказать негативное влияние на здоровье.
3. Количество семейных врачей, за которыми закреплено менее 2 000 человек, составила 1 395 человек, или на 7% меньше, чем планировалось (1 500), что объясняется нехваткой семейных врачей на местах.

эффективность:

1. Расходы ФОМС на ПМП на душу населения среди лиц, зарегистрированных у семейного врача, составили 405 леев, что соответствует запланированному показателю.
2. Средняя стоимость одного посещения составила 139,2 лея, или на 4,6% больше по сравнению с запланированным показателем (127,1 лея).

Заключение: Уровень достижения перечисленных показателей отражает позитивную динамику в достижении задачи. Вместе с тем, были выявлены и определенные резервы, обусловленные, преимущественно, нехваткой на местах семейных врачей по сравнению с установленными нормативами.

Подпрограмма 80 06 «Специализированная амбулаторная медицинская помощь»

Цель: Доступ к качественным специализированным амбулаторным медицинским услугам для застрахованных лиц.

Задачи:

- Обеспечение доступа не менее чем к 20 специализированным амбулаторным услугам, предоставляемым МСУ, функционирующими в районах РМ.
- Увеличение количества посещений в условиях амбулатории на одно застрахованное лицо.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Доля МСУ, предоставляющих не менее 20 специализированных амбулаторных услуг, составила 41,5%, т.е. в соответствии с запланированным уровнем.
2. Доля МСУ, в которых выросло количество посещений в амбулаторных условиях на одно застрахованное лицо, составила 44,7% по сравнению с запланированными 44%.

продукт:

1. 17 МСУ предоставляли не менее 20 амбулаторных специальностей, что соответствует запланированному уровню.
2. Число посещений в амбулаторных условиях составило 6 704 190, или на 2,0% больше по сравнению с запланированным показателем (6 575 000).

эффективность:

1. Средние расходы ФОМС на специализированную амбулаторную медицинскую помощь в пересчете на одно застрахованное лицо, зарегистрированное у семейного врача, составили 224,4 лея, или на 11,2% больше, чем первоначально утвержденная сумма (201,7 лея). Увеличение соответствующих расходов было законодательно закреплено внесением поправок в Закон о ФОМС на 2018 год.
2. Средняя стоимость одного приема у врача-специалиста составила 75,3 лея, что на 6,3 лея больше, чем запланированная стоимость (69 леев).

Заключение: Задача по увеличению количества посещений в амбулаторных условиях на одно застрахованное лицо к концу 2018 года была выполнена. Задача по обеспечению доступа не менее чем к 20 специализированным амбулаторным услугам, предоставляемым МСУ, функционирующими в районах РМ, не была реализована в полном объеме в связи с отсутствием на местах врачей-специалистов. Тем не менее, этот показатель был улучшен по сравнению с предыдущим годом.

Мониторинг деятельности законтрактованных поставщиков специализированной амбулаторной медицинской помощи показывает продолжающийся рост как количества консультационных визитов, так и объема денежных средств, выделяемых из ФОМС.

Подпрограмма 80 08 «Коммунитарный медицинский уход и уход на дому»

Цель: Доступ к услугам по коммунитарному медицинскому уходу и уходу на дому, предоставляемым МСУ застрахованным лицам, которые в них нуждаются.

Задача:

- Увеличение количества услуг по коммунитарному медицинскому уходу и уходу на дому, предоставляемых застрахованным лицам, которые в них нуждаются.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Доля МСУ, в которых был зарегистрирован рост, по сравнению с предыдущим годом, количества медицинских услуг на дому, предоставляемых застрахованным лицам, которые в них нуждаются, составил 18,2% по сравнению с запланированным показателем 50%.

продукт:

1. Количество МСУ, в которых был зарегистрирован рост, по сравнению с предыдущим годом, количества медицинских услуг на дому, предоставляемых застрахованным лицам, составило 27, или на 44 меньше, чем было запланировано (71).
2. Компания заключила контракты со 148 поставщиками коммунитарных медицинских услуг и услуг на дому.
3. Количество посещений в целях ухода на дому составило 71 685, или на 13 115 меньше, чем планировалось (84 800). В то же время, по сравнению с 2017 г. количество посещений в целях осуществления медицинского ухода на дому (64 437) увеличилось на 11,2%.

эффективность:

1. Средняя стоимость одного посещения в целях медицинского ухода на дому составила 149 леев, или на 34 лея больше запланированной (115 леев).

Заключение: Задачи были выполнены.

Подпрограмма 80 09 «Неотложная догоспитальная медицинская помощь»

Цель: Повышение качества услуг, предоставляемых в рамках неотложной догоспитальной медицинской помощи, для всех категорий лиц, которые в ней нуждаются.

Задача:

- Сокращение количества расхождений между диагнозом, поставленным службой неотложной догоспитальной медицинской помощи, и установленным клиническим диагнозом.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Процентное отношение уровня совпадения диагнозов, поставленных службой неотложной догоспитальной медицинской помощи, и установленных клинических диагнозов (постепенное увеличение с 85% до 89% к 2020 году) не было возможности проследить по причине отсутствия методологии и критериев мониторинга и оценки.

продукт:

1. Количество случаев, когда диагноз, поставленный службой неотложной догоспитальной медицинской помощи, совпал с установленным клиническим диагнозом, не было возможности определить ввиду отсутствия установленных процедур и показателей .
2. Количество запросов составило 855 394, или на 10,4% ниже запланированного уровня (955 000). Этот факт объясняется увеличением количества обращений в подразделения и пункты экстренного приема в медико-санитарных учреждениях стационарного типа.

эффективность:

1. Средняя стоимость одного вызова на услуги НДМП составила 656,5 лея, что на 12,6% больше запланированного показателя (582,8 лея).

Заключение: Показатель результата и первый показатель продукта не могут быть прослежены, поскольку согласно Критериям заключения контрактов с МСУ в рамках системы страхования на 2018 год, показатели результативности были исключены из механизмов оплаты неотложной догоспитальной медицинской помощи и, как результат, было отменено предоставление соответствующей отчетности со стороны медицинских учреждений.

Подпрограмма 80 10 «Стационарная медицинская помощь»

Цель: Доступ к качественным услугам стационарной медицинской помощи для застрахованных лиц.

Задачи:

- Достижение уровня в 450 000 госпитализаций для острых случаев (пролеченных случаев) в год к 2020 году.
- Снижение средней продолжительности госпитализации для пролеченных острых случаев в 2020 году на 9% по сравнению с 2015 годом.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Доля острых пролеченных валидированных случаев в общем числе всех случаев предоставления услуг составила 80,5% по сравнению с запланированным показателем 90,0%.
2. Процент снижения средней продолжительности госпитализации по сравнению с 2015 годом составил 11,7% по сравнению с запланированным показателем 3,9%.

продукт:

1. Количество валидированных пролеченных острых случаев , включая также и случаи, пролеченные в дневной хирургии, составило 499 080, т.е. на 35 080 случаев больше, чем было запланировано (464 000).
2. Число валидированных пролеченных хронических случаев составило 63 529, т.е. на 12 529 случаев больше, чем было предусмотрено планом (51 000).
3. Общее количество валидированных предоставленных дней госпитализации (для острых случаев), в том числе в дневной хирургии, составило 3 399 153, или на 34 447 дней меньше, чем было запланировано (3 433 600).
4. Средняя продолжительность госпитализации для валидированных пролеченных острых случаев в том числе в дневной хирургии, составила 6,8 дня, что на 0,6 дня меньше запланированного показателя (7,4 дня).
5. Согласно данным, представленным в отчетности, было предоставлено (реализовано) услуг по валидированным острым пролеченным случаям, в том числе в дневной хирургии, признанных действительными, на сумму в 2 691 780 тыс. леев, или на 72 092,0 тыс. леев меньше, чем планировалось (2 619 688 тыс. леев).

эффективность:

1. Средняя стоимость одного валидированного пролеченного острого случая составила 5 393 лея, то есть была снижена на 252,4 лея по сравнению с запланированным показателем (5 646 леев).
2. Средняя стоимость одного валидированного предоставленного дня госпитализации, в том числе в дневной хирургии (для острых случаев), составила 792 лея, что на 28,9 лея больше, чем запланированная величина (763 лея).

Заключение: Степень выполнения задач является удовлетворительной. В 2018 году уменьшилась средняя продолжительность госпитализации для острых пролеченных случаев и увеличилось общее количество пролеченных хронических случаев. Сверхплановое общее количество пролеченных случаев объясняется увеличенной продолжительностью отчетного периода и отсутствием адекватного планирования хронических случаев.

Подпрограмма 80 11 «Высокоспециализированные медицинские услуги»

Цель: Доступ к высокоспециализированной медицинской помощи для застрахованных лиц.

Задача:

- Пересмотр перечня высокоспециализированных медицинских услуг в срок до 2020 года с сохранением в нем только услуг, максимально соответствующих определению «Высокоспециализированные медицинские услуги».

Достижение показателей результативности

результат:

1. Процент пересмотренных позиций в перечне высокоспециализированных услуг. В 2018 году пересмотр позиций перечня не был запланирован.

продукт:

1. Количество позиций в перечне высокоспециализированных услуг было сохранено на уровне 509.
2. Количество предоставленных высокопроизводительных медицинских услуг составило 613 735, что на 8 735 больше, чем было запланировано (605 000).

эффективность:

1. Средняя стоимость одной предоставленной высокоспециализированной медицинской услуги составила 341,1 лея, что на 9,9 лея больше, чем было запланировано (331,2 лея).

Заключение: Количество высокоспециализированных медицинских услуг и количество законтрактованных поставщиков высокоспециализированных медицинских услуг увеличилось как по сравнению с запланированными параметрами, так и по сравнению с показателями, зарегистрированными в 2017 году. В то же время, пересмотр перечня высокоспециализированных медицинских услуг в 2018 году не был предусмотрен.

Подпрограмма 80 17 «Управление резервным фондом обязательного медицинского страхования»

Цель: Улучшенное здоровье населения за счет покрытия дополнительных расходов, связанных с заболеваниями и патологическими состояниями, требующими экстренного вмешательства, или компенсация разрыва между фактическими расходами, сопряженными с оплатой текущих медицинских услуг, и суммами взносов, накопленными в основном фонде.

Задача:

- Достижение компенсации на уровне 100% разницы между фактическими расходами, сопряженными с оплатой текущих медицинских услуг и взносами, накопленными в основном фонде ОМС.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Покрытие дополнительных расходов, связанных с предоставлением текущих медицинских услуг из ресурсов резервного фонда.

продукт:

1. Расходы из резервного фонда не были произведены. Запланированный показатель составил 15 000 тыс. леев.

эффективность:

1. Доля выполнения плана, в случае необходимости, была предусмотрена в размере 100%. Расходы из резервного фонда не были произведены.

Заключение: В использовании средств из резервного фонда в соответствии с условиями, предусмотренными действующим законодательством, не было необходимости, поскольку финансовых средств основного фонда было достаточно для полного покрытия стоимости всех случаев заболеваний и состояний, включая неотложные случаи.

Подпрограмма 80 18 «Национальные и специальные программы в области здравоохранения»

Цель: Укрепление общественного здоровья и рост качества жизни пациентов, нуждающихся в специфической медицинской помощи.

Задача:

- Улучшение и повышение эффективности доступа населения к специфическим медицинским услугам.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Доля лиц из групп риска, которые получили рекомендуемые (дополнительные) вакцины, составила 100%.
2. Доля расходов, произведенных из фонда профилактических мероприятий, составила по сравнению с утвержденной 90,4%. Неполное выполнение показателя было обусловлено участием меньшего количества лиц в проектах по скринингу «Врач для тебя» на уровне страны, чем было запланировано.

продукт:

1. Из средств фонда профилактических мероприятий было осуществлено финансирование 11 национальных программ, по сравнению с 16 программами, финансирование которых было запланировано согласно приоритетам, установленным МЗТСЗ.
2. Количество лиц из групп риска, которые получили вакцины, составило 51 700. Вакцины были приобретены на основе данных о потребности в них, сообщенных Национальным агентством общественного здоровья.
3. Было распространено 114 200 единиц информационных материалов, в плане было предусмотрено распространение 121 500 информационных материалов. Распределение информационных материалов было осуществлено в пределах имевшихся в распоряжении запасов информационных материалов.
4. Были проведены образовательные мероприятия в отношении поддержания и продвижения здорового образа жизни для 3 368 работников как медицинских, так и немедицинских специальностей, детей, обучающихся в школьных образовательных учреждениях (было запланировано обучение 2 700 человек).

эффективность:

1. Годовые расходы из фонда профилактических мероприятий на душу населения составили 3,45 лея, то есть на 0,37 лея меньше, чем было запланировано (3,82 лея), что объясняется уменьшением соответствующего фонда вследствие внесения поправок в Закон о ФОМС на 2018 год.

Заключение: По сравнению с 2017 годом наблюдается положительная динамика в реализации ряда профилактических мероприятий, а также улучшение и расширение доступа населения к специфическим медицинским услугам.

Подпрограмма 80 19 «Развитие и модернизация учреждений здравоохранения»

Цель: Укрепленная материально-техническая база медико-санитарных учреждений.

Задачи:

- Увеличение доли ПМСУ-поставщиков медицинских услуг, которые пользуются средствами из фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг среди общего количества ПМСУ по крайней мере на 5% ежегодно до 2020 года.
- Увеличение количества ПМСУ, оснащенных оборудованием, как минимум на 5% ежегодно до 2020 года.

Достижение показателей результативности

результат:

1. Доля исполнения расходов из фонда развития и модернизации государственных поставщиков медицинских услуг по сравнению с утвержденным объемом составила 95,3%.
2. Доля ПМСУ, ставших бенефициарами средств из фонда развития, в общем количестве ПМСУ составила 7,6%, или на 4,6 процентных пункта выше запланированного уровня (3%).
3. Доля ПМСУ-бенефициаров средств из фонда развития для приобретения материально-технического оснащения среди общего количества ПМСУ-победителей конкурса соответствующих инвестиционных проектов составила 100%, по сравнению с запланированной величиной 50%.

продукт:

1. Были реконструированы (отремонтированы) 23 учреждения, то есть на 18 больше, чем было запланировано (5).
2. Было произведено оснащение 7 учреждений, запланировано - 6 учреждений.

эффективность:

1. Годовые расходы из фонда развития в пересчете на душу населения составили 11,2 лея, или на 2,3 лея больше, чем было запланировано (8,9 лея), что объясняется увеличением соответствующего фонда вследствие внесения изменений в Закон о ФОМС на 2018 год.

Заключение: Средства, предусмотренные в фонде развития, были реализованы на уровне 95,3%. Неполная реализация объясняется расхождением между суммами контрактов на финансирование и суммами контрактов на закупки. Двум ПМСУ не удалось использовать финансовые средства, предусмотренные в контрактах, по причине задержки выполнения процедур по закупке.

В свете вышеизложенного можно заключить, что для надлежащего функционирования системы страхования и для успешного внедрения реформ в области здравоохранения необходимы в равной мере как выделение финансовых средств и инвестирование в достаточном объеме, так и развитие человеческих и технических ресурсов. Необходимо приложить систематических усилий по усовершенствованию всей системы здравоохранения, с участием всех заинтересованных сторон, в целях реализации комплексных мероприятий по модернизации сектора и достижению предусмотренных результатов.



ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ

ФИНАНСОВАЯ ОТЧЕТНОСТЬ

БАЛАНС

АКТИВ	Отчетный период		справочные ориентиры
	предыдущий, тыс. леев	текущий, тыс. леев	
Долгосрочные активы			
Долгосрочные нематериальные активы	2 590,4	7 444,4	
Незавершенные долгосрочные материальные активы	755,5	0,0	Примечание 2
Основные средства	38 346,9	35 278,7	
Всего долгосрочных активов	41 692,8	42 723,1	
Оборотные активы			
Запасы	4 198,3	2 527,3	Примечание 3
Дебиторские задолженности	7 959,5	92 024,0	
Денежные средства	239 669,8	403 013,7	Примечание 4
Прочие оборотные активы	134,7	205 459,6	
Всего оборотных активов	251 962,3	703 024,6	
Всего активов	293 655,1	745 747,7	
ПАССИВ			
Собственный капитал	364,8	0,0	
Долгосрочные обязательства		250 715,6	Примечание 5
Текущие обязательства	293 290,3	495 032,1	
Всего пассивов	293 655,1	745 747,7	

ОТЧЕТ ПО ПРИБЫЛИ И УБЫТКАМ

Показатели	Отчетный период		справочные ориентиры
	предыдущий, тыс. леев	текущий, тыс. леев	
Доходы от продаж	6 270 353,8	6 544 277,0	Примечание 6, 8
Себестоимость продаж	6 198 448,5	6 544 277,0	Примечание 7, 8
Валовая прибыль (валовой убыток)	71 905,2	0,0	
Другие доходы от операционной деятельности	10,8	75 604,6	Примечание 6, 8
Административные расходы	68 789,5	74 658,6	Примечание 7, 8
Другие расходы по операционной деятельности	702,7	946,0	
Результат от операционной деятельности: прибыль (убыток)	2 424,0	0,0	
Результат от других видов деятельности: прибыль (убыток)	2 424,0	0,0	
Прибыль (убыток) до налогообложения	0,0	0,0	
Расходы по подоходному налогу	0,0	0,0	
Чистая прибыль (чистый убыток) отчетного периода	0,0	0,0	

ОТЧЕТ О ДВИЖЕНИИ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Показатели	Отчетный период	
	предыдущий, тыс. леев	текущий, тыс. леев
Движение денежных средств от операционной деятельности		
Поступление денежных средств от продаж		
Выплаты за приобретенные товары и услуги	6 201 528,9	6 652 435,1
Выплаты работникам и органам социального и медицинского страхования	53 457,3	54 372,3
Прочие поступления денежных средств	6 256 635,3	6 874 505,6
Прочие выбытия денежных средств	5 836,3	6 736,7
Чистое поступление (выбытие) денежных средств от операционной деятельности	-4 187,1	160 961,3
Поступление (выбытие) денежных средств от инвестиционной деятельности		
Поступления от продажи долгосрочных активов		
Выплаты на приобретение долгосрочных активов		2 460,7
Проценты полученные		4 843,3
Дивиденды полученные		
Прочие поступления (выбытия) денежных средств		
Чистое поступление (выбытие) денежных средств от инвестиционной деятельности		2 382,5
Поступление (выбытие) денежных средств от финансовой деятельности		
Поступление (выбытие) денежных средств от финансовой деятельности	0,0	0,0
Чистое поступление (выбытие) денежных средств от финансовой деятельности	0,0	0,0
Итого чистое поступление (выбытие) денежных средств	-4 187,1	163 343,9
Количество денежных средств на начало отчетного периода	243 857,0	239 669,8
Количество денежных средств на конец отчетного периода	239 669,8	403 013,7

ПРИМЕЧАНИЯ К ФИНАНСОВОЙ ОТЧЕТНОСТИ (РАСКРЫТИЕ)

ПРИМЕЧАНИЕ 1 ПОЛИТИКА БУХГАЛТЕРСКОГО УЧЕТА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ОТЧЕТНОСТИ

Финансовая отчетность Национальной медицинской страховой компании была подготовлена в соответствии с предписаниями нормативно-правовой базы и на основе сроков и требований, установленных Министерством финансов⁶.

Таким образом, финансовые отчеты предназначены для предоставления сведений, полезных для широкого круга пользователей при принятии экономических решений. Для реализации этой цели в финансовой отчетности предоставляются сведения об: активах, собственном капитале, обязательствах, доходах, расходах и движении денежных средств.

Отчетный финансовый год является периодом, за который составляется финансовая отчетность, и совпадает с календарным годом. Продолжительность финансового года составляет 12 месяцев. Финансовый год начинается в отчетном году 1 января и заканчивается 31 декабря, и включает в себя все экономические операции, совершенные Компанией в течение соответствующего периода.

Данные, отраженные в финансовой отчетности, представлены в тысячах леев.

При подготовке финансовой отчетности за 2018 год были применены положения о признании событий, имевших место после завершения отчетного периода, которые обусловили внесение поправок в финансовые отчеты. События, которые способствовали внесению корректировок, представляют собой задолженности, зарегистрированные государственной налоговой службой в последний день отчетного периода по взносам в ФОМС, исчисленным в виде процентной доли от заработной платы и других выплат, представленные на основе письма от 25.01.2019, осуществление инвентаризации долгосрочных активов по состоянию на 01.03.2019 в целях оценки функциональности и обеспечения предоставления по ним достоверной отчетности.

В целях обеспечения достоверной отчетности и корректного предоставления сведений в финансовой отчетности Компании в конце 2018 года были пересмотрены политики бухгалтерского учета, поскольку были введены специфические и необходимые положения, приведенные в таблице 19.

⁶ Статья 74 Закона о публичных финансах и бюджетно-налоговой ответственности № 181 от 07.25.2014 года

Таблица 19. Изменения в политиках бухгалтерского учета

Требования, установленные в политиках бухгалтерского учета	Изменения, внесенные в финансовую отчетность за 2018 год
<p>1 <i>Введение положений о нормативно-правовой базе и учреждении политик бухгалтерского учета, изменений в политиках и методах оценки в бухгалтерском учете, отражении событий, имевших место после окончания отчетного периода, а также исправлении ошибок.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> отражение событий, которые должны быть отражены на основании бухгалтерских оценок; корректировка финансовой отчетности в результате событий, имевших место после завершения отчетного периода
<p>2 <i>Введение положений, относящихся к общей схеме организации бухгалтерского учета и финансовой отчетности</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> регулирование и описание в политиках ведения бухгалтерского учета критериев организации бухгалтерского учета в Компании, обязательств и сферы ответственности в области организации бухгалтерского учета и финансовой отчетности, применимых принципов бухгалтерского учета, требований к оформлению первичных документов и сводных документов для ведения бухгалтерского учета, а также требований к проведению инвентаризации активов и пассивов организации.
<p>3 <i>Дополнение положений, касающихся идентификации, признания, оценки, документирования, отражения в бухгалтерском учете и отчетности долгосрочных активов</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> регулирование и описание в учетной политике критериев признания и первоначальной и последующей оценки нематериальных и материальных долгосрочных активов, способов отражения в бухгалтерском учете в случае приобретения активов, и в случае их создания собственными силами, критериев правильного установления нормальной продолжительности эксплуатации и условий обесценения и списания стоимости долгосрочных активов.
<p>4 <i>Корректировка положений, касающихся идентификации, признания, оценки, документирования, отражения в бухгалтерском учете и в отчетности оборотных активов</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> запись и отражение в отчетности начисленных / декларированных доходов плательщиков, относящихся к взносам в ФОМС, исчисленным в виде процентной доли от заработной платы и других выплат на основе данных, предоставленных Государственной налоговой службой; отражение в отчетности задолженностей плательщиков по отчислениям в ФОМС взносов, исчисленных в виде процентной доли; записи и отражение в отчетности дебиторских задолженностей, сформировавшихся по взносам ФОМС, которые должны быть взысканы с привлечением инстанций, и дебиторских задолженностей, сформированных из начисленных процентов, которые должны быть получены в следующем отчетном году. Эти дебиторские задолженности отражают доходы будущих периодов, которые должны поступить в 2019 году, и были отражены на основе оценок, исчисленных соответственно уровню поступлений в завершившемся отчетном году. регистрация в бухгалтерском учете скидок, предоставляемым лицам, соответствующим критериям для их предоставления, при оплате взноса обязательного медицинского страхования, исчисленного в виде фиксированной суммы.
<p>5 <i>Установление и дополнение положений, касающихся идентификации, признания, оценки, документирования, отражения в бухгалтерском учете и отчетности обязательств</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> записи и отражение в отчетности долгосрочных доходов будущих периодов, относящихся к субсидиям, представляющим собой источник финансирования ФОМС, и включающих финансовые средства, распределенные по фондам и не использованные в течение отчетного периода, доходы будущих периодов от последующей амортизации долгосрочных активов, источник финансирования

	<p>запасов;</p> <ul style="list-style-type: none"> • регистрация и отражение в отчетности долгосрочных доходов будущих периодов, относящихся к фонду долгосрочных активов Компании; • регистрация и отражение в отчетности текущих оценочных обязательств (резервов) (в отношении компенсации неиспользованных отпусков, касающихся сборов за судебное исполнение, по петициям из судебных инстанций, по медицинским услугам, предоставленным и заявленным в 2018 году в соответствии с контрактами, заключенными в рамках основного фонда и подтвержденными клинически, но на которые не были представлены финансовые документы); • запись и отражение в отчетности доходов будущих периодов, относящихся к предоставленным текущим авансам, начисленным процентам, взносам в ФОМС, которые должны быть взысканы с привлечением судебных инстанций, а также относящиеся к доходам общего назначения.
6	<p><i>Корректировка положений, касающихся идентификации, признания, оценки, документирования, отражения в бухгалтерском учете и в отчетности доходов.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • разграничение и регистрация по отдельным счетам доходов и расходов, относящихся к целевым средствам, использование которых обусловлено выполнением целевых мероприятий; • правильная классификация доходов за 2018 год в целях соответствующего распределения доходов и расходов по видам деятельности.
7	<p><i>Дополнение положений, касающихся идентификации, признания, оценки, документирования, отражения в бухгалтерском учете и отчетности расходов</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • внесение корректировок в расходы за предшествующий год, обусловленных отражением услуг, предоставленных медико-санитарными учреждениями в декабре 2017 года, в финансовых документах за I квартал 2018 года.

Источник: Политики ведения бухгалтерского учета Компании на 2018 год

ПРИМЕЧАНИЕ 2 ДОЛГОСРОЧНЫЕ АКТИВЫ

Долгосрочные активы представляют собой активы, предназначенные для использования в течение срока, превышающего один год, для деятельности Компании или для передачи в пользование третьим лицам. В составе долгосрочных активов Компании числятся нематериальные и материальные долгосрочные активы, представленные в виде основных средств.

Согласно положениям, регулирующим организацию финансовой отчетности, первоначальное признание долгосрочных активов осуществляется в отдельности для каждого объекта учета по входящей стоимости. Последующие затраты на долгосрочные активы могут включать расходы на ремонт, техническое обслуживание или замену комплектующих / запасных частей актива.

Амортизация актива начинается с момента, когда он становится доступен для использования, т.е. когда он находится в месте установки и в рабочем состоянии, необходимом для его эксплуатации в порядке, утвержденном руководством. В то же время, расчет амортизации объекта прекращается в день окончания предусмотренного срока службы и / или выбытия объекта, или начиная с первого дня месяца, следующего за месяцем окончания срока эксплуатации и/или выбытия объекта.

В бухгалтерском учете долгосрочные активы регистрируются по входящей стоимости, а их амортизация начисляется на отдельном счете бухгалтерского учета. Что касается оформления

отчетности в бухгалтерском балансе, в строках записи материальных и нематериальных долгосрочных активов указывается их балансовая стоимость.

Таким образом, анализ долгосрочных активов по состоянию на конец 2018 года показывает их увеличение по сравнению с предыдущим годом на 1 030,3 тыс. леев. Увеличение стоимости активов стало результатом увеличения стоимости нематериальных активов на 4854,0 тыс. леев и снижением стоимости материальных активов на 3823,7 тыс. леев.

Таким образом, повышение стоимости нематериальных активов было обусловлено приобретением услуг по развитию информационной системы, а уменьшение, — начислением амортизации информационных программ, соответствующие данные отражены в таблице 20.

Таблица 20. Анализ нематериальных активов в 2018 году

(тыс. леев)

Показатели	Незавершенные долгосрочные активы	Лицензии на деятельность	Программное обеспечение	Всего долгосрочных нематериальных активов
Входящая стоимость				
31.12.2017 г.		119,50	13 719,00	13 838,50
Приобретение / Создание собственными силами	4 688,00	748,60	561,40	5 998,00
Выбытие		119,50	938,30	1 057,80
31.12.2018		748,60	13 342,10	14 090,70
Амортизация				
31.12.2017 г.		100,50	11 147,50	11 248,00
Рассчитанная амортизация		152,10	991,90	1 144,00
Аннулированная амортизация		119,50	938,30	1 057,80
31.12.2018		133,10	11 201,10	11 334,20
Балансовая стоимость				
31.12.2017 г.		19,00	2 571,50	2 590,50
31.12.2018	4 688,00	615,50	2 141,00	7 444,50

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

Анализ структуры материальных активов, заявленных на конец отчетного года, показывает их уменьшение по отношению к уровню предыдущего года на 3 823,7 тыс. леев. Такое уменьшение было обусловлено амортизацией активов, вводом в эксплуатацию незавершенных материальных активов, а также оценкой и пересмотром функциональности материальных активов в рамках осуществления инвентаризации, соответствующие данные представлены в таблице 21.

Таблица 21. Анализ материальных активов в 2018 году

тыс. леев

Показатели	Здания	Специальные конструкции	Машины, оборудование, оснащение	Транспортные средства	Прочие основные средства	Незавершенные долгосрочные активы	Всего долгосрочных материальных активов
Входящая стоимость							
31.12.2017 г.	39 683,00	442,00	9 284,70	4 406,10	2941,4	755,5	57 512,70
Объекты приобретенные / Созданные собственными силами			190,50	566,60	393,6		1 150,70
Списания*	3 779,90		1 324,40	280,80	199,1	755,5	6 339,70
31.12.2018	35 903,10	442,00	8 150,80	4 691,90	3 135,90	0,00	52 323,70
Амортизация							
31.12.2017 г.	5 506,20	39,70	7 762,40	2 735,00	2367		18 410,30
Начисленная амортизация	1 033,10	17,00	659,00	438,60	204		2 351,70
Списанная амортизация	1 912,70		1 324,30	280,90	199,1		3 717,00
31.12.2018	4 626,60	56,70	7 097,10	2 892,70	2 371,90		17 045,00
Балансовая стоимость							
31.12.2017 г.	34 176,80	402,30	1 522,30	1 671,10	574,40	755,50	39 102,40
31.12.2018	31 276,50	385,30	1 053,70	1 799,20	764,00	0,00	35 278,70

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

ПРИМЕЧАНИЕ 3 ОБОРОТНЫЕ АКТИВЫ

Оборотные активы представляют собой активы, приобретенные для текущего потребления, дебиторские задолженности, относящиеся к циклу эксплуатации или к денежным средствам / эквиваленту денежных средств, использование которых не ограничено. Таким образом, оборотные активы представляют собой товары и материальные ценности, включенные в один и тот же цикл, находящиеся в распоряжении компании в течение краткого срока. Эта категория имеет важное значение для текущей деятельности и может принимать форму товарно-материальных запасов, дебиторских задолженностей, наличных денежных средств или прочих оборотных активов.

Запасы представляют собой материальные ценности в форме основных материалов, объектов с малой стоимостью и коротким сроком использования и других расходных материалов, которые должны использоваться в процессе предоставления услуг или в других целях административно-операционной деятельности.

Запасы отражались в отчетности только в случае, если они представляли собой экономический ресурс на дату баланса.

Первоначально признанные запасы были оценены по входящей стоимости. Входящая стоимость приобретенных запасов включает стоимость покупки и затраты, непосредственно сопряженные с доставкой на склад. Оптовые скидки, скидки по акциям и прочие аналогичные статьи вычитаются при определении входящей стоимости приобретенных запасов. Все входящие запасы были приняты и зарегистрированы на центральном складе.

Канцелярские принадлежности и другие аналогичные товары, которые были отпущены в течение отчетного периода с центрального склада, были списаны на текущие расходы на основе ведомости распределения, составленной начальником склада и подписанной ответственным лицом.

Выбывшие запасы были оценены с использованием метода средневзвешенной стоимости после каждого отпуска со склада, за исключением стандартизированных бланков для выписывания медикаментов (рецептов), которые выдавались медико-санитарным учреждениям и оценивались с применением методики оценки запасов ФИФО.

Запасные части и оснащение для выполнения процедур по техобслуживанию со стоимостью менее 15% от стоимости долгосрочных активов регистрировались как запасы и признавались при текущих расходах по мере их потребления.

В среде, характеризующейся высоким уровнем конкуренции, управление запасами является необходимым для обеспечения бесперебойной деятельности организации, на показатели производительности которой оказывает влияние оптимальное управление складскими запасами. Так, объем запасов на конец отчетного года уменьшился на 1671 тыс. леев, что было обусловлено сокращением запасов материалов на сумму 1062,0 тыс. леев и малоценных и быстроизнашивающихся предметов на сумму 609,0 тыс. леев. Состав запасов материалов в отношении к предыдущему году представлен в таблице 22.

Таблица 22. Структура запасов материалов в 2018 году

тыс. леев

Показатели	31.12.2017 г.	31.12.2018	Доля	Отклонение
Канцелярские принадлежности	182,1	136,9	8,8	-45,2
Запасные части	30,2	39,1	2,5	8,9
Горючее	17,6	7,6	0,5	-10,0
Рецепты	375,2	785,6	50,5	410,4
Информационные материалы (руководства, плакаты, листовки)	1 011,3	132,6	8,5	-878,7
Хозтовары	577,5	34,7	2,2	-542,8
Другие материалы	423,0	418,4	27	-4,6
Всего запасов материалов	2 616,9	1 554,9	100,00	-1 062,0

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

Так, согласно данным, приведенным в таблице, запасы материалов на конец 2018 года уменьшились на 1 062,0 тыс. леев по сравнению с предыдущим годом. Такое снижение было обусловлено их использованием для достижения поставленных задач, а также оценкой функциональности запасов в процессе инвентаризации. Также, на сокращение запасов оказало влияние уменьшение объема информационных материалов (руководств, плакатов, листовок и т.д.) (на 878,7 тыс. леев), возникшее в результате проведения мероприятий по информированию и, соответственно, распространения информационных материалов, использованием запасов хозтоваров (на 542,8 тыс. леев) и канцелярских принадлежностей (на 45,2 тыс. леев).

Также на запасы материалов оказало влияние увеличение объема рецептов для выписывания и отпуска компенсируемых медикаментов путем их приобретения, рецепты при этом составляют существенную долю в структуре запасов материалов (50, 5%).

Дебиторские задолженности представляют собой юридические права Компании на взыскание по наступлении установленной даты суммы денежных средств или других ценностей с физических или юридических лиц.

На конец отчетного года были зарегистрированы в бухгалтерском учете и в отчетности дебиторские задолженности на сумму 92 024,0 тыс. леев. Структура дебиторских задолженностей на конец года отражена в таблице 23.

Таблица 23. Структура дебиторских задолженностей в 2018 году

тыс. леев

Показатели	Отчетный период		Темп роста	
	предыдущий	текущий	абсолютный	относительный
Авансы, предоставленные поставщикам медицинских услуг, оплаченные из основного фонда	857,5	6 985,8	6 128,3	814,7
Авансы, предоставленные экономическим агентам, оплаченные из средств фонда профилактических мероприятий	340,6	343,1	2,5	100,7
Авансы, предоставленные экономическим агентам, оплаченные из средств фонда развития	6 655,5	0	-6 655,4	0,0
Авансы, предоставленные экономическим агентам, оплаченные из средств фонда управления системой ОМС	101,7	114,8	13,1	112,9
Дебиторские задолженности персонала	4,2	0,4	-3,8	9,5
Другие текущие дебиторские задолженности		84 579,9	84 579,9	x
Задолженности плательщиков по взносам ФОМС, которые должны быть инкассированы через судебные инстанции		146,8	146,8	x
Задолженности плательщиков по взносам ФОМС, исчисленным в процентной доле		75 026,8	75 026,8	x
Дебиторские задолженности по начисленным процентам, которые должны быть внесены		9 404,9	9 404,9	x
Другие текущие дебиторские задолженности		1,4	1,4	x
Всего дебиторских задолженностей	7 959,5	92 024	84 064,6	1 156,2

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

По данным, отраженным в таблице, видно, что дебиторские задолженности были сформированы из:

- текущих предоставленных авансов;
- дебиторских задолженностей персонала
- других текущих дебиторских задолженностей, включая кредиторские задолженности плательщиков по неоплаченным взносам в ФОМС и по начисленным процентам, которые должны быть получены в следующем отчетном году.

В соответствии с положениями Устава⁷, Компания является государственной независимой (в том числе финансово) организацией национального уровня, которая имеет статус юридического лица и осуществляет неприбыльную деятельность в области обязательного медицинского страхования.

⁷ П. 2 Устава Национальной медицинской страховой компании, утвержденного Постановлением Правительства № 156 от 11.02.2002 (далее — Устав Компании).

Таким образом,⁸ в соответствии с положениями нормативно-правовой базы, элементы бухгалтерского учета были учтены согласно методу начисления, а именно в момент их возникновения, вне зависимости от момента получения или внесения оплаты.

Таким образом, Компания выполнила предписания по составлению финансовой отчетности, посредством регистрации в бухгалтерском учете и представления в финансовых отчетах начисленных (фактических) доходов от подписанных взносов или взносов, которые должны быть получены в течение отчетного года, и задолженностей по ним. Также, в соответствии с положениями нормативно-правовой базы,⁹ учет и контроль правильности исчисления и своевременного перечисления в ФОМС взносов обязательного медицинского страхования, исчисленных в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, а также взимание пени и применение финансовых санкций осуществляются Государственной налоговой службой, в соответствии с правами и полномочиями. В связи с этим Компания представила доходы будущих периодов, начисленные/декларированные доходы плательщиков взносов, относящихся к взносам в ФОМС, исчисленным в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, согласно данным, представленным Государственной налоговой службой, которые впоследствии были уменьшены в результате их поступления на Единый казначейский счет, а задолженности плательщиков взносов были зарегистрированы на конец отчетного года в сумме 75 026,8 тыс. леев.

Также, по счету *Другие текущие кредиторские задолженности* были зарегистрированы и отражены в отчетности задолженности по уплате взносов ФОМС, которые должны быть взысканы при участии судебных инстанций в сумме 146,8 тыс. леев, а также кредиторские задолженности по начисленным процентам, которые должны быть получены в следующем отчетном году в количестве 9 404,9 тыс. леев. Эти дебиторские задолженности отражают доходы будущих периодов, которые должны поступить в 2019 году, и были отражены на основе оценок, исчисленных соответственно уровню поступлений в завершившемся отчетном году.

ПРИМЕЧАНИЕ 4 ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА

Согласно уставным положениям¹⁰, Компания управляет ФОМС, располагая для этих целей необходимыми банковскими счетами, имеет печать с изображением Государственного герба Республики Молдова и со своим наименованием и другие атрибуты, предусмотренные законом. Таким образом, денежные средства аккумулируются на Едином казначейском счете Министерства финансов, и впоследствии распределяются по казначейским счетам в соответствии с предписаниями нормативно-правовой базы¹¹, касающимися распределения средств в фонды ФОМС в пределах, установленных ежегодным законом.

В этом контексте отмечается, что на конец отчетного года совокупная сумма денежных средств, аккумулированных на счетах, составляла 403 013,7 тыс. леев, что на 163 343,9 тыс. леев больше, чем в предыдущем году (239 669,5 тыс. леев), соответствующие данные отражены в таблице 24.

⁸ П. 9 Методических указаний об особенностях бухгалтерского учета в некоммерческих организациях, утвержденных Приказом Министра финансов № 188 от 30.12.2014 года (далее — Методические указания об особенностях бухгалтерского учета в некоммерческих организациях).

⁹ Ст. 17 Закона №. 1593-XV от 26.12.2002 о размере, порядке и сроках уплаты взносов обязательного медицинского страхования.

¹⁰ Пункт 4 Устава Компании.

¹¹ Постановление Правительства №. 594 14.05.2002 об утверждении Положения о порядке создания фондов обязательного медицинского страхования и управления ими о порядке учреждения фондов обязательного медицинского страхования и управления ими.

Таблица 24. Динамика денежных средств в 2018 году

тыс. леев

Показатели	Отчетный период	
	предыдущий	текущий
Денежные средства	239 669,8	403 013,7

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

Для представления дополнительной финансовой информации об изменениях в финансовых ресурсах с точки зрения поступления и выбытия денежных средств, в рамках финансовой отчетности был подготовлен отчет о движении денежных средств. Так, в этом отчете отражается движение денежных средств и их рост в распределении по различным видам деятельности (операционной, инвестиционной и финансовой), а также в связи с начислениями процентов и налогов, поскольку эти данные не предоставляются в бухгалтерском балансе и в отчете о финансовых результатах.

В соответствии с положениями нормативно-правовой базы, отчет о движении денежных средств должен быть подготовлен на основе кассового метода учета, в отличие от других форм финансовой отчетности, составляемых на основе метода начислений. Это означает, что все поступления денежных средств и их эквивалентов отражаются как фактически поступившие суммы, а их выплата относится к выбывшим суммам.

Таким образом, информация, представленная в отчете, позволяет оценить потенциал Компании в отношении сбора и использования денежных средств, и определить ее потребности в финансовых ресурсах для обеспечения успешного решения задач, установленных в уставе.

Следует также отметить, что в конце 2018 года на специальные счета были перечислены денежные средства в размере 205 213,3 тыс. леев, предназначенные для оплаты законтрактованных медицинских услуг, получивших клиническое подтверждение, но на которые не были предоставлены финансовые документы в соответствии с требованиями нормативно-правовой базы до конца 2018 года (счета-фактуры, акты приемки и т.д.).

ПРИМЕЧАНИЕ 5 ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Долговые обязательства представляют собой обязательства, проистекающие из прошлых событий, и погашение которых предполагает, как следствие, отток ресурсов.

Обязательства представляют собой финансовые обязательства дебиторов в отношении денежных сумм или товаров, причитающихся кредиторам и представляют собой средства, привлеченные организацией для финансирования ее деятельности.

Обязательства были признаны на основе метода начислений, и оценены по их номинальной стоимости, которая подлежит возмещению, включая налоги и сборы, предусмотренные законодательством.

Обязательства перед бюджетом по выплате подоходного налога с заработной платы и взносов обязательного медицинского страхования определялись на момент выплаты заработной платы.

Отраженные обязательства были определены в зависимости от срока погашения, а именно в разграничении между долгосрочными обязательствами и текущими обязательствами.

В финансовой отчетности, по счету «Другие долгосрочные обязательства» были отражены долгосрочные доходы будущих периодов в форме субсидий и других долгосрочных обязательств. Так, субсидии представляют собой источник финансирования средств ФОМС, размер которого к концу отчетного года составлял 250 715,7 тыс. леев, и был сформирован из:

- денежных средств, распределенных по фондам и не использованных в течение отчетного периода — 203 013,7 тыс. леев;
- доходов будущих периодов от последующей амортизации долгосрочных активов — 2 351,7 тыс. леев;
- источник финансирования запасов (материалов, малоценных и быстроизнашивающиеся предметы, шин) — 2 600,6 леев.

Текущие обязательства на конец отчетного года, отраженные в отчетности, составили 495 032,1 тыс. леев, их структура представлена на рисунке № 35.



Рисунок № 35. Структура текущих обязательств на 31.12.2018 года

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

Согласно данным, представленным на иллюстрации, видно, что значительную долю в структуре текущих обязательств представляют 200 000 тыс. леев, **финансовые средства, предназначенные для покрытия бюджетного дефицита в 2019 году, утвержденного ежегодным законом.**

После этой категории, значительная доля, 28,8% от общей суммы текущих обязательств, приходится на текущие оценочные обязательства (142 467,6 тыс. леев). Так, были признаны и представлены оценочные обязательства / резервы, в условиях, когда вследствие события, произошедшего в прошлом, Компания была связана законным или вменным обязательством, которое могло быть достоверно оценено, и имел место отток ресурсов, заключающих в себе экономические выгоды, необходимые для погашения обязательств. Так, в 2018 году были сформированы следующие оценочные обязательства:

- по компенсации неиспользованных отпусков — 1 007,5 тыс. леев;
- сопряженные со сбором на судебное исполнение — 0,5 тыс. леев;
- сопряженные с разрешением споров в судебных инстанциях — 142,1 тыс. леев;

по медицинским услугам, предоставленным и декларированным 2018 году по контрактам, заключенным в рамках основного фонда, которые были подтверждены клинически, но на которые не были представлены финансовые документы (налоговые накладные, акты приемки) — 141 317,4 тыс. леев, из которых 33 825,0 тыс. леев за услуги специализированной амбулаторной медицинской помощи, 99 528,1 тыс. леев за услуги стационарной медицинской помощи и 7 964,3 тыс. леев за высокоспециализированные медицинские услуги.

14% в общей сумме текущих обязательств составили зафиксированные в отчетности доходы будущих периодов на сумму 67 833,1 тыс. леев.

Доходы будущих периодов представляют собой суммы, поступившие (начисленные) в текущем отчетном периоде, но которые должны быть отнесены к текущим доходам будущих периодов. Доходы будущих периодов были зарегистрированы как одновременное увеличение денежных средств или текущих дебиторских задолженностей и текущих обязательств. Списание доходов будущих периодов осуществлялось в бухгалтерском учете на основе источников финансирования как уменьшение обязательств и увеличение текущих доходов.

В соответствии с положениями методологической базы¹², исходя из организационно-правовой формы, в бухгалтерском учете использование средств ФОМС для приобретения/производства запасов и других оборотных активов, а также для предоставления авансов учитывается как уменьшение целевых финансирований и поступлений и увеличение:

- доходов, относящихся к целевым средствам, – на стоимость использованных запасов;
- доходов будущих периодов – на стоимость неиспользованных запасов и предоставленных авансов.

В финансовой отчетности доходы будущих периодов на конец отчетного года были сформированы из следующих составляющих:

- доходы будущих периодов на базе оборотных запасов — 3,4 тыс. леев;
- доходы будущих периодов, относящиеся к текущим предоставленным авансам — 7 444,1 тыс. леев;
- доходы будущих периодов, относящиеся к доходам общего назначения — 50 832,5 тыс. леев;
- доходы будущих периодов, относящиеся к начисленным процентам, которые подлежат получению — 9 404,9 тыс. леев;
- доходы будущих периодов, относящиеся к взносам в ФОМС, которые должны поступить в результате взыскания через судебные инстанции — 146,8 тыс. леев.

¹² Пункт 23 Методических указаний об особенностях бухгалтерского учета в некоммерческих организациях.

ПРИМЕЧАНИЕ 6 ДОХОДЫ

Начисленные доходы представляют собой увеличение благосостояния, зарегистрированное в отчетном периоде, в форме поступления активов, увеличения их стоимости или в форме уменьшения обязательств.

В соответствии с положениями нормативно-правовой базы¹³, начисленные доходы сформированы из:

- взносов обязательного медицинского страхования, исчисленных в процентном отношении к заработной плате и другим выплатам, уплачиваемых каждой категорией плательщиков;
- взносов обязательного медицинского страхования, исчисленных в фиксированной сумме, уплачиваемых физическими лицами с местом жительства или местом нахождения в Республике Молдова;
- полученных текущих трансфертов специального назначения между государственным бюджетом и фондами обязательного медицинского страхования¹⁴;
- полученных текущих трансфертов общего назначения между государственным бюджетом и фондами обязательного медицинского страхования¹⁵; других доходов, полученных в виде процентов, штрафов, пеней.

Доходы признаются и учитываются согласно методу начисления в том отчетном периоде, в котором они возникли, вне зависимости от момента фактического поступления денежных средств. Таким образом, доходы были зарегистрированы по мере осуществления расходов, необходимых для реализации Единой программы медицинского страхования, покрытия дополнительных расходов, связанных с экстренными случаями заболеваний и патологических состояний, расходов, понесенных в целях реализации мероприятий, финансируемых из фонда профилактических мероприятий и фонда развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг, а также административных расходов, сопряженных с управлением системой страхования.

Запись доходов по типам выполнялась путем уменьшения сумм финансирования и целевых поступлений, с применением отношения доли накопленных поступлений к объему понесенных расходов. Таким образом, доходы были признаны одновременно с расходами, сопряженными с покрытием возникшего риска. Как следствие, доходы, полученные от предоставления услуг, были отражены в соответствии с расходами, понесенными в целях реализации задач и исполнения основного фонда, фонда профилактических мероприятий и фонда развития. В то же время, согласно назначению средств фонда управления системой страхования, предназначенных для покрытия, по мере возникновения, сопутствующих расходов, были отражены как доходы на отдельном соответствующем счету, а именно «*другие доходы*» от операционной деятельности. Доходы, начисленные в 2018 году в сравнении с доходами, начисленными в 2017 году, представлены в таблице 25.

¹³ Приложение. 1.1 к Закону о фондах обязательного медицинского страхования

¹⁴ включая трансферты из государственного бюджета на реализацию проекта «Модернизация сектора здравоохранения», трансферты из государственного бюджета на реализацию национальных программ в области здравоохранения в целях обеспечения необходимыми услугами больных сахарным диабетом

¹⁵ в том числе трансфертов, предназначенных для страхования безработных лиц, установленных в нормативно-правовой базе и трансфертов из государственного бюджета, предназначенных для компенсации нереализованных доходов;

Таблица 25. Структура доходов, отраженных в 2018 году

тыс. леев

Показатели	Отчетный период		Темп роста	
	предыдущий	текущий	абсолютный	относительный, %
Доходы от предоставленных услуг	6 270 353,8	6 544 277,0	273 923,2	104,4
Другие доходы от операционной деятельности	10,8	75 604,6	75 593,8	700 043
Всего доходов	6 270 364,6	6 619 881,6	349 517,0	105,6

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

Согласно данным, представленным в таблице, можно заключить, что в 2018 году были отражены текущие доходы в размере 6 619 881,6 тыс. леев, что на 5,6% больше, чем в предыдущем году. Такое увеличение было обусловлено увеличением затрат, в частности расходов, необходимых для реализации Единой программы обязательного медицинского страхования.

Следует отметить, что значительное увеличение других доходов от операционной деятельности было достигнуто в результате правильной классификации доходов 2018 года в целях соответствующего уравнивания доходов и расходов по видам деятельности.

Также в 2018 был пересмотрен и скорректирован, в соответствии с положениями законодательства,¹⁶ способ отражения доходов, относящихся в взносов обязательного медицинского страхования, исчисленным в фиксированной сумме, которые были зарегистрированы как доходы будущих периодов на общую сумму 230 123,3 тыс. леев, с одновременным отражением примененных льгот и скидок, сумма которых составила 119 796,0 тыс. леев для категорий граждан, которым предоставлено право на таковые льготы и скидки.

ПРИМЕЧАНИЕ 7 ОСНОВНЫЕ РАСХОДЫ

Учет расходов является одной из наиболее важных областей бухгалтерского учета, на основе которой исчисляются и отражаются в отчетности финансовые показатели, представляющие сокращение объемов ресурсов, зарегистрированных в отчетном году в виде выбытия или уменьшения стоимости активов или роста обязательств.

Так, расходы¹⁷ Компании сформированы из следующих составляющих:

- расходы, необходимые для реализации Единой программы обязательного медицинского страхования, которая включает: неотложную догоспитальную медицинскую помощь, первичную медицинскую помощь, специализированную амбулаторную медицинскую помощь, стационарную медицинскую помощь и другие услуги, относящиеся к оказанию медицинской помощи (основной фонд);
- расходы, понесенные дополнительно в связи с экстренными заболеваниями и патологическими состояниями, годовая доля которых превышает среднюю величину, принятую за основу при вычислениях для Единой программы на соответствующий год, а

¹⁶ Статья 4 Закона № 280 от 15.12.2017 года

¹⁷ Приложение. 1.2 к Закону о фондах обязательного медицинского страхования

также компенсация разницы между фактическими расходами по оплате текущих медицинских услуг и взносами, накопленными в основном фонде (резервный фонд);

- расходы, связанные преимущественно с проведением мероприятий по снижению рисков заболеваний, в том числе путем иммунизации и применения других методов первичной и вторичной профилактики, проведением профилактических обследований (скрининг) в целях раннего выявления заболеваний, финансированием мероприятий по продвижению здорового образа жизни, приобретением, на основании постановления Правительства, изделий медицинского назначения, оборудования, медикаментов и расходных материалов для реализации мероприятий по снижению риска заболевания и лечения в случае угрозы общественному здоровью (фонд профилактических мероприятий);
- расходы, относящиеся к закупке высокоэффективного медицинского оборудования и транспортных средств, внедрению новых технологий отопления, переработки медицинских отходов и водоснабжения, модернизации зданий и оптимизации инфраструктуры (фонд развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг);
- расходы, сопряженные с управлением системой обязательного медицинского страхования, а именно выплата заработной платы штатному персоналу Компании и территориальным (отраслевым) агентам, покрытие путевых расходов, эксплуатационные расходы по содержанию информационной системы и организационной инфраструктуры, осуществление контроля качества медицинских услуг и проведение соответствующих экспертиз, закупка хозяйственных и канцелярских принадлежностей и т.д. (фонд управления системой обязательного медицинского страхования).

Признание расходов было произведено на основании соответствия следующим критериям:

- наличие обоснованной уверенности в отношении уменьшения ресурсов Компании;
- достоверная и измеримая оценка расходов.

В то же время, расходы были отражены одновременно с:

- уменьшением активов без одновременного сокращения обязательств или роста других активов;
- увеличением обязательств без одновременного роста активов;
- расчетом амортизации и записи убытков¹⁸ от обесценения долгосрочных активов и отражением в бухгалтерской отчетности согласно предписаниям нормативно-правовой базы.

Согласно принципу отражения в бухгалтерской отчетности методом начисления, расходы признаются в период, когда они были понесены, вне зависимости от момента выплаты денежных средств или предоставления компенсации в другой форме.

Анализ расходов за отчетный период по сравнению с предыдущим годом приведен в таблице 26.

¹⁸ НСБУ «Долгосрочные нематериальные и материальные активы», НСБУ «Обесценение активов», утвержденные Приказом министра финансов № 118 от 06.08.2013 г.

Таблица 26. Анализ темпа расходов в 2018 году

тыс. леев

Показатели	Отчетный период		Темп роста	
	Предыдущий 31.12.2017	Текущий 31.12.2018	абсолютный, тыс. леев	относительный, %
ОФ , в том числе по типам медицинской помощи:	6 180 992,00	5 977 643,2	-203 348,80	96,7
ПМП	1 894 765,90	1 377 851,8	-516 914,10	72,7
САМП	423 514,40	504 375,80	80 861,40	119,1
СМП	3 118 190,40	3 272 547,30	154 356,90	105,0
НДМП	544 064,10	561 593,80	17 529,70	103,2
ВМД	191 253,90	204 308,60	13 054,70	106,8
КМУУД	9 203,30	56 965,90	47 762,60	619,0
КМ	542 286,4	509 132,50	-33 153,90	93,9
ФПМ	5 527,20	12 725,40	7 198,20	230,2
ФР	11 929,30	44 775,90	32 846,60	375,3
ФУ	71 917,00	78 787,70	6 870,70	109,6
Всего фактических расходов	6 812 651,9	6 623 064,7	-189 587,20	97,2

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

Согласно данным, представленным в таблице, фактические расходы были осуществлены в объеме 97,2% по сравнению с предыдущим годом. Таким образом, на основе первичных документов, было осуществлено фактических расходов на сумму 6 623 064,7 тыс. леев, или на 189 587,2 тыс. леев меньше, чем в 2017 году. Такое уменьшение было обусловлено снижением расходов, сопряженных с реализацией Единой программы (основной фонд). В этих обстоятельствах необходимо отметить, что в 2018 году были внесены поправки в данные о расходах за предыдущий год на сумму 95 046,5 тыс. леев. Эти поправки были обусловлены отражением в накладных за I квартал 2018 года услуг, предоставленных медико-санитарными учреждениями в декабре 2017 года.

В то же время, отмечается увеличение расходов, относящихся к фонду профилактических мероприятий, на 7 198,2 тыс. леев (230,2%), относящихся к фонду развития и модернизации публичных поставщиков медицинских услуг, — на 32 846,6 тыс. леев (375,3%) и фонда управления системой обязательного медицинского страхования — на 6 870,7 тыс. леев (109,6%) по сравнению с фактическими расходами 2017 года.

ПРИМЕЧАНИЕ 8 ДОХОДЫ И РАСХОДЫ ЦЕЛЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ

В соответствии с методологической базой¹⁹, исходя из организационно-правовой формы Компании, бухгалтерский учет должен обеспечить разграничение и раздельное отражение целевых средств, использование которых обусловлено осуществлением целевых мероприятий (приобретение/создание определенных активов, финансирование конкретных программ/проектов и т.д.).

¹⁹ Пункт 16 Методических указаний об особенностях бухгалтерского учета в некоммерческих организациях.

Таким образом, в бухгалтерском учете были отражены, посредством разграничения средств, полученных из государственного бюджета, доходы общего назначения и целевые доходы.

Целевые средства являются средствами, полученными для:

- реализации национальных программ здравоохранения по обеспечению больных сахарным диабетом инъекционными противодиабетическими препаратами (человеческий инсулин);
- реализации проекта «Модернизация сектора здравоохранения», в соответствии с соглашением о финансировании между Республикой Молдова и Международной ассоциацией развития.

Первоначальное признание целевых средств осуществляется на основе бухгалтерского учета методом начислений. Анализ отражения целевых средств представлен в таблице 27.

Таблица 27. Анализ уровня покрытия расходов на реализацию специальных программ

тыс. леев

Показатели	Доходы, тыс. леев	Расходы, тыс. леев	Уровень покрытия понесенных затрат поступившими доходами, %
Средства на реализацию национальных программ здравоохранения по обеспечению больных сахарным диабетом инъекционными противодиабетическими препаратами	69 033,70	113 944,60	60,6
Средства на реализацию проекта «Модернизация сектора здравоохранения», в соответствии с соглашением о финансировании между Республикой Молдова и Международной ассоциацией развития	24 021,80	204 779,80	11,7

Источник: Данные из документов бухгалтерского учета Компании

Как следствие, учет целевых средств на отдельных счетах для зарегистрированных доходов и расходов позволяет выполнить анализ уровня покрытия понесенных расходов поступившими доходами. Таким образом, в 2018 году в связи с реализацией национальных программ в области здравоохранения по обеспечению больных сахарным диабетом инъекционными противодиабетическими препаратами посредством полной оплаты Компанией компенсированных медикаментов были понесены расходы в размере 113 944,6 тыс.леев, которые на 60,6% были покрыты за счет финансовых средств, перечисленных для этих целей из государственного бюджета, а разница была оплачена из средств ФОМС общего назначения. Сходная ситуация наблюдается и в случае расходов, понесенных в целях реализации проекта «Модернизация сектора здравоохранения», сумма которых в 2018 году составила 204 779,8 тыс. леев, на поощрительные выплаты за достижение показателей производительности врачам, предоставляющим медицинские услуги в рамках первичной медицинской помощи. Это индикатор 6 МН "Пересмотр и внедрение схемы поощрения, основанной на достижении показателей производительности в первичной медицинской помощи", на реализацию которого были перечислены средства в размере 24 021,8 тыс. леев, покрывшие 11,7% от соответствующих затрат.



НЕПРЕРЫВНОСТЬ РАЗВИТИЯ

НЕПРЕРЫВНОСТЬ РАЗВИТИЯ

Система обязательного медицинского страхования находится в процессе постоянного совершенствования. От года к году мы планируем выдвижение и внедрение инициатив, которые будут способствовать повышению уровня удовлетворенности бенефициара в рамках системы.

В целях обеспечения доступа населения к медицинским услугам в конце года мы приняли на себя ряд обязательств на 2019 год по приобретению медицинских услуг на сумму 6 572,3 миллионов леев, заключив контракты с 431 МСУ. Также нами было законтрактовано 241 фармацевтическое учреждение, которые обеспечат отпуск компенсируемых медикаментов.

Еще одним принятым обязательством Компании является пересмотр стратегии институционального развития, с помощью которого мы стремимся уменьшить упущения, имеющиеся в системе страхования, что позволит успешно противостоять вызовам, ассоциирующимся с постоянным ростом потребностей населения.

Новая стратегия позволит нам: осуществить внедрение новых методологий планирования и приобретения медицинских услуг, исходя из потребностей граждан, заключая контракты с наиболее конкурентоспособными медико-санитарными учреждениями; консолидировать институциональный потенциал в направлении стратегического приобретения медицинских услуг, направленных на предотвращение инфекционных и неинфекционных заболеваний путем эффективного использования и мониторинга средств фонда профилактических мероприятий; выполнить пересмотр методологии финансирования и мониторинга проектов развития и модернизации, сосредоточив внимание на проектах государственной важности; активизировать деятельность по оценке и мониторингу правильности и эффективности использования финансовых ресурсов ФОМС посредством ориентирования на клинический аудит и т.д.

Кроме того, для обеспечения более высокого уровня прозрачности в предоставлении медицинских услуг и в использовании предназначенных для их финансирования денежных средств мы намереваемся создать и развить интегрированную информационную систему, которая позволит вести учет предоставленных медицинских услуг, предоставит гражданам возможность осуществлять запись в режиме онлайн на высокоспециализированные медицинские услуги путем свободного выбора поставщика, а посредством внедрения АИС "Первичная медицинская помощь" и АИС "Стационарная медицинская помощь" на уровне всех МСУ Компания сможет осуществлять мониторинг предоставленных и оплаченных медицинских услуг, а также компенсированных медикаментов, выписанных МСУ и отпущенных аптеками, с которыми заключены контракты.

Путем разработки новой стратегии институционального развития и других указанных выше мероприятий мы планируем внедрить эффективные инструменты надзора за финансовыми средствами в целях облегчения доступа к получению медицинских услуг и устойчивого финансового развития системы здравоохранения в Республике Молдова. Все эти меры будут способствовать укреплению системы обязательного медицинского страхования, преобразуя ее **в привлекательную, конкурентоспособную и устойчивую.**

СОКРАЩЕНИЯ

ПМП	первичная медицинская помощь
СМП	стационарная медицинская помощь
САМП	специализированная амбулаторная медицинская помощь
НДМП	неотложная догоспитальная медицинская помощь
ОМС	обязательное медицинское страхование
ГБ	государственный бюджет
НПБ	национальный публичный бюджет
ФОМС	фонды обязательного медицинского страхования
ФУ	фонд управления системой ОМС
ОФ	основной фонд
ФР	фонд развития и модернизации государственных поставщиков медицинских услуг
ФПМ	фонд профилактических мероприятий
КМУУД	коммунитарные медицинские услуги и уход на дому
МСУ	медико-санитарное учреждение
КМ	компенсируемые медикаменты
КЛ	количество лиц
СП	специальная программа
ВМУ	высокоспециализированные медицинские услуги
ЕИ	единица измерения

РЕШЕНИЕ № 1 АДМИНИСТРАТИВНОГО СОВЕТА НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

*Выписка из протокола заседания
Административного совета Национальной медицинской
страховой компании № 1 от 23 мая 2019 г.*

Решение № 1 Административного совета Национальной медицинской страховой компании

На основании положений пункта 21, литера g) Устава Национальной медицинской страховой компании, утвержденного Постановлением Правительства № 156 от 11 февраля 2002 года, Административный совет Национальной медицинской страховой компании

РЕШАЕТ:

Утвердить Отчет об исполнении (использовании) фондов обязательного медицинского страхования в 2018 году.

**Председатель Административного совета
Национальной медицинской страховой компании,
заместитель генерального секретаря Правительства**

РОМАН КАЗАН

Исполнительное управление Национальной медицинской страховой компании разработало Годовой отчет об исполнении фондов обязательного медицинского страхования на 2018 год, утвержденный решением Административного совета № 1 от 23 мая 2019 года.

Годовой отчет за 2018 год включает следующие разделы: Отчет об управлении Компанией, Отчет об исполнении ФОМС, Недостатки, выявленные в управлении ресурсами ФОМС, Эффективность выполнения подпрограмм расходов ФОМС и Финансовая отчетность Компании. Счетная палата Республики Молдова провела аудит Годового отчета по исполнению фондов обязательного медицинского страхования в 2018 году, Отчет об аудите был утвержден Постановлением Счетной Палаты № 43 от 24 мая 2019 года (www.ccrm.md).

Андрушка Тамара
Генеральный директор



Легенда об одуванчике

Во времена сотворения мира Бог послал своего ангела ко всем растениям, чтобы они сказали, как они хотят выглядеть. Все растения просили, чтобы они были самыми яркими, или самыми ароматными, самыми большими или маленькими. Только один одуванчик не знал, что ответить ангелу, и ангел дал ему еще один день, чтобы решить. В этот день одуванчик в молитве поднял глаза к Солнцу, и увидев, какое оно красивое, решил, что хочет быть похожим на него. Он хотел быть таким же желтым и красивым, как Солнце. Потом он увидел на небе Луну и передумал, теперь он хотел быть как она — белым, круглым и красивым. Еще немного времени спустя он увидел звезды, и они ему тоже очень понравились. Когда ангел появился снова, Одуванчик все еще не знал, о чем просить, он пребывал в нерешительности и не верил, что достоин такой красоты. И вот Бог, в его безмерной доброте, исполнил сразу все желания. Вот почему одуванчик сначала желтый и красивый, как Солнце, потом белый и круглый, как Луна, а если на него подуть, он разлетится, как звезды на небе.